



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Neukonzeption der Entwicklung und Bewertung
Bericht zu Teil A

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 29. Januar 2021

Impressum

Thema:

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Neukonzeption der Entwicklung und Bewertung.
Bericht zu Teil A

Ansprechpartnerin:

Dr. Silvia Klein

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

20. März 2020

Datum der Abgabe:

29. Januar 2021

Herausgeber:

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0
Telefax: (030) 58 58 26-999

info@iqtig.org

<https://www.iqtig.org>

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Kurzfassung	10
1 Einleitung.....	25
1.1 Hintergrund	25
1.2 Auftragsverständnis	26
2 Methoden	28
2.1 Orientierende Literaturrecherchen	28
2.2 Leitfadengestützte Experteninterviews	30
2.2.1 Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner	30
2.2.2 Entwicklung des Interviewleitfadens	31
2.2.3 Durchführung der Interviews	32
2.2.4 Auswertung	32
2.3 Expertenworkshop	33
2.4 Zusammenführung und Konzeption	34
3 Bezugsebene der Qualitätsbewertung durch planungsrelevante Qualitätsindikatoren	36
3.1 Bezugsebenen	36
Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke	38
3.1.1 Krankenhausstandort.....	44
3.1.2 (Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung.....	49
3.1.3 Leistungsgruppe	56
Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz.....	61
Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Österreich	69
3.1.4 Leistung	73
3.2 Geeignete Arten von Leistungen bzw. Themen	75
3.2.1 Notfallversorgung versus elektive Versorgung	80
3.2.2 Grund-/Regelversorgung versus Schwerpunktversorgung	84
3.2.3 Komplexe Leistungen versus einfache Leistungen.....	88
3.2.4 Fachspezifische Leistungen versus Querschnittsleistungen	90

3.2.5	Operative Leistungen versus konservative (nicht operative) Leistungen	92
3.2.6	Finanziell attraktive Leistungen	94
3.2.7	Versorgungsbereiche mit erheblichem vermuteten Qualitätsdefizit	95
3.3	Fazit	96
4	Bewertungskriterien und -maßstäbe	104
4.1	Grundsätze der Qualitätsbewertung zum Zweck der qualitätsorientierten Krankenhausplanung.....	105
4.1.1	Differenzierung der Qualitätsbewertung: „unzureichende Qualität“ vs. „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“	108
4.1.2	Verzicht auf die differenzierte Qualitätsbewertung bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Bewertungsoptionen E und F) 127	
4.2	Bewertung „guter Qualität“	134
4.3	Diskussion: Ausgestaltungsspielraum der Länder.....	136
4.4	Fazit	143
5	Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	151
5.1	Verkürzung der Entwicklungszeiten.....	151
5.1.1	Verzicht auf die Entwicklung eines Qualitätsmodells	153
5.1.2	Verzicht auf methodische Schritte	154
5.1.3	Gemeinsame Beauftragung von Indikatorenentwicklung (auf Basis von QS-Dokumentations- und Sozialdaten) und Machbarkeitsprüfung	155
5.1.4	Schmales QS-Verfahren für einen Qualitätsaspekt.....	155
5.1.5	Entwicklung von Mindestanforderungen an die Strukturqualität	156
5.1.6	Verwendung recherchierter Indikatoren	159
5.1.7	Fazit und Optionen.....	162
5.2	Integrierte Entwicklung.....	163
5.2.1	Konzeptstudie zur Bildung eines Qualitätsmodells bzw. zur Herleitung von Qualitätsaspekten	164
5.2.2	Indikatorenentwicklung	165
5.2.3	Machbarkeitsprüfung.....	166
5.3	Eignungskriterien sowie Eignung nach Planungszweck	167
5.3.1	Eignungskriterien des Qualitätsziels des Indikators.....	170
5.3.2	Eignungskriterien des Messverfahrens	173
5.3.3	Eignungskriterien des Bewertungskonzepts	175
5.3.4	Übergreifende Eignungskriterien	177

5.3.5	Spezielle Anforderungen an planungsrelevante Qualitätsindikatoren	179
5.3.6	Fazit	193
5.4	Nutzung vorhandener Qualitätsindikatoren	194
6	Szenarien sowie Rahmenbedingungen, Limitationen und Alternativen	198
6.1	Szenario 1 – quantitative Bewertung von Grundleistungsbereichen per Index (2 Referenzwerte)	200
6.2	Szenario 2 – Krankenhausvergleich auf Basis weiterentwickelter Indikatoren zur Bewertung von Leistungen	202
6.3	Szenario 3 – weiterentwickelte Indikatoren zur Bewertung von Leistungen hinsichtlich eines planungsrelevanten Qualitätsdefizits (eskalierendes Verfahren)	204
6.4	Szenario 4 – Mindestanforderungen an Strukturqualität in Leistungsgruppen	206
6.5	Szenario 5 – qualitative Bewertung von Leistungsgruppen anhand von einzelnen Qualitätsindikatoren	208
6.6	Limitationen aus den Rahmenbedingungen und Alternativen	209
6.7	Empfehlung	212
	Literatur.....	221

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012; Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen (Version 2020.1; gültig ab 1. Januar 2020; Auszug; modifizierte Darstellung).....	68
Tabelle 2: Handlungsanschlüsse der gesetzlichen Qualitätssicherung aus Sicht der Leistungserbringer	78
Tabelle 3: Arten von Leistungen, Fachbereichen oder Themen sowie zugeordnete Indikationen, die in anderen QS-Maßnahmen des G-BA adressiert werden	100
Tabelle 4: Übersicht der Bewertungsoptionen	144
Tabelle 5: Kombination der Bewertungsoptionen bzw. Optionen zur Differenzierung der Qualitätsbewertung mit den Bezugsebenen	199
Tabelle 6: Übersicht Szenarien mit Vor- und Nachteilen	213

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Messdimensionen nach Donabedian (2003) (hellgrün) und Art der Anforderung (dunkelgrün) bezogen auf die verschiedenen Planungszwecke (grau).....	40
Abbildung 2: Schematische Darstellung der Qualitätsniveaus im Bereich der „erwartbaren“ und „unzureichenden Qualität“	107
Abbildung 3: Systematik der erarbeiteten Optionen zur Qualitätsbewertung bzw. Differenzierung	108
Abbildung 4: Option A1: Abgestufte Bewertung auf Ebene der einzelnen Qualitätsindikatoren und Gesamtschau auf Set-Ebene	115
Abbildung 5: Option B1: Binäre direkte Bewertung auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren und Gesamtschau auf Set-Ebene	119
Abbildung 6: Option A2: Abgestufte Bewertung mit Index und (indexbasierte) Gesamtschau	121
Abbildung 7: Option B2: Binäre direkte Bewertung mit Index und Gesamtschau	123
Abbildung 8: Option C1: Zweistufige Bewertung auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren mit Gesamtschau auf Set-Ebene	125
Abbildung 9: Option C2: Zweistufige Bewertung mit Index und (erklärende) Gesamtschau ...	126
Abbildung 10: Variante D: Zweistufige Gesamtschaubewertung	127
Abbildung 11: Option E: Qualitätsbewertung mithilfe von Mindestanforderungen in Form von nicht fallbezogenen (prozessnahen) Strukturindikatoren	132
Abbildung 12: Option E: Schematische Darstellung der Qualitätsbewertung mithilfe von Mindestanforderungen in Form von nicht fallbezogenen (prozessnahen) Strukturindikatoren	146
Abbildung 13: Optionen A1, B1, A2, B2: Schematische Darstellung der quantitativen Differenzierung der Qualitätsbewertung.....	147
Abbildung 14: Optionen C1, C1, D: Schematische Darstellung der quantitativen Differenzierung der Qualitätsbewertung.....	148
Abbildung 15: Schritte der dokumentations- und sozialdatenbasierten Verfahrensentwicklung (oben) und der Entwicklung von Patientenbefragungen (Mitte) sowie krankenhausplanerische Maßnahmen und Konsequenzen (unten)	152

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
AG	Arbeitsgruppe
ATB	Ausnahmetatbestand/Ausnahmetatbestände
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
DeQS	Datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosebezogene Fallgruppen (<i>diagnosis related groups</i>)
esQS	Externe stationäre Qualitätssicherung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (Schweiz)
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GLB	Grundleistungsbereiche
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (Österreich)
HSM	Hochspezialisierte Medizin
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung für die hochspezialisierte Medizin
KAKuG	Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz (Österreich)
KHEntgG	Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz)
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KHSG	Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz)

Abkürzung	Bedeutung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Schweiz)
KVV	Verordnung über die Krankenversicherung (Schweiz)
LM-stat	Leistungsmatrix für den stationären Bereich (Schweiz)
Mm-R	Mindestmengenregelung
MWBO	(Muster-)Weiterbildungsordnung
NRW	Nordrhein-Westfalen
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
PlanQI	Planungsrelevante Qualitätsindikatoren
Qb-R	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser
QFD-RL	Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
QI	Qualitätsindikator(en)
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit (Österreich)
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
SPFG	Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (Schweiz)
SPLG	Spitalleistungsgruppen (Schweiz)
WBO	Weiterbildungsordnung der jeweiligen Landesärztekammern

Kurzfassung

Um den Planungsbehörden der Bundesländer eine zusätzliche, an Qualitätskriterien orientierte Grundlage für die Krankenhausplanung zu bieten, wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit dem Krankenhausstrukturgesetz damit beauftragt, planungsrelevante Qualitätsindikatoren (PlanQI) zu beschließen und künftig weitere PlanQI zu bestimmen. Der G-BA beauftragte das IQTIG daraufhin in mehreren Etappen, geeignete Indikatoren auszuwählen oder neu zu entwickeln und konzeptionelle Vorarbeiten zur Umsetzung des PlanQI-Verfahrens zu leisten. Die Erstfassung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Auflage verbunden, dass weitere Festlegungen die Möglichkeit eröffnen müssen, mindestens fachabteilungsbezogen auch eine „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ festzustellen.

Auftragsverständnis

Vor diesem Hintergrund beschloss der G-BA am 20. März 2020 die „Beauftragung des IQTIG mit einer Neukonzeption der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 SGB V“, in der in Vorgängerprojekten beschriebene Ansätze vertieft und ausgearbeitet werden sollen. Der Auftragsgegenstand ist in drei Teile gegliedert: Teil A umfasst Prüfungsaufträge und die Darstellung von Lösungsoptionen als Grundlage für eine Neuentwicklung von PlanQI. Nach Abgabe des Berichts zum Teil A beabsichtigt der G-BA, sich für ein Szenario zu entscheiden. In Teil B soll als Grundlage für weitere Beschlüsse des G-BA für dieses Szenario ein Entwicklungs- und Bewertungsmodell erstellt werden. Schließlich soll in Teil C in einem Anwendungsbeispiel das Entwicklungs- und Bewertungsmodell aus Teil B veranschaulicht werden. Im vorliegenden Bericht werden auftragsgemäß die Ergebnisse zu Teil A dargestellt.

Für Teil A soll ergebnisoffen erstens geprüft werden, welche Bezugsebenen der Qualitätsbewertung durch PlanQI adressiert werden können, z. B. Fachgebiet, Fachabteilung, Leistungsbereich, Leistung. Neben den jeweiligen Vor- und Nachteilen sollen auch Aufwand und Nutzen von PlanQI für die jeweilige Bezugsebene dargestellt werden. Außerdem soll untersucht werden, welche Arten von Leistungen, Leistungsbereichen oder Fachabteilungen sich grundsätzlich für die Neuentwicklung und Einführung von PlanQI eignen, und ein Vergleich mit anderen Maßnahmen zur Qualitätssicherung, z. B. Strukturqualitäts-Richtlinien, vorgenommen werden. Dies beinhaltet zugleich die Prüfung, in welchem Umfang das stationäre Versorgungsgeschehen und die Bereiche der Krankenhausplanung durch PlanQI abgedeckt werden können und welche Folgen für die Umsetzung im Regelbetrieb antizipiert werden können. Dabei soll auf die unterschiedlichen Zwecke der Krankenhausplanung eingegangen werden.

In Bezug auf die Bewertungskriterien und -maßstäbe der PlanQI sind zweitens die Voraussetzungen für eine fachwissenschaftliche Herleitung zu prüfen, die eine differenzierte Qualitätsbeurteilung ermöglichen. Ziel ist die Abgrenzung einer „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ von einer „unzureichenden Qualität“. Ein besonderes Augenmerk soll zudem darauf gerichtet werden, inwiefern „gute Qualität“ und die Einhaltung von Mindestanforderungen ab-

gebildet werden können. Bei der Entwicklung der Maßstäbe und Kriterien zur Qualitätsbeurteilung sind die Praktikabilität und die Wahrung eines Ausgestaltungsspielraums für die Länder stets zu berücksichtigen.

Drittens soll auf den Rahmen für die Entwicklung von neuen PlanQI fokussiert werden: Um die Vorschläge des IQTIG schnell umsetzen zu können, soll geprüft werden, inwieweit die Entwicklungszeiten für PlanQI verkürzt werden können. Ferner soll erörtert werden, inwiefern PlanQI integriert mit Indikatoren für die Qualitätsförderung entwickelt werden können. Zusätzlich sollen Kriterien für die Feststellung der Eignung der PlanQI vorgeschlagen und abgewogen werden, welche Eignungskriterien für welchen Planungszweck erfüllt sein müssen. Zuletzt soll vor dem Hintergrund dieser Neukonzeption nochmals geprüft werden, inwiefern bereits etablierte Qualitätsindikatoren als PlanQI eingesetzt werden können.

Abschließend sollen die im Rahmen der Prüfaufträge erarbeiteten Lösungsoptionen zu sinnvollen Szenarien für die zukünftige Entwicklung, Einführung und Bewertung von PlanQI zusammengestellt und eine Umsetzungsempfehlung seitens des IQTIG ausgesprochen werden. Die Umsetzungsempfehlung soll dabei auf einer Abwägung der Vor- und Nachteile der einzelnen Lösungsoptionen einschließlich einer Betrachtung möglicher Limitationen für die Umsetzung durch die gegenwärtigen Rahmenbedingungen basieren. Sofern relevante Umsetzungshindernisse identifiziert werden, sollen alternative Möglichkeiten für eine QS-unterstützte Krankenhausplanung dargestellt werden.

Methoden

Es wurde eine Literaturrecherche durchgeführt: Bereits vorhandene Literatur zur Verwendung von Qualitätsinformationen zur Krankenhausplanung wurde aktualisiert und Literatur zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung in anderen europäischen Ländern und zur Verwendung von Qualitätsindikatoren für Auswahlentscheidungen gesucht. Ergänzend wurden leitfadengestützte Experteninterviews und ein Expertenworkshop durchgeführt.

Basierend auf der Literaturrecherche und dem Experten-Input wurden an den jeweiligen Prüfaufträgen orientiert systematisch Lösungsoptionen und Szenarien entwickelt. Die Lösungsoptionen wurden anhand der jeweils im Auftrag genannten oder eigenen Analyse Kriterien erörtert.

Bezugsebene der Qualitätsbewertung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Zunächst wurden die **Vor- und Nachteile der Bezugsebenen** sowie die **Abdeckung der Versorgung** durch PlanQI geprüft. Als Bezugsebene wird die Ebene bezeichnet, an die sich die Qualitätsanforderungen richten. Für eine Qualitätsbewertung mit PlanQI soll die Bezugsebene, die die PlanQI adressieren, zugleich kongruent sein mit den Organisationseinheiten, auf die sich die Krankenhausplanung bezieht. Die Prüfung der möglichen Bezugsebenen erfolgte aufbauend auf dem „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ sowie unter Einbeziehung von Literatur zur Verwendung von Qualitätsinformationen in der Schweiz, in Österreich und in Nordrhein-Westfalen. Außerdem wurden die Bezugsebenen und deren Vor- und Nachteile in Experteninterviews und im Workshop mit Expertinnen und Experten aus den

Krankenhausplanungsbehörden der Länder diskutiert. Dabei wurden im Einzelnen folgende mögliche Bezugsebenen betrachtet:

- Krankenhausstandort
- (Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung
- Leistungsgruppe
- Leistung

Aus den Experteninterviews und dem Expertenworkshop ergibt sich ein heterogenes Bild hinsichtlich der Empfehlung einer Bezugsebene bei PlanQI. Einerseits wurde die Bezugsebene „Leistungsgruppe“ oder „(Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung“ favorisiert. Andererseits wurde jedoch angemerkt, dass erstere nicht mit der derzeitigen Krankenhausplanung kompatibel sei, die überwiegend nach Fachgebieten erfolgt. Außerdem fehle als Voraussetzung für eine Qualitätsbeurteilung, an die krankenhauserische Konsequenzen geknüpft werden sollen, die Legaldefinition einer „Fachabteilung“ oder eine ersatzweise allgemeinverbindliche Definition einer Fachabteilung. Die Bezugsebene „Krankenhausstandort“ wurde grundsätzlich positiv bewertet, wobei aber gleichzeitig der Planungszweck der Herausnahme aus dem Krankenhausplan als nicht umsetzbar bezeichnet wurde. Die Bezugsebene „Leistung“ wurde als grundsätzlich äußerst valide und zielgenau bewertet, jedoch erschien diese angesichts der Vielzahl von Leistungen als eher nicht umsetzbar.

Zusammenfassend sind zu allen Bezugsebenen krankenhauserische Konsequenzen denkbar – allerdings muss angesichts der derzeit ausgeübten Krankenhausplanungspraxis von einer nur eingeschränkten Eignung ausgegangen werden: Da gegenwärtig die Krankenhausplanung mit der Planungsgröße „Krankenhausbett“ auf Ebene von Fachgebieten erfolgt, können PlanQI auf Standort-, Leistungsgruppen- oder Leistungsebene aktuell nicht als bundesweit umsetzbar bezeichnet werden. Die Bezugsebene „(Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung“ erweist sich letztlich jedoch mit Blick auf die Qualitätsmessung als nicht geeignet: Zwar findet die Krankenhausplanung in den Ländern überwiegend auf Grundlage der in den ärztlichen Weiterbildungsordnungen festgelegten Gebiete statt. Die Gebiete der Weiterbildungsordnungen bilden jedoch nur die Ausgangsbasis für die Bildung von Fachabteilungen, die eine große Heterogenität hinsichtlich ihres Leistungsspektrums aufweisen, wie auch im Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ festgestellt wurde (PD 2019: 165-166). Aufgrund des Fehlens einer Legaldefinition und des stark variablen Leistungsspektrums innerhalb gleichlautender Fachabteilungen ist keine hinreichende Vergleichbarkeit für eine Qualitätsbewertung gegeben. Zudem scheint z. B. für die Bezugsebene „Krankenhausstandort“ eine Abbildung der Prozess- und Ergebnisqualität mit PlanQI bei vertretbarem Aufwand nur dann möglich, wenn auf einen zu priorisierenden Anteil des Versorgungsgeschehens fokussiert wird. Insgesamt zeigt sich in Bezug auf alle Bezugsebenen, dass unter Einbeziehung von Prozess- und Ergebnisqualität für eine Vollabdeckung des Versorgungsgeschehens überwiegend unrealistische Aufwände in der Entwicklung und Umsetzung zu erwarten wären.

Die im Rahmen der Literatur analysierten Konzepte einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung aus Österreich und der Schweiz liefern stringente Argumente für die Bezugsebene „Leis-

Leistungsgruppe“. Es zeigt sich, dass auf Basis von Leistungsgruppen das komplette stationäre Versorgungsgeschehen adressiert und mit leistungsgruppenbezogenen Anforderungen an die Strukturqualität eine feingranulare und qualitätsorientierte Steuerung des stationären Leistungsangebots ermöglicht werden kann. In Deutschland hat sich bislang allein Nordrhein-Westfalen dazu entschieden, eine umfassende Krankenhausplanung auf Basis von Leistungsgruppen aufzubauen. Sollte eine zukünftige Krankenhausplanung im Rahmen von vorab einheitlich definierten Leistungsgruppen stattfinden, würde dies die Entwicklung von PlanQI für das gesamte Spektrum der stationären Versorgung ermöglichen.

Ein weiterer Teil der Beauftragung bezieht sich auf die Prüfung der **Eignung unterschiedlicher Arten von Themen** für eine mögliche Einführung neuer PlanQI sowie den Vergleich mit anderen Maßnahmen der bestehenden stationären Qualitätssicherung. Dabei konnten zunächst Kriterien für die Eignung von Versorgungsbereichen für die Qualitätssicherung mittels PlanQI als Ergebnis aus dem „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ Anwendung finden. Zu diesen Kriterien gehören die epidemiologische Relevanz, der besondere Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung und die quantitative Bedeutung. In einem iterativen Prozess konnten folgende Themenbereiche für eine Prüfung abgegrenzt werden:

- Notfallversorgung versus elektive Versorgung
- Grund-/Regelversorgung versus Schwerpunktversorgung
- komplexe Leistungen versus einfache Leistungen
- fachspezifische Leistungen versus Querschnittsleistungen
- operative Leistungen versus konservative (nicht operative) Leistungen
- finanziell attraktive Leistungen
- Versorgungsbereiche mit erheblichem vermuteten Qualitätsdefizit

Aus den Beiträgen der Expertinnen und Experten lassen sich keine eindeutigen Argumente für die bessere Eignung bestimmter Arten von Themen entnehmen. Auch aus der Literatur ergeben sich nur einzelne Hinweise, dass z. B. komplexe Leistungen für die Anwendung von PlanQI geeignet sein könnten. Andererseits kann daraus entnommen werden, dass eine leistungsorientierte Qualitätssteuerung durch Mindestanforderungen an die Strukturqualität gerade keiner Priorisierung einzelner Themen bedarf und zugleich eine vollständige Abdeckung der Versorgungsleistungen erreicht werden kann. Letztlich kann nicht eindeutig belegt werden, dass einzelne Arten von Leistungen, Leistungsgruppen oder Fachgebieten nicht für eine qualitätsorientierte Steuerung durch PlanQI geeignet seien. Vielmehr lassen sich für alle betrachteten Arten von Leistungen Argumente für die Anwendung von PlanQI finden.

Gleichzeitig erstreckte sich die Prüfung der Vor- und Nachteile einer Einführung von PlanQI auch auf einen Vergleich mit **alternativen Maßnahmen der Qualitätssicherung**, also z. B. die Mindestmengenregelung (Mm-R) oder Richtlinien zur Strukturqualität des G-BA. Die bestehenden Instrumente – sofern die Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL) ihre volle Wirkung entfalten würde – sind grundsätzlich dazu geeignet, schlechte Qualität zu identifizieren und letztendlich entsprechende Leistungserbringer auch aus der bzw. Versorgung auszuschlie-

ßen. Gleichzeitig können alle dargestellten Arten von Leistungen durch mindestens eine der benannten Maßnahmen bereits adressiert werden. Eine mehrstufige Differenzierung unterschiedlicher Qualitätsniveaus ist im Rahmen der dargestellten alternativen Qualitätssicherungsmaßnahmen jedoch nicht möglich. Dies könnte vielmehr mit PlanQI – bei Auswahl entsprechender Bewertungsoptionen – erreicht und damit Qualitätsinformationen als Grundlage für Auswahlentscheidungen in der Krankenhausplanung zur Verfügung gestellt werden.

In der Zusammenschau der Prüfergebnisse kann das IQTIG aufgrund der beschriebenen Limitationen am ehesten die Bezugsebene „Leistungsgruppe“ als Option für PlanQI empfehlen. Unter „Leistungsgruppe“ ist eine medizinisch sinnvolle (morbiditäts- oder leistungsbezogene) Zusammenfassung mehrerer Leistungen zu verstehen. Diese Bezugsebene könnte mit dem Fokus auf Mindestanforderungen an die Strukturqualität und für einzelne Leistungsgruppen in ausgewählten Bereichen ergänzt um Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren mit der Möglichkeit einer mehrstufigen Differenzierung unterschiedlicher Qualitätsniveaus für die Krankenhausplanung geeignet sein. Eine Vollabdeckung aller Leistungsgruppen aller Fachbereiche unter Einschluss der Prozess- und Ergebnisqualität erscheint aufgrund des damit verbundenen Aufwands allerdings nicht realisierbar. Hinsichtlich der Arten von Leistung wird am ehesten die Empfehlung gegeben, PlanQI in der Notfallversorgung für die Behandlung von schwerwiegenden Erkrankungen mit vitaler Bedrohung (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt) sowie für komplexe Leistungen (z. B. Tumore) oder bei potenzieller Über- oder Fehlversorgung (z. B. Endoprothetik) einzusetzen.

Bewertungskriterien und -maßstäbe

Erfüllen die PlanQI die allgemeinen Eignungskriterien an Indikatoren sowie die spezifischen an PlanQI (siehe unten bei „Eignungskriterien sowie Eignung nach Planungszweck“), liegen die fachwissenschaftlichen Voraussetzungen für eine fundierte, differenzierte Qualitätsbewertung auf einer Bezugsebene vor.

Bei der Bewertung bestehen grundsätzlich die Möglichkeiten, die Differenzierung in mehrere Qualitätsniveaus qualitativ oder quantitativ, mit einem oder zwei Referenzwerten, auf Ebene eines einzelnen Indikators oder eines Indikatorensets sowie mit oder ohne Indexbildung vorzunehmen. Bei quantitativen Optionen ist eine geringere Heterogenität der Bewertungsergebnisse zu erwarten als bei Optionen zur qualitativen Differenzierung. Dabei sind quantitative Optionen leichter standardisierbar. Die Differenzierung auf Grundlage eines einzelnen Indikators ist weniger komplex und erlaubt den Landesplanungsbehörden mit der Zusammenschau auf Ebene mehrerer Indikatoren einen größeren Ausgestaltungsspielraum. Gleichzeitig könnte es für die Behörden schwieriger sein, mit mehreren differenzierten Indikatorergebnissen umzugehen. Bei der Differenzierung auf Ebene von Einzelindikatoren mit zwei Referenzwerten könnten kleine Fallzahlen in Standorten größere Schwierigkeiten verursachen als bei der Differenzierung mithilfe nur eines Referenzwerts oder auf Basis der Ergebnisse eines Indikatorensets. Vorteil eines Index ist, dass nur ein aggregiertes Maß betrachtet werden muss, was die Kommunikation erleichtern kann. Zudem erfolgen in einem Index die Gewichtungen der verschiedenen Aspekte für die abschließende Qualitätsbewertung explizit und transparent, während dies im Rahmen einer Konsensusbildung oder eines Mehrheitsvotums hinsichtlich des Qualitätsergebnisses in

der Gesamtschau eines Indikatorensets implizit erfolgt und Risiken der Heterogenität von Qualitätsbewertungen ein und desselben Auswertungsergebnisses birgt. Jedoch kann es bei der Verwendung von Indizes mathematische Verständnisschwierigkeiten geben und Referenzbereiche bzw. Grenzwerte müssen auf Basis eines formalen Konsensusprozesses gesetzt werden (Evidenzstärke IV), da keine entsprechende Literatur zur Verfügung steht. Systematisch betrachtet könnte eine Differenzierung der Qualitätsbewertung in 7 Bewertungsoptionen erfolgen:

- Option A1: quantitative Differenzierung auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren mit 2 Referenzwerten und 3 Qualitätsniveaus („erwartbar“ vs. „unzureichend“ vs. „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“)
- Option B1: quantitative Differenzierung auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren mit einem Referenzwert und 2 Qualitätsniveaus („erwartbare Qualität“ vs. direkt „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“)
- Option A2: quantitative Differenzierung auf Ebene eines Index mit 2 Referenzwerten und 3 Qualitätsniveaus („erwartbar“ vs. „unzureichend“ vs. „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“)
- Option B2: quantitative Differenzierung auf Ebene eines Index mit einem Referenzwert und 2 Qualitätsniveaus („erwartbare Qualität“ vs. direkt „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“)
- Option C1: zweistufige Differenzierung auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren: Stufe 1 – quantitative Bewertung („erwartbare Qualität“ vs. „unzureichender Qualität“); Stufe 2 – qualitative Bewertung je Einzelindikator mit „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“
- Option C2: zweistufige Differenzierung auf Ebene eines Index: Stufe 1 – quantitative Bewertung („erwartbare Qualität“ vs. „unzureichender Qualität“) auf Basis des Index mit einem Referenzwert; Stufe 2 – qualitative Bewertung mit „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ für Qualitätsindikatorenset
- Option D: zweistufige Differenzierung in der Gesamtschau: Stufe 1 – quantitative Bewertung („erwartbare Qualität“ vs. „unzureichender Qualität“) pro Einzelindikator; Stufe 2 – qualitative Bewertung mit „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ für Qualitätsindikatorenset in der Gesamtschau

Option B1 und B2 erscheinen dabei eher theoretischer Natur, da nicht davon auszugehen ist, dass mehrere Indikatoren zur Abbildung einer Bezugseinheit entwickelt werden können, die den Charakter einer „Unverzichtbarkeit für die Versorgung“ aufweisen.

Eine zwischen „unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ differenzierende Qualitätsbewertung ist jedoch nicht für alle Planungszwecke erforderlich:

- Option E: Für die Zwecke der Aufnahme (Schritt 1; Feststellung der Erfüllung von Qualitätsmerkmalen) in den Krankenhausplan sowie zur Herausnahme aus dem Krankenhausplan könnten nicht fallbezogene strukturelle Mindestanforderungen aufgestellt werden, die dichotom mit „erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ bewertet werden.
- Option F: Für die Zwecke der Aufnahme (Schritt 2; Auswahl anhand von Kriterien) und zur Kapazitätsausweitung könnte ein Vergleich der quantitativen Indikatorergebnisse und qualitativen Auffälligkeitseinstufungen zwischen mehreren Krankenhäusern hilfreich sein.

Für die Planungszwecke Aufnahme (Schritt 2) und Kapazitätsausweitung können auch Informationen zum Vorliegen „guter Qualität“ nützlich sein. Um „gute Versorgungsqualität“ insgesamt für eine Einheit der jeweiligen Bezugsebene festzustellen, muss auf mehrere Indikatoren zurückgegriffen werden: Zum einen darf keine „unzureichende Qualität“ in irgendeinem planungsrelevanten Indikator vorliegen und zum anderen müssen mehrere Einzelindikatoren „gute“ Ergebnisse zeigen. Indikatoren, anhand derer sich gute Qualität messen lässt, sind dabei meist andere Indikatoren als jene, die im Spektrum der „unzureichenden Qualität“ messen. Eine Differenzierung zwischen verschiedenen Qualitätsniveaus innerhalb der „guten Qualität“ ist nicht erforderlich.

Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung sollen den notwendigen Ausgestaltungsspielraum für die Länder, bei denen die Hoheit für die Krankenhausplanung liegt, nicht zu stark einschränken: Insofern sind den Ländern laut SGB V die Auswertungsergebnisse zu PlanQI sowie Maßstäbe und Kriterien zur Feststellung einer „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ zu übermitteln, nicht jedoch etwa eine bereits abgeschlossene Qualitätsbewertung als „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“. Die Praktikabilität dieses Vorgehens ist fraglich.

Zur Lösung der Herausforderung zum Ausgestaltungsspielraum bei der Feststellung einer „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ bestehen nach den Prüfergebnissen des IQTIG drei Möglichkeiten:

- Der G-BA übermittelt den Ländern die Auswertungsergebnisse einschließlich der Ergebnisse der Qualitätsbewertung „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ – diese Option ist mit den derzeitigen gesetzlichen Rahmenvorgaben und dem Automatismus zur Herausnahme aus dem Krankenhausplan nicht kompatibel.
- Der G-BA übermittelt Auswertungsergebnisse, die Feststellung „unzureichender Qualität“ in einem PlanQI sowie eine Bewertungsempfehlung über eine „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ – diese Option ist praktikabel, jedoch ist es fraglich, ob sie mit den gesetzlichen Vorgaben kompatibel ist.
- Alternativ können weitere Qualitätsinformationen im Sinne eines Qualitätsmonitorings im Rahmen eines umgestalteten PlanQI-Verfahrens verwendet werden. Diese dienen zusätzlich zu anderen Kriterien wie z. B. Leistungsfähigkeit als Grundlage für Planungsentscheidungen, führen aber nicht automatisch zu einer Herausnahme aus dem Krankenhausplan. Auf eine Qualitätsdifferenzierung mit Ziel der Feststellung einer „in erheblichem Maße unzureichenden Qualität“ wird deshalb verzichtet. Die Umsetzung der Alternativoption setzt die Änderung der gesetzlichen Vorgaben im SGB V bzw. im KHG voraus.

Das IQTIG empfiehlt die Trennung zwischen fachlicher Qualitätsbewertung durch das IQTIG bzw. dem G-BA und der Ableitung krankenhauplanerischer Entscheidungen, in die neben der Qualitätsbewertung weitere Kriterien eingehen müssen.

Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

In Bezug auf die Entwicklung von PlanQI sollen vier Prüfaufträge bearbeitet werden. Diese beschäftigen sich mit der Verkürzung der Entwicklungszeit, der integrierten Entwicklung, den Eignungskriterien und Eignung nach Planungszweck sowie der Nutzung vorhandener Qualitätsindikatoren.

Verkürzung der Entwicklungszeiten

Aufgrund der hohen methodischen und fachwissenschaftlichen Ansprüche an die Entwicklung von externen indikatorbasierten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) im Allgemeinen und PlanQI im Speziellen ist diese durchaus zeitintensiv. Von der Beauftragung einer Konzeptstudie bis zur Aufnahme des Regelbetriebs eines QS-Verfahrens vergehen mindestens fünf bis sechs Jahre. In diesem Zeitraum sind 39 Monate eigentliche Entwicklungszeit zu veranschlagen, gefolgt von der Spezifikationserstellung durch das IQTIG und der Erstellung der Richtlinie bzw. den themenspezifischen Bestimmungen durch den G-BA. Für die Verkürzung der Entwicklungszeit werden mehrere Herangehensweisen überprüft:

- **Verzicht auf die Entwicklung eines Qualitätsmodells:** Das Qualitätsmodell und die Qualitätsaspekte werden benötigt, um inhaltsvalide (Sets von) Indikatoren zu entwickeln. Wenn für eine ggf. größere Bezugsebene eine Bewertung durchgeführt werden soll, spielen die Inhaltsvalidität und die breite Abdeckung über die Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität gerade für PlanQI eine wichtige Rolle. Durch den Verzicht auf ein Qualitätsmodell würden wichtige Zwischenschritte, wie etwa Selektion oder Prüfschritte, lediglich auf eine andere Ebene verschoben und die Beteiligung des G-BA wäre eingeschränkt, da dieser dann keine Möglichkeit zur Reaktion auf die abgeleiteten Qualitätsaspekte hätte. Daher kann aus Sicht des IQTIG für PlanQI nicht auf die Entwicklung eines Qualitätsmodells verzichtet werden.
- **Verzicht auf einzelne methodische Schritte:** Das Auslassen von einzelnen methodischen Schritten für die Entwicklung von PlanQI wird ebenfalls kritisch gesehen, weil diese systematisch aufeinander aufbauen. Auch der Verzicht auf eine Machbarkeitsprüfung ist für PlanQI nicht zielführend, da hier u. a. die Prüfung der Erfüllung von Eignungskriterien des Messverfahrens sowie abhängig von der vom G-BA gewählten Option für die Bewertung neue Auswertungsstrategien vorgesehen sein können.
- **Gemeinsame Beauftragung von Indikatorentwicklung und Machbarkeitsprüfung:** Durch eine Zusammenfassung von Indikatorentwicklung und Machbarkeitsprüfung in einem Auftrag würde die nahtlose Abfolge von eigentlicher Entwicklung und empirischer Pilottestung der Dokumentationsbögen zu einem Zeitgewinn führen. Dieser würde vor allem durch den Wegfall der Beratungszeiten des G-BA zwischen den beiden Prozessen und der notwendigen Zeit für die Beschlussfassung des G-BA für den Folgeauftrag entstehen. Die Möglichkeit zur Beteiligung nach § 137a Abs. 7 SGB V wäre jedoch weiterhin vor Beginn der Machbarkeitsprüfung gegeben.
- **Schmales QS-Verfahren für einen Qualitätsaspekt:** Eine weitere Möglichkeit zur Reduktion der Entwicklungszeit besteht in der Begrenzung auf „schmale“ QS-Verfahren, die sich auf eingegrenzte und wichtige Qualitätsprobleme beziehen. Der Großteil der methodischen Schritte

hängt allerdings nicht oder nur in unwesentlichem Maß von der Breite des bearbeiteten Themas ab. Darüber hinaus ist für die Abbildung einer ggf. größeren Bezugsebene die Begrenzung auf einen einzelnen Qualitätsaspekt insbesondere bei PlanQI nicht zielführend. Diese Vorgehensweise kann daher nicht empfohlen werden, obwohl mit der Reduktion auf ein schmales QS-Verfahren eine Zeitersparnis von ca. 10 Monaten möglich wäre, bis erste Resultate vorliegen können.

- **Entwicklung von Mindestanforderungen an die Strukturqualität:** Die Entwicklungszeit für Mindestanforderungen an die Strukturqualität steht in Abhängigkeit zur Größe der betrachteten Einheiten der Bezugsebene bzw. zur Anzahl zu entwickelnder Anforderungen. Während die einzelnen methodischen Schritte analog zum üblichen Vorgehen einer Konzeptstudie sind und ähnliche Vorgaben eingehalten werden müssen (etwa die Entwicklung eines Qualitätsmodells, die umfassende Abbildung der Bezugsebene durch die Qualitätsaspekte und die Machbarkeitsprüfung), muss für Strukturanforderungen im Rahmen der Indikatorenentwicklung zusätzlich eine merkmalsbezogene systematische Literaturrecherche durchgeführt werden. Diese dient dem Nachweis eines Zusammenhangs mit einem unmittelbaren patientenrelevanten Ziel. Da allerdings durch Literaturrecherchen nicht für alle Merkmale ein solcher Zusammenhang nachzuweisen sein wird, müsste ein formaler Konsensusprozess zur Definition einer Mindestanforderung mit anschließender normativer Festlegung erfolgen. Obwohl bei Mindestanforderungen an die Strukturqualität auf verschiedene Schritte verzichtet werden kann, ergibt sich kein zeitlicher Vorteil, da diese Schritte üblicherweise parallel zu anderen Arbeitsschritten ablaufen. Es bietet sich allerdings ggf. für mehrere Beauftragungen mit derselben Bezugsebene die Möglichkeit zur Übertragung von Arten von Qualitätsanforderungen, Datenfeldern inkl. Ausfüllhinweisen und Datenflusskonzepten. Wie groß die Einsparungen sind, ist allerdings im Vorwege nicht abzuschätzen. Auch der Umfang der auszuwertenden Datensätze für Machbarkeitsprüfungen ist gegenüber fallbezogenen Dokumentationen reduziert. Für eine Machbarkeitsprüfung für Mindestanforderungen an die Strukturqualität ergibt sich eine Reduktion der einzukalkulierenden Zeit von 12 auf 9 Monate. Zudem bestünde die Möglichkeit, diese Herangehensweise in einer Pilotierung mit der zuvor beschriebenen Verknüpfung von Entwicklung und Machbarkeitsprüfung zu verbinden. Für den Übergang in den Regelbetrieb eines PlanQI-Verfahrens mit Strukturanforderungen wird eine Spezifikation bzw. ein Servicedokument mit integrierten Ausfüllhinweisen benötigt. Ein zusätzliches Projekt zum Aufbau des Regelbetriebs könnte ggf. entfallen, da ein QS-Verfahren für Strukturanforderungen weniger komplex ist. Zudem könnten Strukturqualitätserhebungen im Unterschied z. B. zu Falldokumentationen der Leistungserbringer auch unterjährig eingeführt werden.
- **Verwendung recherchierter Indikatoren:** Die Verwendung von recherchierten Qualitätsindikatoren geht mit einigen Nachteilen einher. So ist der Erfolg der Recherche von externen Faktoren abhängig, beispielsweise von der Finanzierung, der Priorisierung der Indikatorenentwicklung und dem Vorhandensein von bereits entwickelten Qualitätsindikatoren im Rahmen der Leitlinienentwicklung. Nur für einen kleinen Teil der deutschen Leitlinien wurden bereits Qualitätsindikatoren entwickelt und die Verwendung von älteren Leitlinien kann zum Fortschreiben von veralteten Annahmen mit schwacher Evidenz führen. Weitere Nachteile von

recherchierten Qualitätsindikatoren könnten im Fehlen eines zugrunde liegenden Qualitätsmodells, einer konkreten Zielsetzung oder eines Zwecks, aber auch in einer fehlenden Passung zu den entwickelten Qualitätsaspekten und -merkmalen liegen. Aufgrund dieser Nachteile kann die Verwendung recherchierter Indikatoren nicht empfohlen werden. Zudem könnte mit recherchierten Qualitätsindikatoren keine Zeitersparnis bis zur Adressierung von Qualitätsdefiziten erreicht werden. Bei einer Kombination mit der bisherigen Indikatorenentwicklung entstünde zusätzlicher Aufwand zur Abstimmung zwischen den beiden Ansätzen.

Insgesamt ergeben sich wegen der äußerst komplexen Bewertung und den ggf. größeren Bezugseinheiten von PlanQI keine Möglichkeiten zur deutlichen Verkürzung der Entwicklungszeiten.

Integrierte Entwicklung

Indikatoren sollen aus methodischer Sicht stets unter Kenntnis ihres Verwendungszwecks entwickelt werden. Trotz der unterschiedlichen Verwendungszwecke – einerseits Krankenhausplanung und andererseits Qualitätsförderung – ist eine integrierte Entwicklung aus fachwissenschaftlicher Sicht grundsätzlich möglich. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die resultierenden Qualitätsindikatoren für die gleiche Bezugsebene genutzt werden sollen. Methodisch ist eine gemeinsame Entwicklung denkbar, wenn Qualitätsindikatoren gemeinsam für beide Verwendungszwecke im Regelbetrieb eingesetzt werden sollen, also wenn

- eine differenzierte Qualitätsbewertung vorgenommen wird und sich je nach Bewertungsergebnis entweder Qualitätsförderung oder krankenhauplanerische Konsequenzen anschließen,
- einzelne Qualitätsindikatoren für Qualitätsförderung und einzelne Indikatoren im Set als PlanQI genutzt werden oder
- Indikatoren dazu genutzt werden, Krankenhäuser im Vergleich zu betrachten, um eine krankenhauplanerische Auswahlentscheidung im Sinne einer Kapazitätsausweitung zu treffen.

Die Entwicklung eines Qualitätsmodells, das generisch als Ausgangsbasis sowohl für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Qualitätsförderung als auch für PlanQI genutzt werden kann, ist grundsätzlich – bei gleicher Bezugsebene – möglich.

Eignungskriterien sowie Eignung nach Planungszweck

Grundsätzlich sind auch für PlanQI die **allgemeinen Eignungskriterien** anzuwenden, die in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschrieben werden.

Neben den allgemeinen Eignungskriterien an Qualitätsindikatoren ergeben sich aus der Vereinbarkeit mit der Planungseinheit, den Konsequenzen und aus dem Planungszweck bzw. der geforderten weiter differenzierten Qualitätsbewertung **spezielle Anforderungen an planungsrelevante Qualitätsindikatoren:**

- **Vereinbarkeit mit der Planungseinheit:** Für die Abbildung einer größeren Bezugsebene muss ein Set von mehreren geeigneten Qualitätsindikatoren in einer Zusammenschau betrachtet werden. Dieses Set muss die gewählte Bezugseinheit bzw. das Qualitätsmodell valide abbilden.

- **Spezifität:** PlanQI müssen eine hohe Spezifität aufweisen, um zu vermeiden, dass Krankenhäuser, denen falsch positiv eine „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ zugeschrieben wurde, unangemessene Konsequenzen erfahren.
- **Messdimensionen:** Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sich hinsichtlich der Messdimensionen nach Donabedian sowohl Struktur- als auch Prozess- und Ergebnisqualität (einschließlich Mindestmengen und Indikationsqualität) prinzipiell für die Krankenhausplanung eignen. Es ist jedoch nach Planungszweck zu unterscheiden: Zum Zeitpunkt der Aufnahme kann nicht auf Informationen aus dem laufenden Verfahren zurückgegriffen werden. Hierfür können nur Indikatoren zur (prozessnahen) Strukturqualität¹ herangezogen werden. Diese eignen sich jedoch neben Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren auch für die Herausnahme aus dem Krankenhausplan. Aufgrund derartiger struktureller Mindestanforderungen kann jedoch keine Differenzierung der Bewertung vorgenommen werden. Bei der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist daher grundsätzlich zu beachten, dass die unterschiedlichen Messdimensionen unterschiedliche Stärken und Schwächen aufweisen, die hinsichtlich des avisierten Planungszwecks zu berücksichtigen sind.

Nutzung vorhandener Qualitätsindikatoren

Vor einer Nutzung vorhandener Qualitätsindikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung müssten diese zunächst entsprechend der hier dargestellten allgemeinen Kriterien und speziellen Anforderungen an planungsrelevante Qualitätsindikatoren auf ihre Eignung geprüft werden. Insbesondere ist dabei zu berücksichtigen, ob die speziellen Anforderungen an PlanQI – die geforderte Abbildung einer größeren Bezugsebene und die differenzierte Qualitätsbewertung – weiterhin relevant sind. Möglich wäre die Verwendung vorhandener Indikatoren als PlanQI grundsätzlich, sofern keine Differenzierung der Bewertung zwischen „unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ erforderlich würde. Dann ist allerdings davon auszugehen, dass zum Planungszweck Herausnahme aus dem Krankenhausplan die meisten Indikatoren durch weitere Indikatoren ergänzt werden müssten, um die erforderliche Inhaltsvalidität für eine Bezugsebene zu erzielen. Andererseits werden sich absehbar keine tauglichen Strukturqualitätsindikatoren für den Planungszweck Aufnahme (Schritte 1 und 2) finden lassen. Auch für die Abbildung „guter Qualität“ werden sich die vorhandenen Indikatoren als nicht geeignet erweisen. Lediglich für den Planungszweck Kapazitätsausweitung „im Vergleich“ könnten alle vorhandenen Indikatoren, jedenfalls nach einer Weiterentwicklung, angewendet werden.

Das IQTIG konstatiert, dass die vorhandenen Indikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung derzeit noch kein Qualitätsmodell abbilden und dass dies auch mit einer kurzen Weiterentwicklung nicht zu erreichen sein wird. Vielmehr bedarf es einer substanziellen Neuentwicklung, um den Anforderungen eines Qualitätsmodells und eines komplexen Bewertungsmodells gerecht zu werden. Bis zum Vorliegen eines neuentwickelten QS-Verfahrens könnten jedoch vorhandene und auf Eignung geprüfte Indikatoren nach einer Weiterentwicklung als PlanQI zur Feststellung „unzureichender Qualität“ und zum Vergleich zwischen Krankenhäusern zur Kapazitätsausweitung einsetzbar sein.

¹ Unter prozessnaher Strukturqualität werden Strukturanforderungen verstanden, die sich der Messung nicht fallbezogener Prozesse annähern, z. B. die Durchführung interdisziplinärer Tumorkonferenzen.

Szenarien sowie Rahmenbedingungen, Limitationen und Alternativen

Gemäß Auftragsteil A Nr. 4 werden auf Grundlage der Lösungsoptionen aus den einzelnen Prüfungsaufträgen verschiedene Szenarien für eine mögliche „zukünftige Entwicklung und Einführung von PlanQI sowie für die Bewertung der Ergebnisse“ entwickelt. Insgesamt ergeben sich fünf Szenarien, die sich aus fachwissenschaftlicher Sicht sinnvoll voneinander abgrenzen lassen. Sie werden hinsichtlich ihrer Auswirkungen, Vor- und Nachteile, Limitationen, Praktikabilität und Realisierbarkeit beschrieben, außerdem werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Limitationen für die Entwicklung und Umsetzung dargestellt.

Szenario 1 bezieht sich auf die Bezugsebene „(Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung“ und eine indexbasierte, mehrstufige Auswertung entsprechend der quantitativen Option A2 mit Indizes mit zwei Referenzbereichen. Hierfür wäre eine Bildung von Grundleistungsbereichen für Fachgebiete sowie die Entwicklung von Qualitätsmodellen und Indikatorensets aus Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren erforderlich. Eine integrierte Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Qualitätsförderung wäre möglich. Das Szenario würde sowohl die Differenzierung der Bewertung in „unzureichende Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ als auch einen Fachgebietsbezug ermöglichen und wäre somit kompatibel zur aktuellen Krankenhausplanung. Sowohl der Planungszweck der Herausnahme aus dem Krankenhausplanung als auch der Kapazitätsausweitung könnten auf dieser Grundlage realisiert werden. Limitationen bestünden allerdings aufgrund der fehlenden Legaldefinition für Fachabteilungen und fraglicher Vergleichbarkeit von Fachabteilungen. Letztlich stellt der immense Entwicklungsaufwand zur Abdeckung des kompletten stationären Versorgungsgeschehens wie auch der Aufwand im Regelbetrieb aufgrund der fallbezogenen Messung die größte Limitation dar.

Für **Szenario 2** würden geeignete Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren aus der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung für einen Vergleich von Krankenhäusern (Bewertungsoption F) im Rahmen des Planungszwecks der Kapazitätsausweitung eingesetzt werden. Die Bezugsebene dabei wäre die Leistung. Der Aufwand wäre relativ gering, da für die Indikatoren bereits eine Dokumentation besteht und diese ggf. nur weiterentwickelt werden müssten. Die Ergebnisse der verwendeten Indikatoren würden entsprechend § 13 der plan. QI-RL übermittelt und bei Bedarf der Planungsbehörden um eine Datenvalidierung, den Ausschluss von Ausnahmetatbeständen mit Nachberechnungen und einen statistischen Vergleich ergänzt werden. Für die Bezugsebene „Leistung“ ist eine eindeutige Qualitätsaussage möglich, jedoch nur relativ zu einzelnen Vergleichskrankenhäusern im Rahmen eines „Konkurrenten-Auswahlverfahrens“. Aufgrund des geringen Entwicklungsaufwands wäre das Szenario rasch einsetzbar. Allerdings wäre die Abbildung eines Fachgebiets damit nicht möglich und punktuell wäre ein relativ großer Aufwand für die Datenvalidierung vor Ort und die fachliche Bewertung zu erwarten. Eine Differenzierung der Qualitätsbewertung zur Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ und damit zur Planherausnahmen wäre in diesem Szenario nicht vorgesehen.

Darauf aufsetzend werden in **Szenario 3** zusätzlich Qualitätsindikatoren im Rahmen eines eskalierenden Verfahrens zur Herausnahme von Leistungen an einem Standort aus dem Krankenhausplan verwendet. Eine Bewertung mit „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ wird

dabei nicht vorgenommen. Stattdessen würde durch das IQTIG, die Landesarbeitsgemeinschaften bzw. den G-BA im Regelbetrieb unter Einbezug der etablierten Fachkommissionen nach § 12 plan. QI-RL „unzureichende Qualität“ festgestellt und nach einer Datenvalidierung im Rahmen einer erweiterten Bewertung Standorte mit „möglicherweise planungsrelevanten Qualitätsdefiziten“ an die Landesplanungsbehörden übermittelt. „Gute Qualität“ wird nicht bewertet. Auf Grundlage der übermittelten Ergebnisse kann die Landesplanungsbehörde eine tiefergehende Analyse der Gründe eines Qualitätsproblems vornehmen und passgenaue planerische Maßnahmen ergreifen, ohne an Vorfestlegungen gebunden zu sein. Allerdings werden in diesem Szenario die Qualitätsbewertungen dezentral vorgenommen, was mit dem Risiko von Heterogenität einhergeht. Zudem sind derart qualitative Bewertungen weniger standardisierbar bzw. objektivierbar als quantitative, sodass ein Risiko unterschiedlicher Urteile bei ähnlichen Sachverhalten bestünde. Das Szenario würde als größte Limitation Änderungen am KHG und SGB V erfordern, insoweit ein „möglicherweise planungsrelevantes Qualitätsdefizit“ festgestellt werden soll, und seine Rechtswirksamkeit daraufhin einer kritischen Überprüfung unterzogen werden müssen. Wie bei Szenario 2 wäre von einem Aufwand mittlerer Größe im Vergleich zu einer Neuentwicklung auszugehen.

Szenario 4 beinhaltet die Aufstellung von Mindestanforderungen an die (nicht fallbezogene) Struktur- und prozessnahe Strukturqualität (Bewertungsoption E) für die Bezugsebene „Leistungsgruppe“. Dabei können die Ergebnisse als Grundlage für die Aufnahme (Schritt 1) in den Krankenhausplan sowie für die Herausnahme von Leistungsgruppen aus dem Krankenhausplan für einen Standort verwendet werden. Aufnahmeentscheidungen würden dann aufgrund eines nachvollziehbaren, stichhaltigen Konzepts getroffen werden, über die Erfüllung der Anforderungen wären im Regelbetrieb regelmäßig Nachweise zu führen. Mit dem Szenario wären gute Steuerungsmöglichkeiten für die Krankenhausplanung gegeben und es könnte eine bundesweit einheitliche Qualität für die Leistungsgruppen sichergestellt werden. Zusätzlich würde Transparenz gegenüber Patientinnen und Patienten hergestellt. Allerdings wäre mithilfe von Mindestanforderungen eine Differenzierung der Bewertung in „unzureichende Qualität“ versus „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ nicht möglich, auch „gute Qualität“ kann nicht festgestellt werden. Zur Abdeckung des stationären Versorgungsgeschehens müsste außerdem zunächst eine Leistungsgruppensystematik entwickelt werden, wofür aufgrund der großen Zahl an Leistungsgruppen mit einem initial großen Aufwand zu rechnen ist. Überdies wäre dies mit der aktuellen Krankenhausplanung nicht kompatibel und die Kompatibilität mit KHG und SGB V fraglich.

Auch für **Szenario 5** wird die Bezugsebene „Leistungsgruppe“ gewählt. Dabei werden für einzelne ausgewählte Leistungsgruppen Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren entwickelt. Szenario 5 könnte für ausgewählte Leistungsgruppen mit Szenario 4 verknüpft werden, indem alle Leistungsgruppen mit strukturellen Mindestanforderungen und zusätzlich ausgewählte Leistungsgruppen mit Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren ausgestaltet werden. Gegebenenfalls vorhandene Indikatoren aus den Verfahren nach der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) können hinsichtlich ihrer Eignung geprüft, weiterentwickelt und ebenfalls eingesetzt werden. Die Bewertung erfolgt zweistufig mit quali-

tativer Differenzierung anhand von einzelnen Indikatoren entsprechend Option C1. Dementsprechend können die Indikatoren im Rahmen der Qualitätsförderung sowie für den Planungszweck der Herausnahme aus dem Krankenhausplan eingesetzt werden. Die Entwicklung umfasst ein Qualitätsmodell, das die für die Leistungsgruppe selektierten Qualitätsaspekte enthält, sowie ein mehrdimensionales Qualitätsindikatorenset. Eine Erweiterung um Aspekte für die Messung „guter Qualität“ ist möglich. Der Entwicklungsaufwand entspräche etwa dem eines klassischen QS-Verfahrens, eine vollständige Abdeckung des Versorgungsgeschehens ist jedoch nicht denkbar. Sinnvoll vor einer Verfahrensentwicklung wäre die Erstellung einer Leistungsgruppensystematik. Die Datenerfassung und Datenvalidierung erfolgen ebenfalls wie im aktuellen PlanQI-Verfahren. Die Bewertung erfolgt gemäß Option C1 zunächst quantitativ in Bezug auf den Referenzwert und kann „unzureichende Qualität“ ermitteln, um sodann in einer zweiten, qualitativen Bewertungsstufe „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ festzustellen. Das Ergebnis der Bewertung könnte den Landesplanungsbehörden als Grundlage krankenhauplanerischer Konsequenzen zur Herausnahme der Leistungsgruppe aus dem Feststellungsbescheid des betroffenen Krankenhauses dienen. Das Szenario könnte für die in vielen Bundesländern bestehende Schwerpunktplanung einsetzbar sein, ist jedoch nicht mit der aktuellen Krankenhausplanung auf Fachabteilungsebene kompatibel.

Die Bereitstellung von nutzbaren Qualitätsinformationen für die Krankenhausplanung ist bei den vorgeschlagenen Optionen und Szenarien durch die **Rahmenbedingungen** grundsätzlich eingeschränkt. So verhindert beispielsweise die geforderte mehrstufige Differenzierung der Qualitätsbewertung den Einsatz von Strukturindikatoren im Sinne von Mindestanforderungen, die für die Aufnahme (Schritt 1) und Herausnahme aus dem Krankenhausplan sinnvoll eingesetzt werden könnten. Andererseits ist eine Differenzierung für Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren höchst komplex und in der Regel mit maximalem, nicht zu rechtfertigendem Aufwand in der Entwicklung und im Regelbetrieb verbunden. Schließlich erweist sich auch der aus der Gesetzesbegründung abgeleitete Bezug zur Fachabteilung als Bezugseinheit aufgrund fehlender Legaldefinition und großer Herausforderungen und des Aufwands bei der Bewertung und Abbildbarkeit als nicht umsetzbar bzw. mit einem nicht zu rechtfertigenden Aufwand verbunden.

Fazit und Empfehlung

Vor dem Hintergrund der begründungsbedürftigen Steigerung von stationären Behandlungsfällen und einer im internationalen Vergleich sehr hohen Krankenausdichte in Deutschland wurde im Rahmen des KHSG auf Empfehlung einer gemeinsamen Bund-Länder-Arbeitsgruppe die Einführung von PlanQI beschlossen, die in der Gesamtschau des Indikatorensets die Beurteilung der Gesamtqualität einer Fachabteilung ermöglichen können sollen. Im Falle einer „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ sollte nach der Arbeitshypothese der Bund-Länder-Arbeitsgruppe eine bundeseinheitliche Grundlage dafür geschaffen werden, entsprechende Fachabteilungen oder Krankenhausstandorte aus der Versorgung zu nehmen.

Die Umsetzbarkeit der unter den damaligen Rahmenbedingungen plausibel erscheinenden Arbeitshypothese scheitert an folgenden Limitationen: In Ermangelung einer Legaldefinition für eine Fachabteilung scheidet die Bezugsebene „(Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung“ als kran-

kenhausplanerische Steuerungsebene aus. Zur Darstellung der Heterogenität der Fachabteilungsrealität sei auf das NRW-Gutachten verwiesen. Außerdem wurde der von der seinerzeitigen gemeinsamen Bund-Länder-Arbeitsgruppe angenommene Automatismus, dass im Falle der Feststellung einer „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ die Herausnahme aus dem Krankenhausplan erfolgt, seitens der Länder so relativiert, dass zwei Drittel der Bundesländer die vom IQTIG im Auftrag des G-BA ausgewählten PlanQI nicht zum Bestandteil des jeweiligen Krankenhausplans gemacht haben.

Hieraus kann nur geschlussfolgert werden, dass die seinerzeitige Arbeitshypothese zur Einführung von PlanQI im Sinne einer qualitätsorientierten Marktberreinigung historisch betrachtet zwar nachvollziehbar ist, aber dem „Stresstest der Umsetzung“ und den neuen Herausforderungen für die Krankenhausplanung – z. B. unter den Bedingungen der Corona-Pandemie – nicht standhält. Bei der Diskussion einer zukünftigen Verwendung von Qualitätsinformationen sollten auch die bisherigen Erkenntnisse aus der Begleitevaluation von PlanQI berücksichtigt werden.

Insofern schlägt das IQTIG ein alternatives Szenario 6 vor, das Qualitätsinformationen und -kennzahlen als ergänzende Grundlage für Entscheidungen anbietet, die letztendlich von den politischen Entscheidungsträgern zu treffen sind.

Für das **alternative Szenario 6** erfolgt eine Zusammenführung und Darstellung von Qualitätsinformationen und -kennzahlen als zusätzliche Kriterien in der Krankenhausplanung sowie eine Anpassung der entsprechenden Regelungen. Dabei werden Qualitätsindikatoren, die nach der DeQS-RL erhoben und berechnet werden, mit Richtlinien zur Strukturqualität, Mm-R und ggf. weiteren Regelungen und Richtlinien des G-BA zusammengeführt und den Landesplanungsbehörden als zusätzliche Grundlage für krankenhauserische Entscheidungen zu Verfügung gestellt. Diese Aufbereitung und Darstellung im Sinne von Transparenzkennzahlen zum Monitoring und Vergleich von Krankenhäusern stellt jedoch keine PlanQI nach heutigem Verständnis dar. Vielmehr ließen sich damit die Ergebnisse der Krankenhäuser sowohl im Zeitverlauf als auch im Vergleich zueinander darstellen und so im Rahmen von Auswahlentscheidungen ein Qualitätsvergleich vornehmen. Ein zusätzlicher positiver Effekt wäre die Anregung bzw. Verstärkung des intrinsischen Qualitätswettbewerbs. Eine Bewertung der Kennzahlen erfolgt nicht, sodass auch keine Differenzierung der Bewertung in „unzureichende Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ vorgenommen werden könnte. In jedem Fall wäre bei Umsetzung dieser Alternative eine Anpassung von KHG und SGB V erforderlich, da weder die nach den aktuellen Vorgaben und Auslegungen geforderte differenzierte Qualitätsbewertung noch eine Abbildung der Qualität einer gesamten Fachabteilung erreicht werden kann. Ein Qualitätsmonitoring könnte aber ein unterstützendes, flankierendes Instrument für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung darstellen.

Um die Qualitätsdarstellung für die Krankenhausplanung zu entwickeln, entstünde für einige beispielhafte Richtlinien ein initialer Aufwand von ca. 12 Monaten (zuzüglich ggf. Beteiligungsverfahren von 12 Wochen). Im Zeitverlauf könnten weitere Ergebnisse aus den Maßnahmen der Qualitätssicherung sukzessive integriert werden.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) durch den Bundesgesetzgeber beauftragt, planungsrelevante Qualitätsindikatoren (PlanQI) zu beschließen (§ 136c Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)). Darüber hinaus sollen „künftig kontinuierlich weitere planungsrelevante Indikatoren“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 90) bestimmt werden. Das IQTIG wurde vom G-BA zunächst damit beauftragt, „in einem ersten Schritt“ (G-BA 2016: 1) aus den bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)² für die Zwecke der Krankenhausplanung geeignete Indikatoren auszuwählen. Damit sollte gemäß der Intention des Gesetzgebers ein möglichst zeitnaher Einstieg in eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausplanung ermöglicht werden (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 90). Basierend auf dem Bericht vom 31. August 2016 (IQTIG 2016) zu diesem Auftrag fasste der G-BA einen ersten Beschluss am 15. Dezember 2016 (G-BA 2016a). Der Beschluss wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geprüft und nicht beanstandet (BMG 2017). Er wurde jedoch mit der Auflage verbunden, dass weiterentwickelte Festlegungen insbesondere mit stärker differenzierten Maßstäben und Kriterien getroffen werden, die „mindestens fachabteilungsbezogen auch ‚eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität‘“ feststellen lassen (BMG 2017: 1).

Ein Folgeauftrag des G-BA an das IQTIG mit dem Ziel einer stufenweise Neuentwicklung von PlanQI sowie von Maßstäben und Kriterien zur Feststellung einer „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ erging am 18. Mai 2017 (G-BA 2017a). Zu diesem Auftrag legte das IQTIG am 27. April 2018 einen ersten Bericht zu bereits beschlossenen Mindestmengenregelungen (Mm-R)³ und Richtlinien zur Strukturqualität des G-BA bzw. deren Verwendung im Zusammenhang mit PlanQI vor (IQTIG 2018b). Weiterhin legte das IQTIG am 21. Dezember 2018 ein umfangreiches „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2018a) vor. Eine Befassung des G-BA mit diesen Arbeitsergebnissen des IQTIG erfolgte nicht, da prioritär die noch offene Frage der Empfehlung von Maßstäben und Kriterien zur Definition einer „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ beziehungsweise die Grundlage zur Erfüllung der Auflage des BMG zu erarbeiten war. Infolgedessen erhielt das IQTIG am

² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 15. August 2006, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 14.01.2021). Die Richtlinie ist am 1. Januar 2021 außer Kraft getreten. Sie ist aufgegangen in der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung.

³ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der 1. Neufassung vom 21. März 2006, zuletzt geändert am 16. Juli 2020, in Kraft getreten am 13. August 2020 und 1. Januar 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/5/> (abgerufen am 14.01.2021).

18. April 2019 vom G-BA den Auftrag zur „Weiterentwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V“ (G-BA 2019). Der vom IQTIG am 30. September 2019 vorgelegte Bericht zur „Weiterentwicklung zur Eignungsprüfung weiterer Indikatoren, Herstellung eines Fachabteilungsbezugs und zur Entwicklung von Maßstäben und Kriterien zur Bewertung“ (IQTIG 2019b) vermochte jedoch nicht zu überzeugen, was allerdings nicht allein auf methodische Schwächen der vom IQTIG empfohlenen Konzeption zur Beurteilung einer „in erheblichem Maße unzureichenden Qualität“ zurückzuführen war, sondern insbesondere auch auf offene Fragen hinsichtlich der Arbeitshypothese, die seinerzeit von der Bund-Länder-AG dem Gesetzestext der PlanQI zugrunde gelegt worden war, nämlich dass die PlanQI „z. B. in der Zusammenschau eines Indikatorensets die Bewertung der Versorgungsqualität einer Abteilung ermöglichen“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015) müssen.

1.2 Auftragsverständnis

Vor dem in Abschnitt 1.1 dargestellten Hintergrund erfolgte am 20. März 2020 eine erneute Beauftragung des IQTIG mit einer „Neukonzeption der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 SGB V“ (G-BA 2020b). Die Auftragsgegenstände sind in drei Teilen abzuarbeiten. Im Sinne der ergebnisoffenen Neukonzeption besteht Teil A der Beauftragung in definierten „Prüfaufträgen sowie der Darstellung verschiedener Szenarien“ (G-BA 2020b: 1).

Thematischer Schwerpunkt von Teil A der Beauftragung ist gemäß Nr. 1 der Beauftragung die Prüfung der Fragestellung, welche Bezugsebenen PlanQI adressieren können (z. B. Fachgebiet, Fachabteilung, Leistungsbereich, Leistung), einschließlich einer Einschätzung, von welcher Option am ehesten qualitätsorientierte Planungseffekte zu erwarten sind. „Qualitätsorientiert“ wird dabei verstanden als Ausrichtung an einer patientenzentrierten Verbesserung der Versorgung (IQTIG 2019a: 16 ff.). Bei den Ausführungen zur Bezugsebene soll insbesondere auch auf die unterschiedlichen Zwecke der Krankenhausplanung (Aufnahme und Verbleiben im Plan, Auswahlentscheidungen (auch im Sinne einer Kapazitätsausweitung) und insbesondere Planherausnahme) eingegangen werden (siehe Kapitel 3). Geprüft werden soll weiterhin, welche Themen (Arten von z. B. Leistungen, Leistungsgruppen oder Fachgebieten) sich grundsätzlich für die Einführung von PlanQI eignen.

Ein weiterer thematischer Schwerpunkt liegt auf der Qualitätsbewertung (Nr. 2). Geprüft werden sollen dabei die Voraussetzungen für eine fachwissenschaftliche Herleitung der Feststellung von einer „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ in Abgrenzung zu „unzureichender Qualität“ sowie von „guter Qualität“ und Mindestanforderungen. Die Feststellung einer „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ führt zu im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) festgelegten krankenhauserplanerischen Konsequenzen (§ 8 Abs. 1a und b KHG). Der notwendige Ausgestaltungsspielraum der Länder, der neben Qualität seit jeher weitere planungsrelevante Aspekte wie Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit eines Krankenhausstandorts sowie insbesondere auch die Erreichbarkeit von Versorgung unter Berücksichtigung der jeweils regionalen Besonderheiten in den Blick nimmt, darf dabei nicht zu stark eingeschränkt werden (siehe Kapitel 4).

Der dritte Themenschwerpunkt von Teil A betrifft gemäß Nr. 3 die Entwicklung von neuen PlanQI: Geprüft werden sollen eine Verkürzung der Entwicklungszeiten sowie eine integrierte oder getrennte Entwicklung mit weiteren datengestützten Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren). Weiterhin sollen Eignungskriterien entwickelt und eine mögliche Zuordnung von Indikatoren zu Planungszwecken geprüft werden. Zuletzt soll die Nutzung vorhandener Qualitätsindikatoren erörtert werden (siehe Kapitel 4.3).

Die Darstellung verschiedener Lösungsoptionen in Szenarien (Nr. 4; siehe Kapitel 6) ist Voraussetzung für die Entscheidung des G-BA über das weitere Vorgehen, weshalb zu den Arbeitsergebnissen von Teil A der vorliegende, gesonderte Bericht erstellt wurde. Unter Berücksichtigung der Entscheidungen des G-BA zu den Arbeitsergebnissen zu Teil A soll sodann in Teil B die Erstellung eines neuen Modells zur Entwicklung und Bewertung von PlanQI erfolgen. Dieses Modell soll anhand eines konkreten Anwendungsbeispiels in Teil C veranschaulicht werden. Das Anwendungsbeispiel soll dazu geeignet sein, zeitnah umgesetzt zu werden. Um die Auftragsteile B und C wird der vorliegende Bericht nach einer Entscheidung des G-BA erweitert.

Bei der Bearbeitung des Auftrags sind die Hinweise des Unterausschusses Qualitätssicherung (Sitzung am 4. März 2020) zu beachten: Das unveröffentlichte Konsensuspapier der Länder (Anonym 2019b) vom 14. August 2019 ist zu berücksichtigen. Weiterhin sollen bei der Auftragsbearbeitung externe Expertinnen und Experten einbezogen werden (siehe Abschnitte 2.2 und 2.3). Systemqualität – und damit der Planungszweck der nachfrage- und qualitätsorientierten (Angebots-)Kapazitätsplanung – ist nicht Teil des Auftrags.

2 Methoden

Bei der Auftragsbearbeitung wurden im Wesentlichen die folgenden Methoden eingesetzt:

- orientierende Literaturrecherchen (siehe Abschnitt 2.1)
- leitfadengestützte Experteninterviews (siehe Abschnitt 2.2)
- Expertenworkshop (siehe Abschnitt 2.3)

Basierend auf den Literaturrecherchen und den Experteninterviews wurden schließlich konzeptionelle Ideen entwickelt, die zur Bearbeitung der Prüfaufträge sowie zur Generierung von Lösungsoptionen verwendet werden konnten. Die Ergebnisse wurden zusammengeführt und konzeptionell aufbereitet (siehe Abschnitt 2.4).

2.1 Orientierende Literaturrecherchen

Es wurden mehrere orientierende Literaturrecherchen durchgeführt, um

- die vom IQTIG bereits gesammelte Literatur zu PlanQI sowie zur Verwendung von Qualitätsinformationen zur Krankenhausplanung zu aktualisieren und zu ergänzen,
- Hintergrundinformationen zu der qualitätsorientierten Krankenhausplanung in Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich und der Schweiz zu generieren und um
- Literatur zur Verwendung von Qualitätsinformationen für Auswahlentscheidungen (*accountability*-Zwecke) zu identifizieren.

Orientierende Literaturrecherchen werden unter anderem angewendet, um gezielt nach geeigneten Informationen oder Daten zu suchen, sowie zur Beschaffung von Hintergrundinformationen (EbM Netzwerk 2020). Die themenspezifischen Recherchen (in verschiedenen Datenbanken) und das Screening des Materials (unter anderem Webseiten, Monografien, Sammelbänder, Zeitschriftenartikel) wurden im März und April 2020 von je einer Person durchgeführt. Redaktionelle Beiträge (in Fachzeitschriften) und (politische) Kommentare wurden nicht berücksichtigt.

Aktualisierung und Ergänzung von Literatur zur Verwendung von Qualitätsinformationen zur Krankenhausplanung

Die im Zusammenhang mit der Entwicklung von PlanQI beim IQTIG bereits gesichtete Literatur (siehe Abschlussberichte IQTIG 2016, IQTIG 2018a, IQTIG 2018b, IQTIG 2019b) wurde aktualisiert und ergänzt. Unter anderem wurden ausgehend von dem Gutachten zur „Krankheitslandschaft Nordrhein-Westfalen“ (NRW) (PD 2019) bei der Recherche zu Vorschlägen zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung in Deutschland die darin zitierten Publikationen nach relevanten zusätzlichen Veröffentlichungen durchgesehen. Darüber hinaus wurden die Publikationslisten der Autorinnen und Autoren sowie Publikationslisten der zur Auswahl stehenden Interviewpartnerinnen und Interviewpartner (siehe Abschnitt 2.2.1) gescreent.

Einige europäische Länder verwenden bei der Leistungs- oder Krankenhausplanung Qualitätsinformationen (Geissler et al. 2018). Obwohl Erfahrungen aus anderen Ländern zur Regulierung bzw. Leistungssteuerung mithilfe von Qualität nicht direkt auf das Gesundheitssystem in

Deutschland übertragbar sind, kann eine Betrachtung dieser zu Ideen führen, wie die Verwendung von Qualitätsinformationen für die Krankenhausplanung in Deutschland weiterentwickelt werden könnte. Bei der Informationsbeschaffung zur Krankenhausplanung in anderen Ländern wurde ein besonderes Augenmerk auf die Verwendung von Qualitätsinformationen bzw. Qualitätsindikatoren gelegt. Basierend auf den Darstellungen von Geissler et al. (2018) wurden die Länder Frankreich, Italien, Österreich und Schweiz näher betrachtet. Trotz der Verwendung von Qualitätsinformationen bei der Krankenhausplanung wurden die Niederlande für den vorliegenden Bericht von der Betrachtung ausgeschlossen, da dort für die Mehrzahl der akutstationären Leistungen keine allgemeine Planung der Krankenhauskapazitäten mehr stattfindet und die erforderliche Qualität der Leistungserbringung größtenteils bilateral zwischen Versicherungen und Krankenhäusern vereinbart werden (Geissler et al. 2018).

Recherche von Hintergrundinformationen zur Krankenhausplanung in Frankreich, Italien, Österreich und der Schweiz

Als Ausgangsbasis der Recherche zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung in Österreich, der Schweiz, Italien und Frankreich dienten die jeweiligen Health System Reviews (Health System in Transition der Weltgesundheitsorganisation (WHO)) (Bachner et al. 2018, Hofmarcher und Quentin 2013, Ferré et al. 2014, De Pietro et al. 2015, Chevreul et al. 2015). Des Weiteren diente bei der gezielten Recherche nach Publikationen bezüglich Österreich der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) (BMSGPK 2020a) und bezüglich Italien das vierte Kapitel des Krankenhaus-Reports von 2018 (Geissler et al. 2018) als Grundlage. Es wurden einschlägige Webseiten, Informationsmaterialien und Publikationen der jeweiligen Bundesministerien, Gesundheitsministerien und an der Krankenhausplanung beteiligten Institutionen und Ebenen (z. B. Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Sozialversicherung Österreich, österreichische Bundesländer, Schweizer Bundesrat und Regierungsrat, Schweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz, Gesundheitsdirektion Zürich und weiterer Schweizer Kantone) gesichtet. Dabei wurden unter anderem Gesetze, Verordnungen, Beschlüsse, Gerichtsurteile und offizielle Informationsdokumente gelesen.

Die öffentlich verfügbaren Informationen zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung in Italien und Frankreich sind wenig detailliert (Durand-Zaleski 2017, Chevreul et al. 2015, Ferré et al. 2014, Geissler et al. 2018, Piccoliori 2015, Donatini 2017) und häufig lediglich in der Landessprache zugänglich (Ministero della Salute 2019, DGOS 2012, ARS 2019). Aufgrund des eingeschränkten Zugangs zu den Informationen, die darüber hinaus keinen vertieften Zugang zu der dortigen Qualitätsorientierung in der Planung zuließen, wurde nach einer ersten Durchsicht entschieden, diese Länder im vorliegenden Bericht nicht aufzugreifen.

In den Referenzlisten der bereits gefundenen Publikationen wurde nach weiteren Artikeln von Interesse gesucht, um relevante Informationen möglichst umfassend zu sammeln.

Aktualisierung von Literatur zur Verwendung von Qualitätsinformationen für die Zwecke von Auswahlentscheidungen (*accountability*)

Um Literatur zur Verwendung von Qualitätsinformationen für die Zwecke von Auswahlentscheidungen (*accountability*) zu identifizieren, wurde die in einschlägigen Vorträgen zitierte Literatur gesichtet sowie die Referenzlisten der am IQTIG vorhandenen themenbezogenen Literatur durchgesehen (Schneeballprinzip). Schwerpunkt der Recherche und Auswertung war dabei insbesondere die Eignung von Indikatoren und die Bewertung ihrer Ergebnisse im Rahmen der Verwendung zur Steigerung der Versorgungsqualität durch Auswahlentscheidungen.

Relevante Literatur wurde bis Juni 2020 ausgewertet bzw. exzerpiert. Die Rechercheergebnisse wurden den Prüfaufträgen bzw. Auftragsteilen (G-BA 2020b) zugeordnet und flossen in die Ergebnisse zu den Kapiteln 3 bis 5 ein.

2.2 Leitfadengestützte Experteninterviews

Entsprechend der „Methodischen Grundlagen V1.1“ des IQTIG wurden Personen mit ergänzendem Wissen und Erfahrungen zur Ermittlung oder Überprüfung von Fakten, Ermittlung unterschiedlicher Perspektiven sowie Bewertung diskussionsbedürftiger Sachverhalte konsultiert (Niederberger 2015, IQTIG 2019a).

Experteninterviews sind eine qualitative Methode der empirischen Sozialforschung. Dabei beschreibt „Experte“ bzw. „Expertin“ die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden (sozialen) Sachverhalte. Das Experteninterview dient somit als Methode zur Erschließung eben dieses Spezialwissens (Gläser und Laudel 2010: 12, 28). Die Verwendung eines a priori erstellten Interviewleitfadens klassifiziert Experteninterviews innerhalb der *nicht standardisierten Interviews*. Der Leitfaden gibt Fragen vor, die in jedem Interview gestellt werden müssen – allerdings besteht für die Interviewerin / den Interviewer Flexibilität, die Reihenfolge und feinere Ausgestaltung der Fragestellungen dem spezifischen Gesprächsverlauf anzupassen. Außerdem ist es der Interviewerin / dem Interviewer erlaubt, Ad-hoc-Nachfragen zu stellen, die die Beantwortung einer Leitfadenfrage vervollständigen und nicht im Leitfaden ausformuliert sein müssen (Gläser und Laudel 2010: 42).

Das explizite Forschungsinteresse war dabei auf die Erhebung von praxis- sowie erfahrungsbezogenem und technischem Wissen der Expertinnen und Experten ausgerichtet (Helfferich 2014: 571).

2.2.1 Auswahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

Die Auswahl geeigneter Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner orientierte sich a priori an den von Gorden (1975), zitiert nach Gläser und Laudel (2010: 117), empfohlenen vier Grundsatfragen:

1. Wer verfügt über die relevanten Informationen?
2. Wer ist am ehesten in der Lage, präzise Informationen zu geben?
3. Wer ist am ehesten bereit, Informationen zu geben?
4. Wer von den Informanten ist verfügbar?

Es wurden a priori sechs Expertenkatgorien identifiziert, mit deren Vertreterinnen und Vertretern Experteninterviews durchgeführt werden sollten:

- Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit Expertise in der Krankenhaus- und Bedarfsplanung (WiFo)
- Vertreterinnen und Vertreter der Landeskrankenhausplanungsbehörden (KHP)
- Juristinnen und Juristen mit Expertise zur Krankenhaus- und Bedarfsplanung (Recht)
- Vertreterinnen und Vertreter aus dem Bereich Qualitätssicherung oder Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (QS/QM)
- Expertinnen und Experten für Versorgungs- oder Leistungssteuerung bzw. Krankenhausplanung in anderen Gesundheitssystemen (AnGes)
- Klinikerinnen und Kliniker (Klin)

Der Zugang zu den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern erfolgte auf zwei verschiedenen Wegen:

1. Öffentlicher Registrierungsaufwurf über die Website des IQTIG: Interessierte Expertinnen und Experten wurden eingeladen, sich für die Teilnahme an einem Einzelinterview zu registrieren.
2. Verschiedene wissenschaftliche Fachgesellschaften, Organisationen, Universitäten und Einzelpersonen (z. B. Autorinnen und Autoren einschlägiger Fachliteratur) wurden durch das IQTIG angeschrieben, um auf das Registrierungsverfahren aufmerksam zu machen.

Die Registrierung war im Zeitraum vom 27. März bis 17. April 2020 möglich. Insgesamt sind 50 Registrierungen eingegangen. Sie wurden gesichtet und ob des ex ante geschätzten möglichen Erkenntnisgewinns überprüft. Die für ein Interview ausgewählten Expertinnen und Experten wurden entsprechend den „Verfahrensregeln der Interessenkonflikt-Kommission des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)“ (Stand: 17. Mai 2018) nach möglichen Interessenkonflikten befragt (Fragenkatalog zu potenziellen Interessenkonflikten siehe Tabelle 1 im Anhang A). Diese Angaben wurden durch das entsprechende interne Gremium des IQTIG geprüft und bewertet: Bei den ausgewählten Interviewpartnerinnen und -partnern hatten die Interessenkonflikte keine Relevanz bzw. niedrige und moderate Relevanz.

Ausgewählte Expertinnen und Experten wurden durch das IQTIG kontaktiert und Termine für (Video-)Telefoninterviews vereinbart. Je Kategorie wurden zwei bis drei Interviews anvisiert.

2.2.2 Entwicklung des Interviewleitfadens

Die Entwicklung des Interviewleitfadens orientierte sich an den Empfehlungen von Gläser und Laudel (2010: 142 ff.) sowie Helfferich (2014). Der Interviewleitfaden ist Anhang B zu entnehmen. Wie detailliert bei Gläser und Laudel (2010: 122 ff.) nachzulesen ist, wurden Fragen hinsichtlich ihres Inhalts und ihrer Funktion typisiert. Final wurde jede Frage noch einmal hinsichtlich ihrer Funktion und Notwendigkeit für den Informationsgewinn überprüft (Ullrich 1999). Der entwickelte Interviewleitfaden wurde IQTIG-intern auf Verständlichkeit der Fragen und Durchführbarkeit des Interviews (voraussichtliche Dauer etc.) getestet. Der Interviewleitfaden enthält 33 Fragen. Um auf in früheren Interviews erhaltene Informationen reagieren und an spezifische Hintergründe von Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern eingehen zu können, wurde

der prototypische Interviewleitfaden im Verlauf der Erhebungen fortlaufend kritisch hinterfragt und ggf. angepasst (Gläser und Laudel 2010: 153 f.). Für die Interviewpartnerinnen und -partner der Kategorie „andere Gesundheitssysteme“ wurden zusätzliche Fragen zum Verständnis der dortigen Qualitätsorientierung bei der Krankenhaus- und Leistungsplanung ergänzt. Zur Vorbereitung der Interviews wurde den Expertinnen und Experten eine Fassung des Leitfragebogens (ohne Anschlussfragen (*probing questions*)) zugesandt.

2.2.3 Durchführung der Interviews

Insgesamt wurden im April, Mai und Juli 2020 15 Interviews durch vier verschiedene Interviewerinnen und Interviewer durchgeführt. Die Interviewdauer reichte von 68 bis 121 Minuten und lag durchschnittlich bei ca. 90 Minuten. An einem Interview waren zwei Interviewpartnerinnen/Interviewpartner beteiligt. Die Anzahl der Interviewerinnen und Interviewern bzw. Zuhörerinnen und Zuhörern variierte zwischen zwei und vier. Alle Interviews wurden telefonisch oder per Videokonferenz geführt.

2.2.4 Auswertung

Die Auswertung der Interviews erfolgt entsprechend der in den „Methodischen Grundlagen V1.1“ (IQTIG 2019a) des IQTIG beschriebenen Methoden: Die leitfadengestützten Interviews wurden protokolliert und aufgezeichnet sowie anschließend durch einen externen Dienstleister transkribiert.

Die Aussagen der Expertinnen und Experten wurden anonymisiert und einer Interviewnummer sowie einem Kurzprofil der jeweiligen Expertise zugeordnet, die von den Interviewpartnerinnen und -partnern freigegeben wurden. Diese Kurzbeschreibungen befinden sich im Anhang C.

Die Auswertung erfolgte im Juni 2020 mithilfe der Software MAXQDA. Die Auswertung der anonymisierten Transkripte erfolgte interviewübergreifend im Sinne einer inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse (Mayring 2015, Kuckartz 2016), wie sie bei Schreier (2014) beschrieben wird:

Kern der inhaltlich-strukturierenden Vorgehensweise ist es, am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material im Hinblick auf solche Aspekte systematisch zu beschreiben.
(Schreier 2014: 5)

Um dieses Ziel zu erreichen, wurde ein gemischt-deduktiv-induktives Vorgehen gewählt (Schreier 2014). Zunächst wurde vor Beginn der Materialauswertung basierend auf dem Auftragstext und dem Leitfaden eine Liste von erwarteten Oberkategorien (*start list*) gebildet. Im Zuge der folgenden Arbeit am Material wurde das a priori definierte Kategoriensystem dann induktiv verfeinert und durch weitere Unterkategorien ergänzt.

Die Ergebnisse der Experteninterviews wurden den Prüfaufträgen bzw. Auftragsteilen (G-BA 2020b) (überwiegend Teile A und B) zugeordnet und flossen in die Ergebnisse zu den Kapiteln 3 bis 6 ein.

2.3 Expertenworkshop

In Workshops setzen sich kleine Teilnehmergruppen im Rahmen einer Veranstaltung für eine begrenzte Zeitdauer intensiv mit einem vorab festgelegten Thema auseinander (BMI/BVA 2018). Nach Lipp (2008: 13) sind Workshops „Arbeitstreffen, in denen sich Leute in Klausuratmosphäre einer ausgewählten Thematik widmen“. Charakteristische Grundelemente sind die Arbeit, die Konstellation als Gruppe, die Vorgabe einer Aufgabe und die Tätigkeit außerhalb der Routinearbeit (Lipp 2008: 13).

Expertenworkshops können zur Erarbeitung von Konzepten eingesetzt werden (BMI/BVA 2018). Für diesen Zweck werden Teilnehmerinnen und Teilnehmer anhand ihres Spezialwissens ausgewählt. Verglichen mit einem Einzelinterview der Spezialistinnen und Spezialisten hat dieses Gruppenverfahren den Vorteil, dass der themenzentrierte Austausch Impulse für weiterführende Überlegungen geben kann (Lipp 2008: 16). Die Bandbreite an verschiedenen Reaktionen kann die Teilnehmenden zusätzlich zu detaillierteren Äußerungen anregen, was der Ergründung der Thematik zugutekommt. Da es unter Umständen notwendig sein kann, Expertinnen und Experten zu unterschiedlichen (Teil-)Gebieten einzubinden, kann vor der Diskussion eine vergleichbare Ausgangsbasis geschaffen werden. Diese ermöglicht allen Beteiligten die aktive Teilnahme am Gespräch. Für Fachdiskussionen stellen die unterschiedlichen Fachkompetenzen und Perspektiven eine wichtige Voraussetzung dar (BMI/BVA 2018). Vor allem bei komplexen Themen bedarf es der Vielschichtigkeit und Ambivalenz der Diskussionsbeiträge, um einen hohen Realitätsgehalt bei der Abbildung des Diskussionsgegenstands zu erreichen. Durch das gemeinsame Bearbeiten des definierten Problems verbessert sich darüber hinaus die Akzeptanz der Um- und Durchsetzung der entwickelten Lösung (Lipp 2008: 16).

Um Inhalte zur Nutzung von Qualitätsinformationen für die Krankenhausplanung zu erarbeiten bzw. um Lösungsoptionen und Szenarien zu entwickeln, wurde ein solcher Expertenworkshop durchgeführt. Neben den oben beschriebenen allgemeinen Zielen sollten speziell folgende Aspekte adressiert werden:

- Belegen bzw. Bestätigen der Inhalte zur Krankenhausplanung und zu Planungszwecken
- Herausarbeiten von Lösungsoptionen
 - Diskussion (Priorisierung)
 - Benennen der Limitationen
 - Bewerten der Lösungsoptionen
 - Prüfung der Relevanz und Umsetzbarkeit
 - Herausarbeiten von Vor- und Nachteilen
- Herausarbeiten von Szenarien
 - Diskussion (Priorisierung)
 - Benennen der Limitationen
 - Bewerten der Szenarien
 - Prüfung der Relevanz und Umsetzbarkeit
 - Herausarbeiten von Vor- und Nachteilen

Als Expertinnen und Experten in diesem Bereich wurden Vertreterinnen und Vertreter der Landesplanungsbehörden definiert. Sie zeichnen sich durch eine hohe Sachkompetenz aus und nehmen in der Diskussion um qualitätsorientierte Krankenhausplanung verschiedenen Standpunkte ein. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden bereits im Einladungsanschreiben auf die Workshop-Methode vorbereitet. Laut BMI/BVA (2018) sollte die Zahl der Beteiligten zwischen 3 und 15 Personen liegen. Aus diesem Grund und da aufgrund der Coronapandemie – und der damit einhergehenden Einbindung vieler Vertreterinnen und Vertreter der Landesplanungsbehörden in die Krisenstäbe – der Workshop virtuell durchgeführt werden sollte, wurden zwei Termine veranstaltet. Die Bundesländer wurden auf die Termine am 20. und 28. August 2020 aufgeteilt. Letztlich konnten 17 Vertreterinnen und Vertreter aus 14 Landesplanungsbehörden teilnehmen.

Der Expertenworkshop wurde von drei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des IQTIG moderiert. Ziel der Moderation war die Förderung einer motivierten und aktiven Mitarbeit der Teilnehmenden (BMI/BVA 2018). Eine Steuerung der Diskussion sollte mit gezielten Fragen und der Einfügung von Zwischenfazit erreicht werden. Dabei sollte die thematische Steuerung aber nicht in die Argumentation eingreifen, sondern die Diskussion durch zusätzliche Beiträge und neue Teil- und Unterthemen in Richtung einer inhaltlichen Fokussierung oder Ausdehnung lenken.

Für beide Termine wurde derselbe Aufbau angestrebt. Zu Beginn des Workshops wurden die oben aufgezählten Ziele definiert. Nach einer Einführung in die Thematik erfolgten jeweils „gezielte ‚Inputs‘“ (Will 2008b: 41 f.) mit Visualisierung, um Wissenslücken auszugleichen und den Informationsstand zu vereinheitlichen (vgl. Will 2008b: 37). Dabei wurden die Themen aufgrund ihrer Komplexität (vgl. Will 2008a: 57) entlang der vier Ziffern des Auftrags gegliedert. Die Ergebnisse wurden von jeweils zwei Mitarbeitenden des IQTIG intern dokumentiert.

Die Ergebnisse des Expertenworkshops wurden den Prüfaufträgen bzw. Auftragsteilen (G-BA 2020b; überwiegend Teile A und B) zugeordnet und flossen in die Ergebnisse zu den Kapiteln 3 bis 6 ein.

2.4 Zusammenführung und Konzeption

Bei der Bearbeitung der Prüfaufträge und der Entwicklung der Lösungsoptionen und Szenarien wurden die Ergebnisse der Literaturrecherchen und der Experteninterviews in einen Zusammenhang gestellt und in ein Gesamtverständnis von Qualitätssicherung und Krankenhausplanung gebracht. Dabei konnte auf ein breites Erfahrungswissen aus der Qualitätssicherung und der Versorgungsforschung zurückgegriffen werden. Die Lösungsoptionen für die gegebenen Fragestellungen bzw. Prüfaufträge wurden systematisch erarbeitet und problembezogen dargestellt. Ziel war es dabei, idealtypische und voneinander abgrenzbare Lösungsoptionen zu erarbeiten. Für den Expertenworkshop wurden die Lösungsoptionen zu Szenarien kombiniert und ihre Zweckmäßigkeit und Praktikabilität diskutiert.

Die Lösungsoptionen (z. B. für Bezugsebenen in Abschnitt 3.1, zur Differenzierung bzw. zur Bewertung in Kapitel 4; zur Verkürzung der Entwicklungszeiten in Abschnitt 5.1) wurden an den jeweiligen Prüfaufträgen orientiert und anhand der jeweils im Auftrag genannten Analyse Kriterien erörtert. Dabei wurden die Analyse Kriterien systematisch im Sinne einer Folgenabschätzung

angewendet. In der internen Diskussion sowie im Expertenworkshop ergaben sich Erweiterungen, Revisionen oder Konkretisierungen der nach ersten Analysen vorgenommenen Einschätzungen.

In den jeweiligen Prüfaufträgen wurden die folgenden Analyse Kriterien verwendet oder vom Auftrag vorgegeben.

Für Prüfauftrag Nr. 1a werden Vor- und Nachteile, Umsetzbarkeit, zu erwartende Effekte sowie Aufwand und Nutzen explizit genannt. Bei den zu erwartenden Effekten sind Transparenz über die stationäre Versorgungsqualität, Patientennutzen und krankenhauplanerische Konsequenzen konkretisiert. Zu Nr. 1c sollen der „Umfang der Abdeckung“ der stationären Versorgung bzw. der von der Krankenhausplanung beplanten Bereiche, die Aufwände in der Entwicklung und in der Umsetzung im Regelbetrieb, der potenziell erzeugbare Nutzen sowie zeitliche Perspektiven abgeschätzt werden. Unter Nutzen wurde hier hauptsächlich die Funktionalität der Richtlinie berücksichtigt bzw. wurde der Nutzen in Bezug auf die unterschiedlichen Zwecke der Krankenhausplanung dargestellt. Zur Einschätzung der Aufwände wurden als Vergleich die vorhandenen QS-Verfahren und deren bekannte Aufwände aus Entwicklung und im Regelbetrieb (z. B. durch die Dokumentation) herangezogen. Eine Aufwand-Nutzen-Analyse im Sinne einer gesundheitsökonomischen Evaluation konnte an dieser Stelle nicht durchgeführt werden. Da die beiden Prüfaufträge Nr. 1a und Nr. 1c sehr nah beieinanderliegen und sich deren vorgegebene Analyse Kriterien teilweise überlagern, wurden sie gemeinsam bearbeitet.

Für Prüfauftrag Nr. 1b wurden zunächst unterschiedliche Arten von Leistungen identifiziert. Für diese wurde dann die Eignung von PlanQI im Vergleich zu anderen QS-Maßnahmen hinsichtlich der jeweiligen Wirkmechanismen geprüft. Dabei wurde ebenfalls auftragsgemäß auf die unterschiedlichen Zwecke der Krankenhausplanung Bezug genommen.

Bei Prüfauftrag Nr. 2 zur Bewertung waren keine Analyse Kriterien vorgegeben – der Ausgestaltungsspielraum der Länder sollte berücksichtigt werden. Daher wurden als Analyse Kriterien die Komplexität der Optionen zur Differenzierung bzw. Bewertung, ihre Objektivität, ihr krankenhauplanerischer Nutzen, der entstehende Aufwand in Entwicklung und Regelbetrieb und der Ausgestaltungsspielraum der Länder verwendet.

Innerhalb des Prüfauftrags Nr. 3 sind nur zur Verkürzung der Entwicklungszeiten (Nr. 3a) Analyse Kriterien, nämlich Vor- und Nachteile vorgegeben. Hier wurde zusätzlich die methodische Umsetzbarkeit beleuchtet. Für die übrigen Prüfaufträge unter Nr. 3 wurden keine Analyse Kriterien verwendet.

Bei Prüfauftrag Nr. 4 bzw. bei der Erarbeitung der Szenarien sollten Auswirkungen, Vor- und Nachteile, Limitationen, Praktikabilität und Realisierbarkeit beleuchtet werden.

3 Bezugsebene der Qualitätsbewertung durch planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Laut amtlicher Begründung zum KHSG soll mit PlanQI „in der Zusammenschau eines Indikatorensets die Bewertung der Versorgungsqualität **einer Abteilung** [Hervorhebung nur hier]“ ermöglicht werden (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 89). Krankenhäuser, die „nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen“, dürfen gemäß § 8 Abs. 1a KHG „**ganz oder teilweise** [Hervorhebung nur hier] nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden“ bzw. sind nach § 8 Abs. 1b KHG „ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen“.

Als Voraussetzung für die Neukonzeption der Entwicklung und Bewertung der Ergebnisse von PlanQI sollen in Teil A der Beauftragung insbesondere folgende Aspekte geprüft werden.

Zu Teil A Nr. 1a sollen die Vor- und Nachteile verschiedener Bezugsebenen und die Umsetzbarkeit, die zu erwartenden Effekte hinsichtlich der Transparenz über die stationäre Versorgungsqualität, Patientennutzen sowie krankenhauplanerische Konsequenzen, Aufwand und Nutzen diskutiert werden (siehe Abschnitt 3.1). Ebenfalls soll zu Teil A Nr. 1c geprüft werden, inwieweit das stationäre Versorgungsgeschehen bzw. die in der Krankenhausplanung abgebildeten Bereiche mittels PlanQI abgedeckt werden können, sowie der Umfang der Abdeckung, Aufwände hinsichtlich Entwicklung und Umsetzung im Regelbetrieb, der zu erzielende Nutzen und die zeitliche Perspektive abgeschätzt werden (siehe Abschnitt 3.1). Zu Teil A Nr. 1b soll außerdem dargestellt werden, welche Arten von Leistungen oder Leistungsgruppen oder auch Fachabteilungen grundsätzlich für die Neuentwicklung von PlanQI geeignet sind, auch im Vergleich zu anderen Maßnahmen der stationären Qualitätssicherung (siehe Abschnitt 3.2).

Zusammenfassend kann der Zweck des unter Teil A Nr. 1 beschlossenen Prüfauftrags dahingehend zusammengefasst werden, dass die vom Gesetzgeber ursprünglich angenommene Arbeitshypothese, dass die PlanQI „in der Zusammenschau eines Indikatorensets die Bewertung der Versorgungsqualität einer Abteilung“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 89) ermöglichen können soll, auf den Prüfstand gestellt werden soll.

3.1 Bezugsebenen

Als Messinstrument zur Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und ggf. weiterer Qualitätsdimensionen können sich PlanQI grundsätzlich auf alle infrage kommenden Organisationseinheiten bzw. Planungsgrößen beziehen. Vorbehaltlich der jeweiligen landesspezifischen Konkretisierungen, bestimmen die Regelungsinhalte des Krankenhausplans den Versorgungsauftrag, der durch Feststellungsbescheid den einzelnen Plankrankenhäusern erteilt wird. Zentrale Planungsgröße zur Beschreibung des Versorgungsauftrages ist bundesweit das „**Krankenhausbett**“ als Einheit einer krankenhauplanerischen bzw. standortbezogenen Kapazitäts- und Bedarfsplanung. Dabei wird nach den **Versorgungsformen** vollstationäre, teilstationäre und belegärztliche Versorgung differenziert. Eine fachliche **Gliederung** erfolgt orientiert an der Gebiets-

einteilung der landesspezifischen ärztlichen Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landesärztekammern (WBO), im Krankenhausplan häufig als „Fachgebiete“ oder „Fachabteilungen“ ausgewiesen (vgl. SenGS 2015).

Bei der Bezugsebene handelt es sich um die Ebene, an die sich die Qualitätsanforderungen richten und für die sich eine Qualitätsaussage treffen lässt bzw. auf die sich eine Qualitätsbewertung bezieht. Sie sollte mit Organisationseinheiten der Krankenhausplanung kongruent sein. Mit dem Begriff „Bezugsebene“ nicht gemeint sind geografische Aggregationsebenen wie Landkreise, Regierungsbezirke, Bundesländer oder definierte Versorgungsgebiete. Weiterhin wird für den vorliegenden Bericht der Begriff der Bezugseinheit eingeführt: Er bezeichnet eine Einheit der jeweiligen Bezugsebene, also beispielsweise eine Fachabteilung für Viszeralchirurgie an einem bestimmten Standort oder eine bestimmte Leistungsgruppe an einem definierten Standort.

Im Folgenden wird untersucht, für welche Organisationseinheit – Krankenhausstandort, „Fachabteilung“, Leistungsspektrum, Einzelleistungen – in der Zusammenschau, d. h. unter Berücksichtigung der Ergebnisse für Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität und ggf. weiterer Qualitätsdimensionen – am ehesten eine Qualitätsbewertung mittels Qualitätsindikatoren abgegeben werden kann. Dabei sind gemäß Beauftragung des G-BA „Vor- und Nachteile der einzelnen Optionen [...] unter Berücksichtigung von Ziel und Zweck der planQI, Umsetzbarkeit, zu erwartenden Effekten (Transparenz über stationäre Versorgungsqualität, Patientennutzen, krankenhauplanerische Konsequenzen), Aufwand, Nutzen u. a. darzustellen“ (G-BA 2020b: 1).

Hinsichtlich der Effekte werden insbesondere Planungseffekte, also Effekte auf die Krankenhausplanung, die sich aus den verschiedenen Bezugsebenen ergeben können, betrachtet. Unter diesen Planungseffekten werden mögliche krankenhauplanerische Konsequenzen verstanden, die auf Grundlage von Ergebnissen der PlanQI gezogen werden könnten, wie sie auch erste Evaluationsergebnisse im unveröffentlichten Zwischenbericht des IQTIG andeuten (IQTIG 2020a: 144). Ein weiterer Effekt der verschiedenen Bezugsebenen von PlanQI könnte die Herstellung von Transparenz hinsichtlich der Versorgungsqualität sein. Beim Nutzen wird auftragsgemäß auch der für Patientinnen und Patienten zu erwartende Nutzen adressiert, der sich aufgrund von Qualitätsaussagen aus den PlanQI der jeweiligen Bezugsebenen ergibt. Dabei wird u. a. auf die Nutzbarkeit von „[Qualitäts-]Informationen, die aus Patientensicht bei der Auswahl eines Krankenhauses oder Standortes als die die Patientin und den Patienten tatsächlich versorgende Einheit von besonderer Bedeutung sind“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 87) im Sinne der Begründung zum KHSG, abgestellt. Weiterhin wird die mögliche Abdeckung der Bezugsebene über das stationäre Versorgungsgeschehens bzw. der von der Krankenhausplanung adressierten Bereiche geschätzt. Der Aufwand wird zum einen hinsichtlich einer Komplettabdeckung des stationären Versorgungsgeschehens eingeschätzt oder auch für jeweils eine Einheit der jeweiligen Bezugsebene. Dabei wird auch eine Einschätzung des Nutzens hinsichtlich der Funktionalität der Richtlinie vorgenommen. Bei der Diskussion von Effekten, Abdeckung, Aufwand und Nutzen werden die verschiedenen Planungszwecke berücksichtigt. Um zu verstehen, warum die verschiedenen Planungszwecke auch für die Entwicklung und Bewertung von PlanQI von Bedeutung sind, erfolgt im „Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke“ zunächst eine Herleitung

und Darstellung der verschiedenen Planungszwecke, auf die dann in verschiedenen weiteren Kapiteln Bezug genommen wird.

Zur Prüfung wird aufbauend auf dem „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2018a) Literatur zur Verwendung von Qualitätsinformationen (siehe Abschnitt 2.1) in der Schweiz, in Österreich und NRW herangezogen. Zusätzlich werden mögliche Bezugsebenen bzw. deren Vor- und Nachteile in den Experteninterviews (siehe Abschnitt 2.2) adressiert. Mögliche Lösungsoptionen werden hinsichtlich Vor- und Nachteilen, Umsetzbarkeit und zu erwartenden Effekten, Aufwand und Nutzen auch im Expertenworkshop (siehe Abschnitt 2.3) diskutiert.

Als mögliche Bezugsebenen werden im Folgenden hinsichtlich ihrer Vor- und Nachteile bezogen auf Umsetzbarkeit, zu erwartenden Effekten sowie Aufwand und Nutzen betrachtet:

- Krankenhausstandort
- (Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung
- Leistungsgruppe
- Leistung

Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke

Als zentrales Anliegen des Prüfauftrags sind die Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätsbewertung verschiedener Bezugsebenen durch PlanQI darzustellen. Allerdings müssen PlanQI gemäß § 136c Abs. 1 SGB V für die Anwendung bei krankenhauplanerischen Entscheidungen „geeignet“ sein. Dementsprechend soll in Nr. 1 des Auftrags zu den Bezugsebenen auch „auf die unterschiedlichen Zwecke der Krankenhausplanung“ eingegangen werden (G-BA 2020b: 2). Darüber hinaus beinhaltet Nr. 3 des Auftrags einen Prüfauftrag, „inwiefern neu entwickelte planQI aufgrund ihrer Eignung den unterschiedlichen Zwecken der Krankenhausplanung zugeordnet werden können oder müssen“ (Nr. 3 lit. d, G-BA 2020b: 2).

In diesem Abschnitt werden daher zunächst die verschiedenen Planungszwecke erläutert. Eine Unterscheidung der Planungszwecke bei PlanQI ist aus drei Gründen sinnvoll und erforderlich. Erstens sind je nach Planungszweck unterschiedliche Qualitätsinformationen von Relevanz bzw. nutzbar. Dies spielt für die Entwicklung von PlanQI eine Rolle bei der Selektion von Qualitätsaspekten, Qualitätsmerkmalen und Qualitätsindikatoren. Zweitens sind je nach Planungszweck andere Messdimensionen nach Donabedian (2003) (siehe Abschnitt 5.3.5) anzusetzen. Die Messdimensionen sind wiederum entscheidend dafür, ob eine differenzierte Feststellung einer „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ in Abgrenzung von der „unzureichenden Qualität“ vorgenommen werden kann (siehe Kapitel 4). Drittens ist die Unterscheidung nach Planungszwecken deshalb relevant, da je nach Planungszweck eine unterschiedliche Eingriffsintensität in das Recht auf die freie Berufsausübung besteht (Burgi 2019). Daraus ergeben sich unterschiedliche Anforderungen an Stärke und Gewicht öffentlicher Belange und damit an die Eignung der

planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (vgl. Expl 12 Recht PlanQI 2020⁴; siehe Abschnitt 5.3.5): So weist die

Ablehnung einer Aufstockung [...] eine geringere Eingriffsintensität [...] als die Ablehnung einer erstmals beantragten Neuaufnahme [auf]; entsprechendes gilt für die Reduzierung eines bereits vorhandenen Bestandes im Verhältnis zur Entscheidung der vollständigen Streichung. (Burgi 2019: 183)

Im Auftrag werden dabei als Zwecke der Krankenhausplanung „Aufnahme und Verbleiben im Plan, Auswahlentscheidungen (auch im Sinne einer Kapazitätsausweitung) und [...] Planherausnahme“ benannt (Nr. 1, G-BA 2020b: 2). Zur besseren Differenzierung der erforderlichen Qualitätsinformationen und verwendbaren Messdimensionen nach Donabedian (2003) wurde im vorliegenden Bericht nach Diskussion auf dem Expertenworkshop eine abweichende Unterteilung der Planungszwecke vorgenommen (siehe unten). Auf dem Expertenworkshop wurde ebenfalls festgestellt, dass der Zweck der Krankenhausplanung in der Sicherstellung der stationären Gesundheitsversorgung läge und dass die im Auftrag genannten Zwecke der Krankenhausplanung besser Umsetzungsmaßnahmen genannt werden sollten. Im vorliegenden Bericht wurde allerdings im Sinne der Übereinstimmung mit dem Auftrag der Begriff der Planungszwecke beibehalten.

Krankenhausplanung ist für die Krankenhäuser in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung. Zum einen erhält ein Krankenhaus, das in den Krankenhausplan aufgenommen ist, mit dem entsprechenden Feststellungsbescheid zugleich einen Versorgungsauftrag zur Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Zum anderen ist dies die Voraussetzung dafür, mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen (§ 108 Nr. 2 SGB V) und Investitionsmittel des Landes bekommen zu können (§ 8 Abs. 1 KHG) (vgl. Burgi 2019).

Bei ihren Krankenhausplanungsentscheidungen muss die Landesplanungsbehörde nach § 1 KHG und der geltenden Rechtsprechung verschiedene Kriterien berücksichtigen (z. B. Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit, Trägervielfalt) – durch das KHSG seit 2016 auch die Patientengerechtigkeit und die Qualität (§ 1 Abs. 1 KHG) (vgl. Burgi 2019). Weiteres zum Verfahren und eigene Kriterien können landesrechtlich in den Krankenhausgesetzen geregelt sein.

Das KHG sieht verschiedene Entscheidungen vor, die im Zusammenhang mit PlanQI stehen können:

- (Nicht-)Aufnahme in den Krankenhausplan (§ 8 Abs. 1a KHG)
- Herausnahme aus dem Krankenhausplan (§ 8 Abs. 1b KHG)
- Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern (§ 8 Abs. 2 KHG)

⁴ Die Experteninterviews (siehe Abschnitt 2.2) werden nach der folgenden Systematik zitiert: Experteninterview (Expl), Nummer des Interviews (z. B. 12), Expertenkatgorie (z. B. WiFo, Recht), Verfahren (PlanQI) und Jahr (2020). Eine Tabelle zur Übersicht der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner findet sich in Anhang C.

Dabei verläuft die Aufnahme in den Krankenhausplan in zwei Schritten (Wollenschläger 2020, Burgi 2019): Zunächst muss festgestellt werden, ob ein Krankenhaus grundsätzliche Eignungskriterien bzw. Qualifikationsmerkmale zur Aufnahme erfüllt (Schritt 1). Besteht keine Überversorgung, bleibt es bei diesem Schritt und die geeigneten Krankenhäuser sind in den Krankenhausplan aufzunehmen. Schritt 2 der Aufnahme in den Krankenhausplan (§ 8 Abs. 2 KHG) wird relevant, wenn eine Überversorgung besteht, d. h. ein Angebot an geeigneten Krankenhäusern über dem Bedarf (vgl. Expl 12 Recht PlanQI 2020). In dieser Konkurrenzsituation mehrerer geeigneter Krankenhäuser geht es um „eine Auswahl anhand von Kriterien“ (Burgi 2019: 182) bzw. darum, welches Krankenhaus „unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenhausträger“ am besten den Versorgungsbedarf decken kann (Wollenschläger 2020: 92). „Hier ist also nicht der Mindeststandard ausschlaggebend, sondern ein Vergleich aller zur Auswahl anstehenden Krankenhäuser“ (Wollenschläger 2020: 92). Dies konnte auch auf dem Expertenworkshop so bestätigt werden. Die Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern (§ 8 Abs. 2 KHG) kann auch auf einen weiteren Planungszweck, die Kapazitätsausweitung, angewendet werden. Demnach werden im weiteren Bericht die folgenden Planungszwecke unterschieden, die auch von den Vertreterinnen und Vertretern auf dem Expertenworkshop Zustimmung fanden:

- Aufnahme in den Krankenhausplan (Schritt 1)
- Aufnahme in den Krankenhausplan (Schritt 2)
- Herausnahme aus dem Krankenhausplan⁵
- Kapazitätsausweitung⁶

Im „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2018a) wurden Schritt 1 und 2 der Aufnahme nicht unterschieden. Herausnahme wurde damals „Intervention“ genannt und die Kapazitätsausweitung war mit der „Auswahl“ betitelt. Zusätzlich wurde der Planungszweck der nachfrage- und qualitätsorientierten Kapazitätsplanung im Konzept genannt, der nun hinsichtlich PlanQI auftragsgemäß nicht mehr von Interesse für G-BA und Landesplanungsbehörden ist (Anonym 2019b).

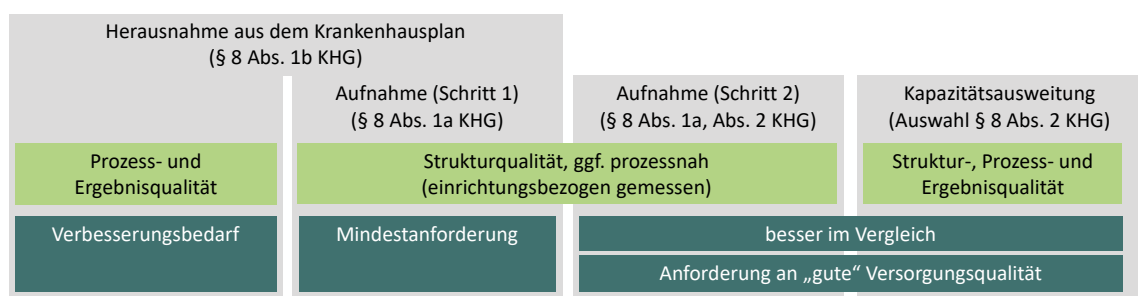


Abbildung 1: Messdimensionen nach Donabedian (2003) (hellgrün) und Art der Anforderung (dunkelgrün) bezogen auf die verschiedenen Planungszwecke (grau)

⁵ Auch: Aberkennung des Status als Plankrankenhaus (Wollenschläger 2020).

⁶ Auch: Aufstockung (Burgi 2019).

Abbildung 1 zeigt die verschiedenen Planungszwecke und ordnet ihr einerseits die Messdimensionen nach Donabedian (2003) und andererseits die verschiedenen Anforderungsarten zu. Im Folgenden werden die einzelnen Planungszwecke hinsichtlich der möglichen einzusetzenden Messdimensionen sowie Anforderungen beschrieben.

Herausnahme aus dem Krankenhausplan

Für die Herausnahme aus dem Krankenhausplan kann zum einen auf fallbezogen gemessene **Prozess- und Ergebnisqualität** zugegriffen werden (Abbildung 1). Da hier die krankenhauplanerische Eingriffsintensität in das grundgesetzliche Recht auf freie Berufsausübung groß ist, muss bei den Indikatoren ein **Verbesserungsbedarf** vorausgesetzt werden. Das Verbesserungspotenzial sollte im Sinne der Verhältnismäßigkeit nicht mithilfe anderer Instrumente gedeckt werden können. In einem Experteninterview wurde folgende Formulierung gewählt: Ein „kleines“ Defizit

berührt [...] noch nicht den Status als Plankrankenhaus. Also da muss dann eine gewisse Beharrlichkeit vorliegen und es muss nicht einfach durch Personaländerung oder Organisationsänderung usw. leicht behebbar sein. (Expl 9 Recht PlanQI 2020)

Daher müssen vorher andere Mittel zur Qualitätsverbesserung ausgeschöpft sein. Im unveröffentlichten Konsensuspapier der Länder wird sogar gefordert, dass die „massive Intervention einer (Teil-)Herausnahme aus dem Krankenhausplan“ mit Indikatoren „im Sinne einer anzunehmenden Patientengefährdung“ gerechtfertigt werden müsse (Anonym 2019b: 4).

Zum anderen muss ein Krankenhaus auch die Kriterien für die Aufnahme (Schritt 1) erfüllen, um nicht aus dem Krankenhausplan herausgenommen zu werden.

Aufnahme (Schritt 1)

Für die Aufnahme (Schritt 1) liegen naturgemäß noch keine fallbezogen gemessenen Indikatorergebnisse vor, daher muss für diesen Planungszweck auf einrichtungsbezogen gemessene **Struktur- und prozessnahe Strukturqualität**⁷ zurückgegriffen werden (Abbildung 1; auch Expl 13 KHP PlanQI 2020). Allein auf Ergebnisqualität gerichtete Indikatoren wären daher für den Planungszweck ungeeignet, da diese von Leistungserbringern, die erstmalig (in diesem Bereich) die Aufnahme in den Krankenhausplan begehren, nicht erfüllt werden könnten (Expl 2 Recht PlanQI 2020).

Da aber bis zur Planaufnahme keine Strukturen vorhanden sein müssen, weil eine betreffende Leistung noch nicht erbracht oder eine betreffende Fachabteilung noch nicht vorgehalten wird, muss die Abgabe eines Konzepts (Anonym 2019b) bzw. die Zusage, diese Strukturen errichten zu wollen, im Sinne einer **Absichtserklärung** als Planungsgrundlage genügen, damit neuen Krankenhäusern der Marktzugang nicht versperrt wird. Es käme dann auf die Bewertung des Konzepts an, aus dem hervorgehen müsste, dass die Anforderungen erfüllt sind (vgl. Expl 2 Recht

⁷ Unter prozessnaher Strukturqualität werden Strukturanforderungen verstanden, die sich der Messung nicht fallbezogener Prozesse annähern, z. B. die Durchführung interdisziplinärer Tumorkonferenzen.

PlanQI 2020). Die tatsächliche Erfüllung muss im Verlauf nachgewiesen werden (Anonym 2019b), analog zu der Regelung bei den Mindestmengen (Expl 13 KHP PlanQI 2020).

Gegebenenfalls können bei einem Krankenhaus, das in den Krankenhausplan aufgenommen werden will, als Privatklinik bereits entsprechende Strukturen nachgewiesen werden (Expl 13 KHP PlanQI 2020). In so einem Sonderfall lägen hier auch bereits Prozess- und Ergebnisqualitätsinformationen zu den privat versicherten Patientinnen und Patienten vor, die herangezogen werden könnten (Expl 13 KHP PlanQI 2020). Allerdings ist diese Betrachtung nicht Gegenstand der im SGB V angelegten PlanQI. Auch die Länder schließen die Möglichkeit, aus „bereits bestehenden Standorten eines Trägers bzw. bereits in Betrieb befindlichen Fachabteilungen und/oder Kapazitäten auf ein anderes Krankenhaus bzw. eine andere Fachabteilung und/oder Kapazitäten“ zu schließen, aus Gründen der Rechtsicherheit aus (Anonym 2019b).

Wollenschläger (2020) zufolge geht es für diesen Planungszweck um die Einhaltung von Mindeststandards bzw. Mindestanforderungen (siehe auch Abschnitt 4.1.2). Das IQTIG vertritt daher die Auffassung, dass für den Planungszweck „Aufnahme (Schritt 1)“ **Mindestanforderungen an die Strukturqualität** (einschließlich prozessnaher Strukturqualität; Abbildung 1) eingesetzt werden können. Auch in einem Experteninterview wurde die für diesen Planungszweck geforderten struktur- und fallunabhängig gemessenen Prozessanforderungen im Sinne von Mindestanforderungen bzw. „Mindestqualitätsvorgaben“ bzw. einer „Mindestschwelle“ verstanden (Expl 2 Recht PlanQI 2020). Ein solches Verfahren wird „als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung [als] geeignet“ (§ 136c Abs. 1 SGB V) aufgefasst:

Na ja, die Einhaltung von Mindestkriterien, das wäre dann durchaus verwertbar in den Krankenhausplänen. (Expl 11 KHP PlanQI 2020)

Es geht bei diesen Mindestanforderungen an die Strukturqualität für die Aufnahme (Schritt 1) in den (bzw. den Verbleib im) Krankenhausplan demnach um „absolute Qualität“ (Expl 2 Recht PlanQI 2020) und nicht um Qualität im Vergleich. Bei diesem Planungszweck bestehen „angesichts der Eingriffsintensität [...] strenge Rechtfertigungsanforderungen an die Festlegung der Kriterien“ (Wollenschläger 2020: 106).

Aufnahme (Schritt 2)

Die Frage nach Schritt 2 der Aufnahme in den Krankenhausplan – bei Erfüllung der Mindestanforderungen (Aufnahme, Schritt 1) – stellt sich nur bei einer Zahl an Anbietern über dem Bedarf (Wollenschläger 2020, Expl 2 Recht PlanQI 2020). Dies ist „nicht zuletzt aufgrund der [...] zu erzielenden wirtschaftlichen Gewinne“ (Burgi 2019: 181) in aller Regel der Fall.

Für den zweiten Schritt der Aufnahme kann weiterhin nur auf einrichtungsbezogen gemessene **Struktur- und prozessnahe Strukturqualität** zurückgegriffen werden (Abbildung 1), wobei es dabei dann nicht mehr um Mindestanforderungen geht, sondern um die Frage, ob ein Krankenhaus **im Vergleich** mit anderen Krankenhäusern besser ist, die ebenfalls die Mindestanforderungen aus Schritt 1 der Aufnahme erfüllen. Dieser Vergleich kann sowohl mithilfe von Qualitätsindikatoren erfolgen, die „gute“ Versorgungsqualität messen, als auch mit solchen, die dazu geeignet sind, im Bereich der „unzureichenden Qualität“ zu messen.

„Die Planaufnahmekriterien erfahren als Auswahlkriterien [gegenüber denen der Aufnahme (Schritt 1)] insofern eine Modifikation, als es wegen des notwendigen Vergleichs auf ein jeweils besseres Erfüllen ankommt.“ (Wollenschläger 2020: 94) Auch nach Quaas (2014: 136) können Qualitätsinformationen, die als Zielvorgaben im Krankenhausplan enthalten sind, „im Rahmen der Auswahl zwischen mehreren geeigneten Krankenhäusern auf der Ebene der Ermessensentscheidung nach § 8 Abs. 2 KHG“ Gegenstand der zweiten Stufe einer Aufnahmeentscheidung sein: Vorzug erhält der Krankenhausträger, „der die Qualitätsanforderungen ‚besser‘ erfüllt“ (Quaas 2014: 136). Auch in den Experteninterviews wurde die Auffassung geteilt, dass für diesen Planungszweck Qualitätskriterien im Sinne von PlanQI dann nur im Vergleich zwischen mehreren Konkurrenten (relativ) eine Rolle spielen können (Expl 13 KHP PlanQI 2020, Expl 2 Recht PlanQI 2020) – absolute Qualität ist bei Schritt 2 der Aufnahme in den Krankenhausplan nicht entscheidend:

Wenn sie die Schwelle mal erreicht haben, dann sind sie prinzipiell qualifiziert und dann stellt sich eben nur im Rahmen der Auswahlentscheidung – sollte eine solche notwendig sein – die Vergleichsfrage. Aber wenn sie über diese Mindestschwelle sind, dann sind sie aufzunehmen. Und wenn sie keine Konkurrenten haben, dann sind sie auch selbst bei [...] Qualitätsmängeln [...] aufzunehmen. Man kann über die Leistungsfähigkeit so weitere Mindestqualitätsvorgaben vorgeben, aber da ist dann keine weitere Qualitätssteuerung mehr möglich. (Expl 2 Recht PlanQI 2020)

Die Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ wird nicht erforderlich, da es um den relativ besseren Leistungserbringer geht.

Analog zur Aufnahme (Schritt 1) können bei der Aufnahme (Schritt 2) noch keine Strukturen oder Prozesse nachgewiesen werden, sondern nur im Sinne einer Absichtserklärung angegeben werden (Anonym 2019b). Informationen zur Ergebnisqualität liegen naturgemäß auch nicht vor (Expl 13 KHP PlanQI 2020). Der Rückgriff auf Indikatorergebnisse zu anderen Leistungsbereichen, Indikationen, Fachabteilungen oder Themen wird in diesem Experteninterview ebenfalls als schwierig erachtet (Expl 13 KHP PlanQI 2020). Auch die Länder gehen in ihrem Konsensuspapier davon aus, dass auf der genannten Grundlage (andere Leistungsbereiche etc.) keine rechtlich haltbare Entscheidung getroffen werden könne, allenfalls auf Grundlage von abteilungsübergreifenden Indikatoren, wie beispielsweise aus den Bereichen Hygiene oder Pflege (Anonym 2019b).

Kapazitätsausweitung

Für den Planungszweck der Kapazitätsausweitung bei Krankenhäusern, die bereits auf dem Markt sind und gleichartige Leistungen erbringen, können Qualitätsindikatoren zur **Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität** eingesetzt werden (Abbildung 1). Auch bei diesem Planungszweck geht es um einen **Vergleich** von Krankenhäusern bzw. eine Auswahlentscheidung nach § 8 Abs. 2 KHG, die mit Qualitätsindikatoren erfolgen kann, die im Bereich der „guten“ oder im Bereich der

schlechten Qualität messen. Auch die Landesplanungsbehörden halten es für denkbar, für diesen Planungszweck Indikatoren zu verwenden, die im Bereich der „guten Qualität“ messen (Anonym 2019b).

3.1.1 Krankenhausstandort

Krankenhäuser sind nach dem KHG

Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und verpflegt werden können. (§ 2 Nr. 1 KHG)

Um Krankenhausbehandlung im Sinne des SGB V erbringen zu können, müssen Krankenhäuser „fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten“ (§ 107 Abs. 1 Nr. 1 SGB V). Außerdem müssen sie in der Lage sein, jederzeit mit entsprechendem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal Patientinnen und Patienten zu versorgen (§ 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Der Betreiber eines Krankenhauses, der Krankenhausträger, ist eine natürliche oder juristische Person. Der Betrieb eines Krankenhauses ist dabei nicht auf einen einzigen Standort beschränkt, sondern kann an verschiedenen Standorten erfolgen. Entsprechend ist auch die Einrichtung „Krankenhaus“ lediglich in Bezug auf den Träger eindeutig definiert, jedoch nicht zwingend mit einem einzelnen Krankenhausstandort identisch. Ein Krankenhausstandort ist ein Krankenhaus oder Teil eines Krankenhauses, der räumlich eindeutig bestimmbar ist, z. B. durch Geokoordinaten, Zugangsadresse oder eine abgrenzbare Fläche, und einem Träger zugeordnet werden kann. Er verfügt über mindestens eine fachliche Organisationseinheit (z. B. Fachabteilung, Tagesklinik, Ambulanz), in welcher die unmittelbare medizinische Patientenversorgung stattfindet (GKV-Spitzenverband/DKG 2017). Diese bundeseinheitliche Standortdefinition beruht auf einer Vereinbarung zwischen Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) gemäß § 2a Abs. 1 Satz 1 KHG. Laut ihrer gesetzlichen Grundlage soll die Standortdefinition „insbesondere für Zwecke der Qualitätssicherung, der Abrechnung, für die Krankenhausplanung und die Krankenhausstatistik geeignet“ (§ 2a Abs. 1 Satz 1 KHG) sein. Entsprechend dieser Definition werden seit 2019 sämtliche Krankenhausstandorte mit einem Kennzeichen in einem Verzeichnis geführt und das Kennzeichen zu Abrechnungszwecken, zur Datenübermittlung gemäß § 21 Abs. 1 KHG sowie für die Durchführung der Richtlinien und Beschlüsse des G-BA zur Qualitätssicherung verwendet (§ 293 Abs. 6 SGB V). Obwohl die Bundesländer an die Standortdefinition nicht gebunden sind (BT-Drs. 18/9528 vom 05.09.2016: 30), bezieht sich auch die Krankenhausplanung z. T. auf den Krankenhausstandort (z. B. Rheinland-Pfalz (MSAGD 2019), Sachsen (SMS 2018)). Geplant werden allerdings überwiegend Fachgebiete bzw. Fachabteilungen an den Standorten und nicht Standorte selbst. Eine standortübergreifende Planung von Krankenhäusern findet sich dagegen nicht, sodass sie hier auch nicht weiter betrachtet wird. Für die gesetzliche Qualitätssicherung (QS-Verfahren nach

der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL)⁸ und den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)⁹ ist die Auswertungsebene des Krankenhausstandorts seit mehreren Jahren verbindlich. Auch der Krankenhausstrukturfonds nach dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) von 2018 zur Schließung, Konzentration und Umwandlung stationärer Versorgungsbereiche verwendet Standorte als eine Bezugsgröße. Ebenso beziehen sich auch die Regelungen des G-BA zu einem gestuften System der Notfallstrukturen in Krankenhäusern¹⁰ gemäß § 136c Abs. 4 SGB V, in dessen Rahmen ebenfalls PlanQI berücksichtigt werden sollen (§ 7), auf vorzuhaltende Strukturen am Standort (§ 6 Abs. 1). Die grundsätzliche Standortorientierung gilt schließlich gleichermaßen für die Qualitätsanforderungen des G-BA zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Abs. 5 SGB V (§ 5 Abs. 2). Da Krankenhäuser mit nur einem Standort ebenso der Standortdefinition entsprechen, bezieht sich auch dieser Bericht auf den Krankenhausstandort.

Über die rein formalen Kriterien der Selbstverwaltung hinaus existieren keine rechtlichen Vorgaben bezüglich der von einem Standort zu erbringenden Versorgungsleistungen oder hinsichtlich seines Fachabteilungs- oder Leistungsspektrums. Entsprechend heterogen sind Krankenhausstandorte in Deutschland konzipiert. Eine Vergleichbarkeit von Standorten ist daher aufgrund ihrer Heterogenität kaum herstellbar, die Standortdefinition nur auf einer sehr allgemeinen Ebene von Strukturen geeignet, Vergleichbarkeit herzustellen.

Für die **Qualitätsbewertung** auf der Bezugsebene „Krankenhausstandort“ können Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in fachgebietsübergreifenden Querschnittsbereichen eingesetzt werden. Denkbar sind Mindestanforderungen an die Strukturqualität oder prozessnahe Strukturqualität (siehe Abschnitt 4.1.2), die mit der Standortdefinition kompatibel sind. Dies können Anforderungen wie z. B. Verfügbarkeit eines (Fach-)Arztes 24 Stunden/Tag, das Vorhandensein eines Hygienekonzepts oder die Teilnahme an einem *critical incident reporting system* (CIRS) sein. Auch Prozessanforderungen (z. B. „Erster Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb x Stunden“, „Medikamentenmanagement („*Mediacation reconciliation*‘) für alle Patienten mit mehr als x Medikamenten“) erscheinen für die Bezugsebene plausibel. Diese sind fallbezogen zu erheben und zu bewerten und ermöglichen ratenbasierte Qualitätsaussagen auf Standortebene. Es können damit jedoch nur einzelne nicht leistungs- und diagnosespezifische Qualitätsaspekte adressiert werden.

⁸ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 19. Dezember 2019, in Kraft getreten am 01. Januar 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/105/> (abgerufen am 14.01.2021).

⁹ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Neufassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 23. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/> (abgerufen am 14.01.2021).

¹⁰ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). In der Fassung vom 19. April 2018, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 1. November 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/103/> (abgerufen am 14.01.2021).

Möglich sind auch Ergebnisqualitätsanforderungen und -messungen bezogen auf einen Standort. Indikatoren dafür können beispielsweise Sterblichkeits- oder Infektionsraten sein. Die Eignung für die Qualitätsmessung muss hinsichtlich der Heterogenität der Patientenkollektive und des Leistungsspektrums der Standorte durch eine angemessene Risikoadjustierung sichergestellt werden (siehe Abschnitt 5.3.3).

Die Bezugsebene „Krankenhausstandort“ verspricht den Vorteil, Aussagen zur Qualität eines Standorts hinsichtlich einzelner Qualitätsaspekte zuzulassen, unabhängig von einzelnen Diagnosen oder Leistungen. Durch Anforderungen an Querschnittsbereiche bietet sich die Möglichkeit, bundeseinheitliche Mindestanforderungen an die Strukturqualität für die Aufnahme (Schritt 1) in den Krankenhausplan und die Herausnahme eines kompletten Krankenhauses oder Standorts aus dem Krankenhausplan durchzusetzen, bzw. können diese als Grundlage für Auswahlentscheidungen dienen. Allerdings lassen sich anhand von Qualitätsinformationen zu übergreifenden Leistungen oder Anforderungen allein keine inhaltvaliden Qualitätsaussagen bezogen auf den Standort als Ganzen treffen.

Letztlich stellt auch die gemäß § 2a Abs. 1 Satz 1 KHG zwischen GKV-SV und DKG vereinbarte bundeseinheitliche Definition des Standorts keine Legaldefinition dar, da sie nicht dem Gesetzgeber oder untergesetzlichen Normgebern zuzuschreiben ist. Dementsprechend kann derzeit nicht von einer eindeutigen rechtlichen Grundlage für die Bezugsebene „Krankenhausstandort“ ausgegangen werden.

Effekte

Mit Qualitätsaussagen zu dieser Bezugsebene wäre eine standortbezogene **Transparenz** über die Versorgungsqualität hinsichtlich eines Querschnittsbereichs herstellbar. Dies ermöglicht einerseits den Leistungserbringern valide Aussagen hinsichtlich ihrer Verbesserungspotenziale bezogen auf den jeweiligen Querschnittsbereich. Andererseits ist insbesondere mit Anforderungen an Struktur und prozessnahe Strukturen eine Umsetzung bundeseinheitlicher Mindestanforderungen möglich. Der **Nutzen für Patientinnen und Patienten** besteht darin, dass sie von einem einheitlichen Mindeststandard ausgehen können, unabhängig vom Bundesland oder Krankenhausstandort, in dem sie eine stationäre Versorgungsleistung in Anspruch nehmen wollen. Außerdem stehen ihnen Qualitätsinformationen zu einem kompletten Standort indikations- und leistungsunabhängig zur Verfügung, die für eine informierte Entscheidung nützlich sein können. Der Nutzen dieser Qualitätsinformationen ist allerdings relativ zu Qualitätsinformationen, die sich auf konkrete Leistungen beziehen und die die Patientinnen und Patienten für eine Auswahlentscheidung vor Inanspruchnahme der betreffenden Versorgungsleistung heranziehen können, als eher gering anzusehen.

Der Effekt hinsichtlich der **krankenhausplanerischen Konsequenzen** ist eher gering einzuschätzen, da die aktuelle Krankenhausplanung in allen Bundesländern sich auf Fachgebiete an Standorten bezieht und nicht auf Krankenhausstandorte als Einheit. Für Auswahlentscheidungen können Vergleiche der Prozess- und Ergebnisqualität von Standorten geeignet sein, wobei die hierdurch erzielbaren **Planungseffekte** schwer einschätzbar sind. Es kann allerdings als eher un-

wahrscheinlich angenommen werden, dass aufgrund „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ bei einem Querschnittsthema als einzelner Qualitätsaspekt ein kompletter Standort aus dem Krankenhausplan genommen werden wird. Zudem spiegelt die Bezugsebene nicht die Ebene der Krankenhausplanung in den Bundesländern wider, die auf Fachgebiete bzw. Fachabteilungen abstellt. In den Experteninterviews wurde sich dazu unterschiedlich geäußert. Einerseits wurde die Bezugsebene „Krankenhausstandort“ als durchaus geeignet erachtet:

Ein ganzes Krankenhaus. Ja, logisch, warum nicht? Das heißt, ist ein Krankenhaus in einer Region notwendig für die Versorgung oder nicht? Das ist eine relevante Fragestellung und ich wüsste nicht, warum man nicht aufgrund von planungsrelevanten Indikatoren dahin kommen könnte zu sagen: Wir brauchen dieses Krankenhaus gar nicht. (Expl 4 WiFo PlanQI 2020)

Andererseits wurde hinsichtlich der Bezugsebene „Krankenhausstandort“ auch die flächendeckende Versorgung problematisiert (Expl 4 WiFo PlanQI 2020). Dies wurde auch später im Expertenworkshop thematisiert und daher die Bezugsebene „Krankenhausstandort“ als nicht praktikabel eingeschätzt (siehe unten bei „Nutzen“). Zudem wurde die Meinung geäußert, PlanQI hätten nicht von vornherein die Aufgabe, einen gesamten Krankenhausstandort aus dem Plan herauszunehmen. Ausgehend davon, wo ein Krankenhaus existiere, bestünde auch ein Bedarf, der Bezug zum Standort sei daher zu weit gegriffen.

Das Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ kann als Hinweis gewertet werden, dass Krankenhausplanung sich in Zukunft weg von der betten- und fachgebietsorientierten Krankenhausplanung hin zu einer leistungsorientierten Planung entwickeln wird (PD 2019). Die Bezugsebene „Krankenhausstandort“ passt daher eher nicht zu dem Trend zu feinkörnigeren Planungseinheiten (siehe dazu auch BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018).

Aufwand

Der Entwicklungsaufwand für die Bezugsebene „Krankenhausstandort“ umfasst die Bestimmung der zu bewertenden Anforderungen unter dem Einbezug von Fachexpertinnen und -experten sowie die Erstellung der Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung auf Basis des Bewertungskonzepts (das im Rahmen von Teil B auf Grundlage der gewählten Bewertungsoption (siehe Abschnitt 4.1) erstellt wird). Der Aufwand für die Entwicklung eines QS-Verfahrens für ein Querschnittsthema mit Prozess- und Ergebnisindikatoren entspricht etwa dem in der stationären bzw. sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, wie beispielsweise das QS-Verfahren *Entlassmanagement*. Die Entwicklung von Indikatoren im Sinne von Mindestanforderungen an standortbezogene Strukturqualität erfordert initial einen vergleichsweise geringeren Aufwand mit unspezifischen und wenig komplexen Indikatoren (siehe Abschnitt 5.1.5).

Auch im Regelbetrieb ist der Aufwand bei Mindestanforderungen an die Strukturqualität innerhalb von Querschnittsthemen, anhand derer eine Aussage für die Bezugsebene „Krankenhausstandort“ getroffen werden soll, vergleichsweise gering: Die Erfüllung der Anforderungen wird im Rahmen der Aufnahme (Schritt 1) in den Krankenhausplan anhand des vorliegenden Kon-

zepts eines Krankenhausträgers geprüft und bewertet. Im Regelbetrieb kann in einem Prüfverfahren die Erfüllung der Anforderungen regelmäßig, beispielsweise jährlich, evaluiert und bestätigt bzw. nicht bestätigt werden.

Krankenhausstandorten entsteht in diesem Verfahren der Aufwand, die geforderten Strukturen etablieren bzw. sicherstellen zu müssen. Für die Aufnahme in den Krankenhausplan (Schritt 1) ist durch die Krankenhäuser auch ein Konzept zu erstellen, aus dem die Erfüllung der Qualitätsanforderungen ableitbar ist. Im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung besteht der Aufwand darin, dass die Einhaltung der Strukturanforderungen an die Krankenhausstandorte überprüft werden muss.

Für die Entwicklung und Festlegung von Prozess- und Ergebnisanforderungen und entsprechender Indikatoren innerhalb eines Querschnittsthemas wäre mit einem hohen Entwicklungsaufwand zu rechnen, je nach Komplexität der zu bewertenden Prozesse, in etwa dem eines klassischen Verfahrens der stationären bzw. sektorenübergreifenden Qualitätssicherung entsprechend. Hierfür sind ca. 39 Monate pro QS-Verfahren zu veranschlagen (siehe Abschnitt 5.1). Der Entwicklung der Risikoadjustierung kommt bei Ergebnisqualitätsindikatoren für die Bezugsebene „Krankenhausstandort“ wegen der beschriebenen Heterogenität von Standorten, die sowohl aus einer einzigen organisatorischen Einheit (z. B. Tagesklinik) als auch aus einer Vielzahl von Einheiten („Fachabteilungen“) der unterschiedlichsten Gebiete bestehen können, besondere Bedeutung zu. Der Aufwand im Regelbetrieb entspricht dem des derzeitigen PlanQI-Verfahrens, abhängig von der Anzahl der Qualitätsindikatoren bzw. adressierter Querschnittsbereiche. Für die Leistungserbringer ist mit einem erhöhten Aufwand zu rechnen, da die Dokumentation auf Fallebene erfolgt und damit ein weiterer Dokumentationsaufwand mit entsprechendem Ressourceneinsatz verbunden ist, vergleichbar einem Verfahren der stationären bzw. sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

Nutzen

Der Nutzen der Bezugsebene „Krankenhausstandort“ besteht darin, Transparenz hinsichtlich bestimmter Querschnittsbereiche an einem Standort schaffen und zugleich mithilfe standortbezogener Anforderungen ein bundeseinheitliches basales Qualitätsniveau sicherstellen zu können. Anforderungen an Struktur bzw. prozessnahe Strukturen innerhalb eines Querschnittsbereichs dienen als Grundlage bei der Aufnahme (Schritt 1) in den Krankenhausplan. Außerdem können Aussagen zur Prozess- oder Ergebnisqualität als Grundlage für krankenhauplanerische Entscheidungen wie Herausnahme aus dem Krankenhausplan oder Auswahl dienen. Der Nutzen ist jedoch in Bezug zur aktuellen Krankenhausplanung auch kritisch zu hinterfragen, da diese fachgebietsbezogen erfolgt, die Bezugsebene jedoch nur eine (fachgebiets-)unspezifische Planung ermöglicht. „In erheblichem Maß unzureichende Qualität“ auf Standortebene würde bedeuten, einen kompletten Standort aus dem Krankenhausplan herauszunehmen oder gar nicht erst aufzunehmen. Dies erscheint jedoch nicht realistisch. Insbesondere für Flächenländer ist diese Option zu hinterfragen, da diese nach den Aussagen auf dem Expertenworkshop durch Vertreterinnen und Vertreter aus den Landeskrankenhausplanungsbehörden bereits jetzt ihre Situation in Bezug auf die Bedarfsdeckung kritisch beurteilen. Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren sind zwar für die Bezugsebene möglich. Allerdings wäre es aufgrund der großen Heterogenität

der Standorte wohl nicht möglich, ein einheitliches Qualitätsindikatorenset zu definieren, anhand dessen Aussagen zur Gesamtqualität eines Standorts getroffen werden könnten.

Umsetzbarkeit

Mindestanforderungen an die Struktur oder prozessnahe Strukturen für Querschnittsbereiche an Standorten als Grundlage von Qualitätsaussagen erscheinen grundsätzlich umsetzbar. Diese würden unter Einbezug von Fachexpertinnen und Fachexperten entwickelt und wären nach einer Übergangszeit obligatorisch zu erfüllen bzw. bei Planneuaufstellungen deren Erfüllung von den Krankenhausträgern für die jeweiligen Standorte konzeptionell zu plausibilisieren.

Prozess- und Ergebnisqualitätsanforderungen erscheinen ebenfalls umsetzbar. Jedoch könnte es schwierig sein, diese so festzulegen, dass sie unabhängig vom Leistungsspektrum eines Standorts sachgerecht Anwendung finden können.

Abdeckung

Mit einer strukturellen Mindestanforderung können bis zu 100 % der Standorte adressiert werden und somit eine flächendeckende Abdeckung erreicht werden. Die Qualitätsaussagen beziehen sich auf Querschnittsbereiche, von deren Qualität potenziell 100 % der Krankenhauspatientinnen und -patienten profitieren können, sowohl in Bezug auf verbindliche Strukturanforderungen als auch bezüglich der Prozess- und Ergebnisqualitätsanforderungen, von denen sämtliche Patientinnen und Patienten eines Standorts erfasst werden. Allerdings wird damit nur ein geringer Anteil des stationären Versorgungsgeschehens insgesamt abgebildet.

3.1.2 (Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung

Planungseinheit der Krankenhausplanung zur Gliederung der stationären Versorgung sind in den meisten Bundesländern Fachgebiete. Der Begriff „Fachgebiet“ bezieht sich auf die Gebietsbezeichnungen der Weiterbildungsordnung (WBO) der Ärztekammer des jeweiligen Bundeslandes und wird in den Krankenhausplänen zur Ausweisung von Gebieten verwendet (SozM BW 2010). Zugleich wird in den Krankenhausplänen der Bundesländer der Begriff „Fachrichtung“ (StMGP 2020) oder „Fachabteilung“ (HMSI 2020) verwendet, ebenfalls zur Ausweisung der beplanten Gebiete. Die Verwendung der Begriffe erfolgt uneinheitlich in den einzelnen Bundesländern. Auch handelt es sich bei der Ausweisung von „Fachabteilungen“ lediglich um eine planungstechnische Bezeichnung, die sich nicht in der realen Abteilungsstruktur eines Krankenhauses widerspiegeln muss (HMSI 2020). Grundlage der jeweiligen krankenhauplanerischen Gliederung und damit der Beschreibung des Versorgungsauftrags ist in allen Bundesländern die jeweils gültige WBO, die wiederum eng an der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer (BÄK) mit 34 Gebietsbezeichnungen ausgerichtet ist. Somit ist, unabhängig von der Ausweisung als „Gebiet“, „Fachrichtung“, „Fachgebiet“ oder „Fachabteilung“, in der Krankenhausplanung bei gleicher Bezeichnung inhaltliche Kongruenz nach der MWBO gegeben. Bei einem Vergleich der Krankenhausplanungen der Bundesländer zeigt sich, dass von den Gebieten der

MWBO 18 in mindestens einem Bundesland und davon 16 in allen Bundesländern beplant werden.¹¹

Die Gebiete der ärztlichen WBO dienen der Strukturierung der ärztlichen Berufsausübung und definieren jeweils die Inhalte und Grenzen der fachärztlichen Tätigkeiten (BÄK 2018). Dabei entspricht die Bezeichnung der Facharztkompetenzen in ihrem Wortlaut dem der jeweiligen Gebietsbezeichnung. Dementsprechend werden die Bezeichnungen auch für Fachgebiete oder Fachabteilungen verwendet. Vier Gebiete weisen dabei allerdings mehr als eine Facharztkompetenz mit differenzierenden Bezeichnungen auf, die dann wiederum als „Teilfachgebiete“ beplant werden. Mit Relevanz für die Krankenhausplanung betrifft dies die Gebiete Chirurgie und Innere Medizin, die in 8 (Chirurgie) bzw. 9 (Innere Medizin) Facharztkompetenzen mit differenzierenden Bezeichnungen unterteilt werden (BÄK 2018).¹² Krankenhausplanung auf Grundlage der Gebietseinteilung der ärztlichen WBO hat zur Folge, dass eine Fachabteilung mit entsprechender Bezeichnung theoretisch das gesamte Spektrum der von diesem Gebiet umfassten Versorgungsleistungen erbringen kann. Praktisch ist es die Entscheidung der einzelnen Leistungserbringer, welches Leistungsspektrum aus dem jeweiligen Gebiet sie erbringen, sodass es häufig zu Schwerpunkten oder Spezialisierungen innerhalb von Fachabteilungen einer Gebietsbezeichnung kommt. Dies hat zur Folge, dass Fachabteilungen derselben Gebietsbezeichnung an verschiedenen Krankenhäusern äußerst heterogen in Bezug auf ihre Versorgungsleistungen sind. Demgegenüber kann sich eine Qualitätsaussage, die sich auf ein Fachgebiet bezieht, im Krankenhausaufbau auf mehrere – ggf. auch fachfremde oder im Versorgungsprozess nachgelagerte – Fachabteilungen beziehen. Eine Qualitätsaussage, die sich auf eine Fachabteilung bezieht, muss daher immer das individuelle Leistungsspektrum berücksichtigen (Döbler und Arens 2020: 8).

Eine Definition des Begriffs „Fachabteilung“ ist auch Bestandteil der Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern des G-BA (§ 5 Abs. 2) (gleichlautend in den Zentrums-Regelungen¹³ (§ 5 Abs. 3) und den Sicherstellungszuschläge-Regelungen¹⁴ (§ 5 Abs. 2)). Demnach ist eine Fachabteilung eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses, das einen entsprechenden Versorgungsauftrag hat. Zudem müssen die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG für

¹¹ In allen Bundesländern betrifft es die Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Strahlentherapie sowie Urologie; in mindestens einem Bundesland die Anästhesiologie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin.

¹² Die Gebiete Pathologie und Pharmakologie weisen mit jeweils zwei ebenfalls mehr als eine Facharztkompetenz auf, sind jedoch für die Krankenhausplanung nicht relevant.

¹³ Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Konkretisierung der besonderen Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten gemäß § 136c Absatz 5 SGB V. In der Fassung vom 5. Dezember 2019, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 18. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/117/> (abgerufen am 14.01.2021).

¹⁴ Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V. In der Fassung vom 24. November 2016, zuletzt geändert am 1. Oktober 2020, in Kraft getreten am 09. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/89/> (abgerufen am 14.01.2021).

jede Fachabteilung einen Fachabteilungsschlüssel vereinbart haben. Die der Fachabteilung zugeordneten Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, einen entsprechenden Qualifikationsnachweis der WBO vorzuweisen; außerdem muss eine entsprechend qualifizierte Fachärztin oder ein entsprechend qualifizierter Facharzt jederzeit innerhalb von 30 Minuten verfügbar sein. Die Fachabteilungsschlüssel werden gemäß § 301 SGB V zu Abrechnungszwecken vereinbart und richten sich nach dem jeweiligen Krankenhausplan (DKG 2019).

Die Bezugsebene „(Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung“ kann somit inhaltlich aufgrund ihres Bezugs zu einem Gebiet der MWBO oder strukturell anhand der Definition in den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern definiert werden. Hinsichtlich des Leistungsspektrums besteht allerdings auch bei gleichlautenden Fachabteilungen keine Vergleichbarkeit. Darauf wurde auch in den Experteninterviews hingewiesen:

Was man ja sagen muss: dass Fachbereiche ja viel zu breit definiert sind, also medizinische Fachbereiche, so wie sie ja auch in der Krankenhausplanung in vielen Bundesländern verwendet werden, viel zu breit definiert sind, um wirklich gezielt Qualitätsindikatoren oder Qualitätsanforderungen anknüpfen zu können. (Expl 1 WiFo PlanQI 2020)

Die Ebene der Fachabteilung ist – schlicht – heteronom geregelt, die ist unterschiedlich. Es gibt Bundesländer, die sich an der Weiterbildungsordnung orientieren, und zwar manche an der Musterweiterbildungsordnung, andere an lokaler Weiterbildungsordnung, sei es mit dynamischer, sei es mit statischer Verweisung, andere ganz ohne Weiterbildungsordnung, ist alles möglich, kann man alles machen. Aber wenn ich das Ganze bundesrechtlich erläutern will, mit Geltung für alle, gerate ich da in schwere See, weil ich einfach nicht mehr die übergreifende Begrifflichkeit habe und die auch nicht haben kann. (Expl 9 Recht PlanQI 2020)

Die Krankenhauspläne der Länder weisen die Gebiete der WBO bzw. entsprechend bezeichnete Fachabteilungen je Krankenhausstandort bzw. Krankenhaus aus. Der Vorteil der Bezugsebene „(Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung“ besteht somit darin, dass sie mit der bisherigen Bezugsebene der Landeskrankenhausplanung korrespondiert. Ein Bezug zur Fachabteilung erscheint außerdem auch durch die Begründung zum KHSG erwünscht, wonach „[d]ie Feststellung unzureichender Qualität [...] auch nur eine oder mehrere Fachabteilungen eines Krankenhauses betreffen“ kann (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 51). Im entsprechend geänderten KHG ist für Krankenhäuser mit unzureichender Qualität „ganz oder teilweise“ die Nichtaufnahme in den bzw. Herausnahme aus dem Krankenhausplan vorgesehen (§ 8 Abs. 1a und 1b KHG). Allerdings besteht die Schwierigkeit, eine Qualitätsaussage für ein ganzes Gebiet bzw. eine Fachabteilung zu treffen. Es sollten nach der Begründung zum KHSG „[...] auf Grundlage von Anforderungen der Weiterbildung in den jeweiligen Abteilungen Grundleistungsbereiche [benannt werden], die das typische Leistungsspektrum der jeweiligen Abteilungsart abbilden und als Basis für die festzulegenden Indikatoren gelten können“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 89). Ein entspre-

chendes Konzept für die Bildung von Grundleistungsbereichen (GLB) war Gegenstand einer Beauftragung des G-BA (2017a) und wurde im Abschlussbericht des IQTIG dargestellt (IQTIG 2018a: Abschnitt 6.4).

Da sich eine Qualitätsaussage, die sich auf ein Gebiet der ärztlichen WBO bezieht, auf eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungen beziehen kann, kann eine Aussage zur Qualität entweder über gebietsbezogene Mindestanforderungen an die Strukturqualität oder über eine breite Abbildung des Gebiets über zahlreiche Leistungen bzw. Abbildung der Kernleistungen in GLB getroffen werden. Auch fachgebietsübergeordnete Anforderungen zu Querschnittsthemen, wie sie für ganze Standorte oben beschrieben sind, sind eine Möglichkeit, lassen aber keine inhaltssvalide Aussage zur Qualität einer einzelnen Fachabteilung zu.

Erstens können Anforderungen hinsichtlich der Struktur bzw. prozessnaher Strukturen festgelegt werden, die unabhängig vom Leistungsspektrum für das entsprechende Gebiet und damit für die entsprechend bezeichneten bzw. entsprechend der Facharztkompetenzen bezeichneten Fachabteilungen sachgerecht sind. Dies sind beispielweise Anforderungen, wie sie auch in den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern formuliert sind, z. B. das Vorliegen der entsprechenden Qualifikation beim ärztlichen Personal oder die Verfügbarkeit einer Fachärztin oder eines Facharztes innerhalb einer festgelegten Zeit. Solche Anforderungen sind auch bereits in den Krankenhausplänen einzelner Bundesländer aufgenommen (SozM BW 2010).

Zweitens können Kernleistungen von Fachgebieten, also GLB, gebildet werden (ausführlich dazu siehe IQTIG 2018a). Innerhalb dieser GLB können für einzelne Leistungsgruppen Qualitätsindikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität entwickelt werden. Die Qualitätsaussagen zu jeweils im individuellen Standort erbrachten Kernleistungen lassen sich für die Fachabteilung bzw. die Fachabteilungen des Standorts zusammenfassen. Auf diese Weise lassen Qualitätsaussagen zu GLB eine Qualitätsaussage für ein gesamtes Fachgebiet zu. Die Vorgehensweise mit Bezug zur Fachabteilung wurde auch in Experteninterviews unterstützt:

Wenn ich vorher definiere: Was ist denn das Hauptspektrum einer [...] Fachabteilung für Viszeralchirurgie? Was sind da die Haupteingriffsarten? Was deckt 80, 90 % des Leistungsspektrums ab? Und wenn dieses Leistungsspektrum nicht in der Qualität erbracht wird, wie es eigentlich sein sollte, dann, muss ich sagen – gut, es kann ja sein, dass sie irgendeinen Colibri-Eingriff vielleicht gut können, aber der ist überhaupt nicht überprüft bzw. qualitätsbewertet worden. Deswegen können wir nichts dazu sagen. Aber das, was hauptsächlich erwartet wird an Qualität, das wird nicht erbracht, weil das umfasst eben diese 80, 90 % der Leistungen. Das heißt, da kann ich natürlich sagen: Klar, Fachabteilungsebene ist eine Planungsgröße. (Expl 4 WiFo PlanQI 2020)

Ein Nachteil der Bezugsebene wäre, dass bisher in der Qualitätssicherung weder die Fachabteilung noch das Fachgebiet eine Rolle spielen, zugeschrieben wird eine Leistung einem Krankenhausstandort. Erfasst wird das Feld „Fachabteilung“ in der Qualitätssicherung entsprechend der

Fachabteilungsschlüssel der DKG (2019). Über die Datenqualität des Feldes liegen bisher keine Erkenntnisse vor.

Auch die Methodik der GLB muss kritisch hinterfragt werden. Aufgrund des empirischen Anteils in der Ableitung der GLB ist zu prüfen, ob die quantitativ ermittelten GLB tatsächlich die Kernleistungen bzw. typischen Leistungen eines Fachgebiets abbilden und ob die Methodik das Risiko einer Festschreibung von Fehlversorgung birgt. Döbler und Arens (2020: 68) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass auch mittels GLB ein „typische[s] Leistungsspektrum“ höchstens näherungsweise abgegrenzt werden kann und mit der Methodik Leistungen zugeordnet werden, „die von bis zu einem Viertel der Krankenhäuser eben nicht erbracht werden“ (Döbler und Arens 2020: 68). Nicht zuletzt der immense Entwicklungsaufwand (siehe unten in Aufwand) sowie die komplexe Bewertung (siehe Abschnitt 4.1.1) erweisen sich als wichtige Nachteile der Bezugsebene.

Im Workshop der Expertinnen und Experten für die Krankenhausplanung wurde ebenfalls angemerkt, dass die Zuordnung von Leistungen zu einer Fachabteilung schwierig sein könnte. So würden beispielsweise Leistungen der Neurochirurgie ebenfalls in der Chirurgie erbracht. Daher seien große Probleme bei der Anwendbarkeit der Definitionen bzw. Aufteilungen zu erwarten.

Das Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ bezeichnet die „fehlende Detailtiefe“ als eine der „Schwächen“ von Fachgebieten als Bezugsebene der Krankenhausplanung, diese seien zu unspezifisch und zu wenig transparent hinsichtlich der von der Planung eingeschlossenen Leistungen (PD 2019: 64). Dies trifft ebenso auch für die Qualitätsaussagen zu, die für die Bezugsebene getroffen werden können und die der Krankenhausplanung als Grundlage dienen sollen. Es kann als Hinweis gewertet werden, dass Krankenhausplanung sich in Zukunft weg von der betten- und fachgebietsorientierten Krankenhausplanung hin zu einer leistungsorientierten Planung entwickeln wird. Diese Ansicht teilen auch Malzahn und Heyder (2017: 21), wonach angesichts der fortschreitenden Subspezialisierung die Planung auf Grundlage von Fachgebieten immer weniger sinnvoll sei. Die Bezugsebene passt daher eher nicht zu dem Trend zu feinkörnigeren Planungseinheiten.

Ganz grundsätzlich steht der bisherigen Fokussierung auf die Fachabteilungsebene zum einen entgegen, dass es sich bei der Fachabteilung nicht um eine Legaldefinition handelt und das Leistungsspektrum gleichnamiger Fachabteilungen extrem heterogen ist. Selbst die Herausfilterung von Leistungen, die typischerweise von allen Fachabteilungen erbracht werden, führt nicht dazu, die Vergleichbarkeit gleichnamiger Fachabteilungen zu verbessern, da sich die Fachabteilungen im übrigen Leistungsspektrum zu stark unterscheiden können. Zum anderen führt auch das Ergebnis des Gutachtens zur „Krankenhauslandschaft NRW“ aus, dass weiterführende Analysen auf Fachabteilungsebene keinen entsprechenden Erkenntnisgewinn erwarten ließen, „da zwei Drittel aller Fälle (Innere Medizin und Chirurgie) [in NRW] tatsächlich in einer Vielzahl von spezialisierten und sehr unterschiedlichen Fachabteilungen versorgt werden, die bei einer weiteren Verfolgung der Fachabteilungssystematik jedoch nicht identifiziert werden könnten“ (PD 2019: 165).

Effekte

Mit der Bezugsebene wird **Transparenz** über die Qualität des stationären Versorgungsgeschehens auf relativ hochaggregierter Ebene hergestellt. Es können (Mindest-)Anforderungen an Fachabteilungen als ein bundeseinheitlicher „Versorgungsstandard“ definiert und durchgesetzt werden. Der **Nutzen für Patientinnen und Patienten** ist entsprechend hoch und besteht darin, dass sie von einer einheitlichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bezogen auf Fachabteilungen ausgehen können, unabhängig vom Bundesland oder Krankenhausstandort, in dem sie eine stationäre Versorgungsleistung in Anspruch nehmen wollen. Dabei ist die vorliegende Information zwar nicht spezifisch für eine bestimmte Leistung, aber für eine ganze Fachabteilung an einem Krankenhausstandort. **Planungseffekte** können sich hinsichtlich der Aufnahme (Schritt 1) sowie hinsichtlich Verbleib im bzw. Herausnahme aus dem Krankenhausplan durch die prospektiven Strukturanforderungen an die entsprechend bezeichnete Fachabteilung ergeben. Als Nachteil ist allerdings zu werten, dass auf Basis der Mindestanforderungen an die Struktur keine Differenzierung der Qualitätsaussage möglich ist, da diese grundsätzlich binär (erfüllt/nicht erfüllt) bewertet werden (siehe Abschnitt 4.1.2). Standardisierende, gleiche Anforderungen an alle Fachabteilungen eines Fachgebiets (über die Versorgungsebenen hinweg) könnten einer oftmals gewünschten Spezialisierung entgegenwirken bzw. diese nicht sachgerecht abbilden. Auch krankenhauserplanerische Auswahlentscheidungen können nicht getroffen werden. Auf der Basis von Prozess- und Ergebnisqualität in den GLB ist jedoch eine weitere Differenzierung der Qualitätsaussage möglich. Damit wären sowohl die Herausnahme aus dem Krankenhausplan bei „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ als auch Auswahlentscheidungen als krankenhauserplanerische Konsequenzen möglich. Ein Nachteil in Bezug auf GLB ist ein potenzieller Anreiz zur Veränderung des Leistungsspektrums an einzelnen Standorten, um nicht von der Qualitätsmessung erfasst zu werden.

Aufwand

Der Entwicklungsaufwand bei dieser Bezugsebene ist abhängig davon, wie Qualität abgebildet werden soll. Sinnvollerweise müssen die 16 Gebiete der MWBO einbezogen werden, die in der Krankenhausplanung aller Bundesländer berücksichtigt werden. Der Aufwand für die Entwicklung von Mindestanforderungen an die Strukturqualität erscheint dabei handhabbar, jedoch ggf. politisch schwer umsetzbar. Für jedes Gebiet werden Anforderungen bezüglich der personellen oder technischen Struktur oder prozessnahen Struktur entwickelt. Einzelne Anforderungen können jedoch schematisch auch auf mehrere Gebiete übertragbar sein (z. B. Anzahl von Fachärztinnen bzw. Fachärzten, Anzahl/Anteil von Personal mit bestimmter Qualifikation). Bei 16 zu berücksichtigenden Gebieten und einer veranschlagten Entwicklungszeit von rund fünf Jahren für ein Verfahren (IQTIG 2020c) ergibt sich allerdings letztlich die exorbitante Entwicklungszeit von etwa 80 Jahren, um die im Auftrag anvisierte Abdeckung des gesamten stationären Versorgungsgeschehens bzw. aller beplanten Bereiche zu erreichen, zumindest sofern weiterhin die Entwicklung von jeweils nur einem Verfahren zur selben Zeit beauftragt wird. Auch wenn nur die halbe Entwicklungszeit gerechnet werden würde und/oder nicht alle Fachgebiete abgedeckt werden würden, wäre mit einem langandauernden Entwicklungsprozess zu rechnen.

Um den Entwicklungsaufwand für Qualitätsanforderungen in GLB verdeutlichen zu können, wird zunächst auf die im Abschlussbericht des IQTIG (2018a) vorgestellte Methodik eingegangen. Zunächst werden auf Grundlage der ärztlichen WBO die für die jeweilige Facharztkompetenz spezifischen Leistungen identifiziert. Aus diesen werden mittels einer empirischen Analyse dann die für das entsprechende (Fach-)Gebiet typischen Leistungen des stationären Versorgungsgeschehens ermittelt und so die jeweiligen GLB definiert. Innerhalb des GLB können eine oder mehrere thematisch zusammenhängende Leistungen abgegrenzt werden, die „Leistungsbündel“. Eine beispielhafte Berechnung der Anzahl der Leistungsbündel wird mit einem Wert von 3 pro GLB vorgenommen (Durchschnittszahl aus IQTIG 2018a). Ausgehend von den 16 in allen Bundesländern beplanten Gebieten der MWBO ergeben sich 31 Facharztkompetenzen mit jeweils einem GLB und eine Anzahl von über 90 abgeleiteten spezifischen Leistungsbündeln für 31 GLB. Aufgrund der Heterogenität der Facharztkompetenzen kann eine Schätzung der Anzahl der in einem Leistungsbündel enthaltenen Leistungen nicht sachgerecht vorgenommen werden. Es wird daher für eine schematische Berechnung von 3 Leistungen pro Leistungsbündel ausgegangen, für die jeweils ein QS-Verfahren zu entwickeln wäre, sodass es sich um knapp 300 zu entwickelnde QS-Verfahren handelt. Hierbei ergäbe sich eine unvorstellbar lange Entwicklungszeit für die notwendigen Qualitätsindikatoren zur multidimensionalen Abdeckung sämtlicher derzeit in die Krankenhausplanung einbezogener Fachgebiete.

Der Aufwand im Regelbetrieb für Krankenhäuser entsteht bei strukturellen Mindestanforderungen an Fachabteilungen, indem diese die geforderten Strukturen etablieren und sicherstellen müssen. Dafür ist im Regelbetrieb eine regelmäßige Erhebung über die kontinuierliche Erfüllung der Anforderungen zu erstellen. Je nach Art und Anzahl der Anforderungen ist damit ein Dokumentationsaufwand mit entsprechendem Ressourceneinsatz verbunden. Da keine Falldokumentation erforderlich ist, ist der Aufwand hinsichtlich der Nachweispflichten als eher gering anzusehen. Für die Aufnahme in den Krankenhausplan (Schritt 1) wäre seitens der Krankenhäuser ein Konzept zu erstellen, aus dem die Erfüllung der Qualitätsanforderungen in ihren jeweiligen Fachabteilungen ableitbar ist.

Der Aufwand im Regelbetrieb bei einer Darstellung von GLB (Struktur-/Prozess-/Ergebnisqualität) entspricht jeweils dem eines Verfahrens der derzeitigen stationären Qualitätssicherung, wobei der Aufwand fallbezogener QS-Dokumentationen bei den Leistungserbringern bei einer Abdeckung aller beplanten stationären Bereiche, wie sie im Auftrag anvisiert ist, extrem hoch und nicht zumutbar ist und der Aufwand den Nutzen überdeutlich überwiegt. Eine Einschätzung dazu kann bei Wahl des entsprechenden Szenarios in Teil B der Beauftragung erfolgen.

Nutzen

Bei einer Abbildung der Qualität für ganze Fachgebiete über Strukturanforderungen, liegt der Nutzen in der Gewährleistung bundesweit gleicher Qualität für Fachabteilungen derselben Gebietsbezeichnung. Deren Erfüllung kann prinzipiell als Grundlage **krankenhausplanerischer Konsequenzen** in Bezug auf Aufnahme (Schritt 1) in den bzw. Verbleib im Krankenhausplan dienen. Allerdings bleibt aufgrund der Heterogenität des Leistungsspektrums fraglich, ob ein einheitliches Qualitätsindikatorenset definiert werden könnte, anhand dessen Aussagen zur Gesamtqua-

lität eines Standorts getroffen werden könnten. Daher ist der Nutzen für die Krankenhausplanung kritisch zu hinterfragen. Darüber hinaus sind nur sehr unspezifische Anforderungen denkbar (so auch Döbler und Arens 2020). Einige Expertinnen und Experten aus dem Workshop sahen einen Nutzen von Strukturanforderungen auf dieser Bezugsebene durchaus gegeben und sprachen sich für diese Bezugsebene aus.

Über die spezifischeren Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren für GLB mit den jeweiligen Leistungsbündeln wird **Transparenz** über die Versorgungsqualität bezogen auf eine Fachabteilung hergestellt. Diese müssten es – so die Begründung zum KHSG – ermöglichen, „in der Zusammenschau eines Indikatorensets“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 89) eine inhaltsvalide Qualitätsaussage über die Fachabteilung als Ganze zu treffen, um als Grundlage für die krankhausplanerische Konsequenz der Herausnahme aus dem Krankenhausplan bzw. für Auswahlentscheidungen geeignet zu sein. Einzelne Vertreterinnen und Vertreter der Landesplanungsbehörden sprechen sich im Expertenworkshop für solche PlanQI auf dieser Bezugsebene aus.

Umsetzbarkeit

Die Bezugsebene ist kongruent zur Krankenhausplanung, die derzeit auf Fachgebietsebene erfolgt. Der erste Schritt der Entwicklung mit Bildung von GLB einschließlich spezifischer Mindestanforderungen für die Strukturqualität erscheint umsetzbar. Bezüglich der Prozess- und Ergebnisqualität in den GLB besteht die Schwierigkeit, zu einer Qualitätsaussage für eine ganze Fachabteilung zu kommen (siehe Abschnitt 4.1), was sich als problematisch für die Umsetzung erweisen kann. Die Anwendung von spezifischen Qualitätsindikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität für die Bezugsebene erscheint zudem aufgrund des sehr hohen Aufwands und der dargestellten Entwicklungszeiten als nicht umsetzbar.

Abdeckung

Mit einer Anforderung an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von GLB können bis zu 100 % der Fachabteilungen an Standorten adressiert werden. Diese Abdeckung wäre jedoch nur mit immensem Aufwand (siehe oben) zu erreichen.

3.1.3 Leistungsgruppe

Als Leistungsgruppe werden im vorliegenden Bericht Gruppen von zusammengehörigen stationären Leistungen bezeichnet, die in sich relativ homogen sein sollen. Es existieren unterschiedliche Möglichkeiten, wie die Gruppen gebildet werden können: auf Basis von Diagnosen (nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)), Prozeduren (nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)), diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG) oder auch nach Lebensalter (z. B. Neugeborene, Kinder). Inhaltlich zusammenhängende Leistungsgruppen können in Leistungsbereichen zusammengefasst werden. Diese orientieren sich überwiegend an den Organsystemen (Herz, Lunge, Niere etc.) und spiegeln daher im Wesentlichen die Fachgebietsabgrenzungen innerhalb der WBO der Ärzte wider (PD 2019: 235). Im Kontext der Leistungsgruppensystematiken der Schweiz (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz“) bzw. im Rahmen des Gutachtens zur „Krankenhauslandschaft NRW“ (PD 2019) dienen sie einer übergeordneten Strukturierung der

Leistungsgruppen. Andererseits werden auch die dokumentationspflichtigen Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung als „Leistungsbereiche“ bezeichnet, wie in den Qb-R. Im Verständnis des vorliegenden Berichts repräsentieren diese jedoch am ehesten die Bezugsebene „Leistungsgruppe“ (Beispiel: „Mammachirurgie“). Im Sinne einer klaren Abgrenzung wird deshalb im Weiteren der Begriff „Leistungsbereich“ nicht für die Bezugsebene verwendet.

Die Bildung von Leistungsgruppen innerhalb einer Systematik erfolgt prinzipiell auf Basis von medizinischen Klassifikationssystemen, wie beispielsweise OPS-, ICD-10- oder der DRG-Systematik, wobei auch eine Kombination sinnvoll sein kann (Vogel et al. 2020: 332). Auf die Leistungsgruppen beziehen sich die Qualitätsanforderungen. Es sind außer Struktur- auch Anforderungen an Prozess- und Ergebnisqualität möglich. In Ansätzen wird die Bezugsebene „Leistungsgruppe“ in der Krankenhausplanung einzelner Bundesländer durch Anforderungen an gruppenbezogene Versorgung aufgegriffen, beispielweise für die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten oder für die geriatrische Versorgung (TMASGFF 2018, StMGP 2020). Auch im „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2018a) sind Ansätze in dieser Richtung enthalten, indem im Zusammenhang mit den GLB Leistungsbündel zusammengestellt wurden – hier allerdings noch mit dem Ansatz, dass die enthaltenen Leistungen dann für die Leistungen in einem Fachgebiet stehen sollen, also als Bezugsebene das Fachgebiet anvisiert war. Tatsächlich würde eine Aufteilung in Leistungsgruppen der faktischen Heterogenität der Fachabteilungsrealität eher entsprechen; die Bezugsebene „Leistungsgruppe“ würde es dennoch erlauben, schrittweise die Stärken und Schwächen eines Krankenhausstandorts in den verschiedenen Leistungsgruppen abzubilden.

Einen weiteren Ansatz qualitätsorientierter Krankenhausplanung bietet Österreich im Rahmen des ÖSG (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Österreich“). Hier sind sowohl „Versorgungsbereiche“ einzelne Patientengruppen betreffend als auch „Leistungsbündel“ von homogenen komplexen medizinischen Leistungen definiert und mit Qualitätsanforderungen versehen. Im Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ wird die Leistungsplanung der Schweiz aufgegriffen und orientiert am Zürcher Modell ein für das Bundesland anwendbarer leistungsorientierter Planungsansatz entwickelt (PD 2019: 234). In der Schweiz (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz“) erfolgt die leistungsorientierte Krankenhausplanung auf Grundlage von Leistungsgruppen. Abweichend vom Zürcher Modell schlägt das Gutachten eine Bepflanzung nach Leistungsgruppen auf der Basis der DRG-Systematik vor (PD 2019: 53). Grundlage sind im somatischen Bereich Fallpauschalen, die in 25 Leistungsbereiche einschließlich sogenannter Querschnittsbereiche und 70 Leistungsgruppen aufgeteilt werden (PD 2019: 53). Insgesamt 10 psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Leistungsgruppen werden nach dem ICD-Katalog gebildet. Die Gutachter betonen, „dass eine leistungsorientierte Planung mittels [Leistungsbereichen] und [Leistungsgruppen] Voraussetzung für die Effektivität eines qualitätsorientierten Planungsansatzes“ sei (PD 2019: 739), da eine detailliertere Planung auch spezifischere Qualitätsanforderungen ermöglicht.

Für die Bezugsebene „Leistungsgruppe“ sind Anforderungen an Struktur- (z. B. Personalausstattung, technische Ausstattung), Prozess- (z. B. leitliniengemäßes Vorgehen, leistungsspezifische

Prozesse) und Ergebnisqualität (z. B. Komplikationsrate) möglich. Sie bietet den Vorteil indikations- und leistungsspezifischer Qualitätsinformationen und ermöglicht aufgrund der Eindeutigkeit der Bezugsgröße valide Qualitätsaussagen, die für vergleichende Qualitätsaussagen geeignet sind. Anforderungen an Prozess- und Ergebnisqualität ermöglichen zudem eine Differenzierung der Qualität. Die Bezugsebene ist somit als Grundlage krankenhauserischer Entscheidungen sowohl hinsichtlich Aufnahme (Schritt 1) in den und Verbleib im Krankenhausplan als auch für Auswahlentscheidungen geeignet. Neben den Vorteilen für eine optimierte Krankenhausplanung bezeichnen die Autorinnen und Autoren des Gutachtens zur „Krankenhauslandschaft NRW“ es als „größten Vorteil“, dass die Leistungsbereiche und Leistungsgruppen aufgrund ihrer Bestimmtheit einfacher mit Qualitätsindikatoren und anderen Qualitätsinformationen verknüpft werden können (PD 2019: 53).

Die Homogenität und die Analogie der Leistungsgruppen zu den aktuellen Leistungsbereichen der stationären Qualitätssicherung, die jeweils durch OPS-Kodes und/oder in Verbindung mit ICD-Kodes abgegrenzt werden, vereinfacht zudem die Entwicklung von Anforderungen und Indikatoren. Eine zusammenfassende Qualitätsaussage für Leistungsgruppen erscheint zudem methodisch machbarer als für Fachgebiete. Da, wie beschrieben, in mehreren Bundesländern bereits eine Schwerpunktplanung für einzelne Indikations- oder durch andere Merkmale bestimmte Gruppen erfolgt, scheint das Konzept der Leistungsgruppen und die dadurch bessere Steuerungsmöglichkeit in den Bundesländern auch grundsätzlich akzeptiert zu sein.

Großer Nachteil der Bezugsebene ist das Fehlen einer Legaldefinition. Die Bezugsebene ist zudem nicht kongruent mit der aktuellen Krankenhausplanung, die überwiegend als Fachgebietsplanung erfolgt. Dafür ist ein hoher Aufwand zu erwarten, wenn das gesamte stationäre Versorgungsgeschehen zunächst in Leistungsgruppen eingeteilt werden müsste. Da Krankenhausplanung Ländersache ist, wäre unklar, welche Institution hierbei die Federführung übernehmen. Für die Leistungsgruppen müssten Anforderungen entwickelt werden. Da es sich um eine Vielzahl von Leistungsgruppen (Beispiel Schweiz: 140; Beispiel Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“: 80) handelt, entsteht ein großer Entwicklungsaufwand, auch wenn bei der Entwicklung von Mindestanforderungen an die Struktur einzelne Entwicklungsschritte wegfallen können (siehe Abschnitt 5.1.5). Für Prozess- und Ergebnisanforderungen wäre der zu erwartende Entwicklungsaufwand jedoch enorm, etwa wie bei dem Konzept der GLB zur Bezugsebene „Fachabteilung“ dargestellt.

In den Experteninterviews wurde ebenfalls auf den großen Aufwand einer Leistungsplanung hingewiesen:

Man muss aber auch sagen, dass Leistungsgruppen – und das sehen wir ja jetzt – auch in Nordrhein-Westfalen – wenn man damit anfangen will, ist das halt mit enormen Rüstkosten verbunden, weil ich mich natürlich erst einmal intensiv damit auseinandersetzen muss: Was ist eigentlich eine Leistungsgruppe? Das heißt, welche Leistungen kann ich zusammenfassen, wie kann ich die abgrenzen, welche Patienten fallen in welche Gruppen und wie definiere ich das dann? Definiere ich das über Diagnosen, über Prozeduren, über DRGs oder einen Mix aus allem? Und das ist gar nicht so trivial. Und das ist ja

die Herausforderung, vor der auch Nordrhein-Westfalen jetzt momentan gerade steht. (Expl 1 WiFo PlanQI 2020)

Es wurde jedoch auch Zustimmung zur Bezugsebene „Leistungsbereich“ und „Leistungsgruppe“ geäußert:

Also wünschenswert wären eine national einheitliche Definition von Leistungsgruppen und Leistungsbereichen und auch eine national einheitliche Definition von den Qualitätsvorgaben. (Expl 1 WiFo PlanQI 2020)

Insbesondere in einem Experteninterview wird die inhaltliche Bestimmtheit der Leistungsgruppen als der große Vorteil der Bezugsebene betont, da diese in der Schweiz kongruent ist mit der Planungseinheit, somit die Qualitätsanforderungen einen unmittelbaren Planungseffekt haben und damit zugleich Transparenz über die Qualität des Versorgungsgeschehens hergestellt werden kann:

Ich denke, der große Vorteil an den Leistungsgruppen ist diese Einheitlichkeit. Wir hatten früher die Situation, dass jedes Krankenhaus mit jeder Versicherung irgendwelche Einteilungen hatte für ihre Verträge. Und das basiert nun alles auf unseren Leistungsgruppen. [...] – es ist ganz klar: Wenn man einen Leistungsauftrag Viszeralchirurgie 1 hat, weiß jeder in der Schweiz, was das beinhaltet, die Verträge mit den Versicherungen basieren auf denen und das hat wesentlich zur Vereinfachung beigetragen. (Expl 6 AnGes PlanQI 2020)

Effekte

Die Bezugsebene ermöglicht indikations- und leistungsbezogene **Transparenz** hinsichtlich einer definierten Gruppe von Leistungen innerhalb eines größeren Gebiets. Für die Aufnahme (Schritt 1) in den und Verbleib im Krankenhausplan können Mindestanforderungen an die Struktur festgelegt werden. Als weitere **krankenhausplanerische Konsequenz** würde der Feststellungsbescheid eine Leistungsgruppe ausnehmen. Dadurch kann eine „teilweise“ Herausnahme aus dem Krankenhausplan entsprechend dem KHG besser erfolgen, ohne die flächendeckende Versorgung, wie z. B. durch die Herausnahme einer kompletten Fachabteilung, zu gefährden. Sollten Mengen eine Rolle bei der Kapazitätsplanung spielen, können krankenhauserische Konsequenzen die Erhöhung dieser Kapazitäten bei „guter Qualität“ sein. Nach Ansicht von Vogel et al. (2020: 334) sind die Leistungsgruppen die „Basis einer effektiven Krankenhausplanung“. Für **Patientinnen und Patienten** ergibt sich ein Nutzen aufgrund der einheitlichen Qualitätsanforderungen je Leistungsgruppe sowie aufgrund der indikations- und leistungsbezogenen Transparenz, die als Entscheidungsgrundlage bei der Krankenhauswahl dienen kann.

Aufwand

Für die Entwicklung von leistungsgruppenspezifischen Verfahren und Qualitätsindikatoren ist zunächst die Einteilung des gesamten Leistungsgeschehens in Leistungsgruppen (medizinisch sinnvolle Gruppe von Leistungen bzw. Indikationen) sinnvoll. Dieser Prozess dauerte etwa in der Schweiz eineinhalb Jahre (Expl 6 AnGes PlanQI 2020). In einem zweiten Schritt sind

dann leistungsgruppenspezifisch Anforderungen festzulegen und QS-Verfahren zu entwickeln. Ausgehend von einem Verfahren je Leistungsgruppe, ist der Aufwand abhängig von der Anzahl der Leistungsgruppen. Die hier vorgestellte Schweizer Systematik enthält 140 Spitalleistungsgruppen (SPLG), während das für das Land NRW entwickelte Konzept 80 Leistungsgruppen beinhaltet. Bei einer Entwicklung von 80 Verfahren für 80 Leistungsgruppen, wie in dem Modell für NRW, wäre mit einer – nicht wirklich realistischen – Entwicklungszeit von mindestens mehreren Jahrzehnten zu rechnen, wenn eine umfassende multidimensionale Abbildung mit Qualitätsindikatoren angestrebt wird.

Nutzen

Der Nutzen liegt in leistungsgruppenspezifischen Anforderungen, die bundesweit einheitliche Qualität für die jeweilige Leistungsgruppe gewährleisten. Die Erfüllung von leistungsgruppenspezifischen Mindestanforderungen an die Strukturqualität kann unmittelbar als Grundlage krankenhauserplanerischer Konsequenzen in Bezug auf Aufnahme (Schritt 1) in den bzw. Verbleib im Krankenhausplan dienen. Zugleich könnte eine differenzierte Qualitätsaussage auf Basis von Prozess- und Ergebnisqualität leistungsgruppenbezogene Herausnahmen aus dem Krankenhausplan ermöglichen. Auswahlentscheidungen im Sinne der Aufnahme (Schritt 2) und der Kapazitätsausweitung könnten auf der Bezugsebene „Leistungsgruppe“ bei entsprechenden Indikatoren ebenfalls getroffen werden. Ein weiterer Nutzen besteht in der skalierbaren Granularität von Leistungsgruppen (PD 2019: 229). Dies ermöglicht zum einen eine differenziertere krankenhauserplanerische Steuerung, zum anderen die Einbeziehung ambulanter Leistungen und damit auch eine sektorenübergreifende Planung (PD 2019: 230). Die Bezugsebene „Leistungsgruppe“ bietet zudem einen Ansatz, die Qualität der Leistungserbringung darzustellen, die laut dem Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ in der derzeitigen Planungsmethodik nur in sehr geringem Maße berücksichtigt wird (PD 2019: 65). Demnach wären Leistungsgruppen als Bezugsebene für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung prinzipiell geeignet.

Umsetzbarkeit

Die Umsetzung kann hinsichtlich der Entwicklung einer Leistungsgruppensystematik einschließlich leistungsgruppenspezifischer Strukturanforderungen mit Verweis auf die Schweiz sowie auf das Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ als möglich bezeichnet werden. Dabei sind umfassend geeignete Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis, den jeweiligen medizinischen Bereichen sowie für das Kodier- und Abrechnungssystem und Patientenvertreterinnen und -vertreter einzubinden (Vogel et al. 2020: 345). Die Anwendung von leistungsgruppenspezifischen Qualitätsindikatoren für Prozess- und Ergebnisqualität zur Abdeckung des gesamten stationären Versorgungsgeschehens erscheint jedoch aufgrund der dargestellten Entwicklungszeit als unrealistisch und daher nicht umsetzbar, sofern man an der umfassenden Abbildung festhalten und nicht a priori eine Einengung auf wenige Indikatoren anstreben will. Denkbar wäre allerdings die Definition von einzelnen medizinisch-inhaltlich zusammenhängenden Gruppen von Leistungen – ohne eine systematische Einteilung des gesamten stationären Versorgungsgeschehens in Leistungsgruppen. Für diese könnten dann spezifische Qualitätsan-

forderungen formuliert und PlanQI entwickelt werden. Jedoch ist diese Bezugsebene nicht kongruent zur aktuellen Krankenhausplanung, wenn auch das Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ als Hinweis auf eine Entwicklung in diese Richtung verstanden werden kann. Brand et al. (2019) kamen aufgrund eines Pilotprojekts darüber hinaus zu dem Schluss, dass zumindest perspektivisch eine Übertragung der Leistungsgruppensystematik mit Anpassungen auf die Krankenhausplanung im deutschen Kontext möglich sei. Im Rahmen des Pilotprojekts in Sachsen-Anhalt war die Anwendbarkeit der schweizerischen SPLG und deren leistungsspezifischer Anforderungen (vgl. „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz“) beispielhaft für kardiologische und herzchirurgische Leistungen untersucht worden. Die Ausrichtung an der WBO ist jedenfalls nicht zwingend erforderlich, sodass eine alternative Strukturierung des Krankenhausplans nach fachlichen Gesichtspunkten möglich wäre (Mareck und Plaster 2020). Anknüpfungspunkte für leistungsgruppenbezogene Qualitätsanforderungen könnte die in vielen Bundesländern stattfindende Schwerpunktplanung bieten.

Abdeckung

Mit der Bezugsebene „Leistungsgruppe“ können bis zu 100 % der stationären Leistungen abgebildet werden, wenn diese in Leistungsgruppen eingeteilt und für alle Leistungsgruppen Qualitätsanforderungen entwickelt werden würden.

Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz

Als alternatives Instrument zur Bettenkapazitätsplanung findet in der Schweiz eine leistungsorientierte Krankenhausplanung auf der Basis von Leistungsgruppen Anwendung. Die Systematik der SPLG, die gruppenbezogene Qualitätsanforderungen beinhalten, wurde vom Kanton Zürich entwickelt.

Rechtlicher Rahmen

In der Schweiz ist das bedeutendste Bundesgesetz zur Festlegung der Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). Seit 2009 erfolgt sowohl die Finanzierung als auch die Spitalplanung auf der Basis einheitlicher gesamtschweizerischer Strukturen. Die Planung als solche liegt in der Verantwortung der 26 Schweizer Kantone.

Die Spitalplanung dient der Sicherstellung einer bedarfsgerechten Spitalversorgung sowie der Qualität, Wirtschaftlichkeit und weiterer Anforderungen, wie z. B. der Zugänglichkeit und Aufnahmepflicht (Art. 39 KVG). Die für die Planung erforderlichen einheitlichen Planungskriterien werden vom Bundesrat erlassen und in der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) konkretisiert (Abschnitt 11 KVV). Die Kantone sind zu einer „Planung für eine bedarfsgerechte Spitalversorgung“ und zur Aufstellung einer „nach Leistungsaufträgen in Kategorien gegliederten Spitalliste“ (Art. 39 KVG) verpflichtet, also zu einer leistungsorientierten Planung, so auch in der KVV explizit vorgegeben (Art. 58e KVV). Demnach müssen auf den Spitallisten Spitäler, die in einem Kanton einen Leistungsauftrag erhalten, in der jeweiligen Spitalliste geführt werden und sind damit zur Erbringung von Leistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zugelassen (Art. 39 KVG). Zugleich besteht die Verpflichtung der Kantone, für den Bereich der hochspezialisierten Medizin (HSM) eine gesamtschweizerische Planung zu beschließen

(Art. 39 KVG). Eine Überprüfung der Spitalplanung soll periodisch auf Kantonebene stattfinden (Art. 58a KVV).

Dem Planungszweck der Aufnahme in den Krankenhausplan entspricht in der Schweiz die leistungsgruppenbezogene Vergabe von Leistungsaufträgen – Bezugsebene sind daher Leistungsgruppen. Auf Kantonebene ermöglicht z. B. das Spitalplanungs- und Finanzierungsgesetz (SPFG) des Kantons Zürich, dass der Regierungsrat „bei schweren oder wiederholten Verletzungen“ der Leistungsaufträge oder damit verbundener Anforderungen einen Leistungsauftrag entziehen kann (§ 22 lit. d SPFG). Kontrollen und Sanktionierungen erfolgen auf Kantonebene vorrangig aufgrund von Mindestfallzahlen und werden durch den Regierungsrat beschlossen (Regierungsrat des Kantons Zürich 2017). Bei der Nichterfüllung anderer leistungsspezifischer Anforderungen ist es bisher noch zu keiner Entziehung des Leistungsauftrags gekommen. Gleichwohl habe der daran geknüpfte Dialog dazu geführt, dass Leistungserbringer ihren Leistungsauftrag eigenhändig zurückstellten (Expl 6 AnGes PlanQI 2020).

Spitalplanung im Kanton Zürich

Im Kanton Zürich werden diese bundesgesetzlichen Vorgaben über eine Systematik der SPLG zur Spitalplanung und einer auf deren Grundlage festgesetzten Spitalliste angewandt (Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Generalsekretariat 2011). Nach dem Prinzip der „rollenden Spitalplanung“ erfolgt eine grundlegende Planung mit Neuvergabe der Leistungsaufträge etwa alle zehn Jahre, um den Leistungserbringern die erforderliche Rechts- und Investitionssicherheit zu gewähren (Regierungsrat des Kantons Zürich 2019, Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Generalsekretariat 2011). In kürzeren Abständen können „konzeptionelle Änderungen“ (Regierungsrat des Kantons Zürich 2019: 1) der Spitallisten vorgenommen werden. So wurden unter anderem ergänzende Mindestfallzahlen, eine veränderte Einteilung der Leistungsgruppen und Mindestfallzahlen pro Operateurin oder Operateur eingeführt (Regierungsrat des Kantons Zürich 2019). Außerdem können technische oder formelle Änderungen jährlich vorgenommen werden, beispielsweise Anpassungen an aktuelle ICD-Änderungen oder Änderungen des Schweizerischen Operationskatalogs. Grundsätzlich wird gemäß dem SPFG die Spitalliste bei verändertem Bedarf von der Kantonsregierung (Regierungsrat) angepasst (§ 7 SPFG).

Die Leistungsaufträge werden in der Regel unbefristet erteilt, können jedoch auch befristet werden, wenn beispielsweise einzelne Anforderungen noch nicht erfüllt sind (Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Generalsekretariat 2011).

Es erfolgt eine weitreichende Kooperation und Koordination des Kantons Zürich mit anderen Kantonen: In interkantonalen Arbeitsgruppen werden Fragestellungen der Spitalplanung und Methodik bearbeitet – mit dem Ziel einer möglichst einheitlichen Anwendung des für die leistungsorientierte Planung entwickelten Modells für die Bedarfsprognose und für die Kategorisierung der Leistungsgruppen. Damit soll auch dem gesetzlichen Auftrag des KVG i. V. m. der KVV zur interkantonalen Abstimmung bei der Spitalplanung Rechnung getragen werden (Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Generalsekretariat 2011). Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren sprach bereits im Jahr 2011 eine Empfehlung

an die Gesundheitsdepartemente der Kantone für eine Anwendung der Leistungsgruppensystematik im Sinne der bundesrechtlich geforderten interkantonalen Koordination aus (GDK 2018), sodass bis heute die Systematik von fast allen Kantonen übernommen wurde (INFRAS und Zahnd 2018).

SPLG und Anwendung

Die Leistungsgruppen sind definiert durch die Zuordnung bestimmter medizinischer Leistungen anhand des Schweizerischen Operationskatalogs und des internationalen Diagnoseverzeichnisses ICD (Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion 2019/2020) und sind in fachrichtungsbezogene Leistungsbereiche unterteilt. Alle stationären Fälle werden algorithmisch genau einer Leistungsgruppe zugeordnet. Für jede Leistungsgruppe sind jeweils Anforderungen spezifiziert, die Strukturvorgaben einschließlich Mindestfallzahlen umfassen können (Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Generalsekretariat 2011).

Derzeit besteht die Systematik in der Akutsomatik aus 25 Leistungsbereichen mit insgesamt etwa 140 Leistungsgruppen, darin enthalten die Leistungsbereiche „Basispaket“ und „Basispaket elektiv“.¹⁵ Im Basispaket sind die Grundversorgungs-Leistungsgruppen aller Leistungsbereiche ausgegliedert und zusammengefasst (Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Generalsekretariat 2011). Zu den einzelnen Leistungsgruppen sind jeweils „leistungsspezifische Anforderungen“ Bestandteil der Systematik (Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik (Kanton Zürich, Regierungsrat 2020a)). Leistungsgruppenunabhängig gelten außerdem „generelle Anforderungen“ (Kanton Zürich, Regierungsrat 2019) und „weitergehende generelle Anforderungen“ (Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion 2016). Um einen Leistungsauftrag erhalten zu können, muss ein Spital alle maßgeblichen Anforderungen erfüllen. Außerdem ist eine Liste ambulant durchzuführender Eingriffe, die nur noch im Ausnahmefall stationär erbracht werden dürfen, in der Systematik enthalten (Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Generalsekretariat 2011).

Die Überprüfung der Einhaltung von Anforderungen durch die Spitäler wird in den einzelnen Kantonen unterschiedlich gehandhabt. So kann es beispielsweise jährliche Audits geben, stichprobenartige Überprüfungen oder auch nur eine Selbstauskunft des Spitals im Rahmen der Bewerbung für die Spitalliste (INFRAS und Zahnd 2018).

Eine übergeordnete gesamtschweizerische Planung findet für Leistungen der HSM statt, deren Grundsätze von den kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren in einer interkantonalen Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin (IVHSM) festgelegt werden (GDK 2008). Demnach obliegt die Planungskompetenz einem kantonsübergreifenden Gremium (HSM-Beschlussorgan), das auf der Grundlage einer medizinisch-wissenschaftlichen Beratung durch ein Gremium unabhängiger Expertinnen und Experten (HSM-Fachorgan) über die Zuteilung der Leistungsaufträge entscheidet.

¹⁵ Die Leistungsgruppen der Psychiatrie sind in Hauptdiagnosegruppen nach ICD-10 und in drei Altersgruppen gegliedert und werden in einem gesonderten Verfahren geplant, welches für diesen Exkurs nicht betrachtet wurde.

Leistungsgruppen

Die maßgebliche Bezugsebene für die Spitalplanung sind die Leistungsgruppen. In einer Leistungsgruppe sind jeweils Leistungen ähnlicher medizinischer Komplexität, die eine medizinisch sinnvolle Einheit bilden, zusammengefasst. Sie werden in Leistungsbereiche eingeordnet, welche wiederum in Hauptbereiche untergliedert sind, wobei dieser Gliederung keine Funktion innerhalb der Leistungsgruppen-Systematik zukommt. Die übergeordneten Hauptbereiche sind grob nach Organsystemen sowie Grundversorgung und Querschnittsbereichen strukturiert:

- Grundversorgung
- Nervensystem & Sinnesorgane
- Innere Organe
- Bewegungsapparat
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Übrige
- Querschnittsbereiche

Die Hauptbereiche sind unterteilt in 25 Leistungsbereiche. Diese entsprechen weitestgehend der Fachgebietsstruktur in der Medizin und umfassen eine oder mehrere Leistungsgruppen:

- Basispaket (1 Leistungsgruppe)
- Basispaket Elektiv (1 Leistungsgruppe)
- Dermatologie (4 Leistungsgruppen)
- Hals-Nasen-Ohren (10 Leistungsgruppen)
- Neurochirurgie (9 Leistungsgruppen)
- Neurologie (8 Leistungsgruppen)
- Ophthalmologie (6 Leistungsgruppen)
- Endokrinologie (1 Leistungsgruppe)
- Gastroenterologie (2 Leistungsgruppen)
- Viszeralchirurgie (7 Leistungsgruppen)
- Hämatologie (6 Leistungsgruppen)
- Gefäße (6 Leistungsgruppen)
- Herz (12 Leistungsgruppen)
- Nephrologie (1 Leistungsgruppe)
- Urologie (8 Leistungsgruppen)
- Pneumologie (5 Leistungsgruppen)
- Thoraxchirurgie (3 Leistungsgruppen)
- Transplantationen (7 Leistungsgruppe)
- Bewegungsapparat chirurgisch (16 Leistungsgruppen)
- Rheumatologie (2 Leistungsgruppen)
- Gynäkologie (4 Leistungsgruppen)
- Geburtshilfe (4 Leistungsgruppen)
- Neugeborene (5 Leistungsgruppen)
- (Radio-)Onkologie (3 Leistungsgruppen)
- Schwere Verletzungen (3 Leistungsgruppen)

Der Hauptbereich „Querschnittsbereiche“ enthält insgesamt sieben Leistungsgruppen mit Bezug zu bestimmten Patientengruppen (z. B. Kindermedizin, Akutgeriatrie, Palliative Care).

Anforderungen

Die gesetzlichen Vorgaben für die kantonale Spitalplanung beinhalten als Planungskriterien eine nicht näher konkretisierte „Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität“ durch die Kantone mit „Nachweis der notwendigen Qualität“ (Art. 58b Abs. 4 und 5 KVV). Die weitere Ausgestaltung der Anforderungen an die Qualität und Wirtschaftlichkeit obliegt somit den Kantonen. Dabei wird nach generellen Anforderungen und leistungsspezifischen Anforderungen unterschieden.

Generelle Anforderungen

Die von der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich festgelegten generellen Anforderungen an ein Listenspital beziehen sich u. a. auf eine Aufnahmepflicht für alle Patientinnen und Patienten des Kantons, die Verpflichtung zur Aus- und Weiterbildung, Wirtschaftlichkeit und Erreichbarkeit. Außerdem sind als generelle Qualitätsanforderungen ein Qualitätssicherungskonzept, die Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen, das Führen eines *critical incident reporting systems* (CIRS), ein Hygienekonzept, die Etablierung von multiprofessionellen Entlassungspfaden und die Durchführung von Reanimationsübungen obligatorisch. Um in die Spitalliste aufgenommen werden zu können, muss ein Spital zumindest konzeptuell die generellen Anforderungen erfüllen (Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Generalsekretariat 2011).

Leistungsspezifische Anforderungen

Die leistungsspezifischen Anforderungen wurden im Rahmen der Entwicklung der Leistungsgruppen von der Gesundheitsdirektion Zürich und den über 100 an der Entwicklung beteiligten Fachexpertinnen und -experten erarbeitet und konsentiert. Sie beziehen sich auf folgende Merkmale (Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Generalsekretariat 2011):

- Die Festlegung der **erforderlichen Facharztkompetenzen** erfolgt je Leistungsgruppe, an die teilweise ein bestimmtes Level geknüpft ist (z. B. Leistungsgruppe Gastroenterologie an Level 2). Die zeitliche Verfügbarkeit ist in vier Levels unterteilt:
 - Level 1: Erreichbarkeit Fachärztin bzw. Facharzt ≤ 1 Stunde oder Verlegung ≤ 1 Stunde
 - Level 2: Fachärztin bzw. Facharzt jederzeit erreichbar und Intervention ≤ 1 Stunde
 - Level 3: Fachärztin bzw. Facharzt jederzeit erreichbar und Intervention ≤ 30 Minuten
 - Level 4: Fachärztin bzw. Facharzt Geburtshilfe ≤ 10 Minuten im Spital, Fachärztin bzw. Facharzt Neonatologie oder Fachärztin bzw. Facharzt Pädiatrie mit Erfahrung in Neonatologie ≤ 15 Minuten (gemäß Standards for Levels of Neonatal Care in Switzerland)
- Das Führen einer entsprechenden **Notfallstation** ist je nach Anzahl der Notfälle je Leistungsgruppe vorgeschrieben. Es werden drei Levels von Notfallstationen unterschieden, in welchen gestufte Anforderungen an die Anwesenheit von Fachärztinnen bzw. Fachärzten tagsüber bzw. nachts (7–17 Uhr bzw. 17–7 Uhr) oder rund um die Uhr (24 Stunden) sowie an die Verfügbarkeit weiterer Fachdisziplinen im Haus oder innerhalb bestimmter Fristen festgelegt sind. Darüber hinaus sind spezielle Anforderungen an die Geburtshilfe in einem vierten Level

formuliert, wie z. B. die Anwesenheit der leitenden Fachärztin bzw. des leitenden Facharztes innerhalb von 10 Minuten oder eine Entscheidungs-Entbindungszeit von weniger als 15 Minuten.

- Für **Intensivstationen** sind drei Levels entsprechend den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin vorgesehen. Dabei meint Level 1 Überwachungsstation, Level 2 Intensivstation und Level 3 Intensivstation, die zusätzlich zu den Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin noch die Kriterien Anzahl Pflagestage p. a. ≥ 2.000 und Anzahl Beatmungsschichten p. a. ≥ 3.000 erfüllen muss. Das jeweils vorzuhaltende Level wird je Leistungsgruppe festgelegt, wobei die Vorgaben der jeweiligen Richtlinie vom Spital einzuhalten sind.
- Medizinisch eng verbundene Leistungen müssen zusammen angeboten werden (**Verfügbarkeit von verknüpften Leistungen**). Welche dieser Leistungen am selben Standort oder durch Kooperation erbracht werden können, wird leistungsgruppenspezifisch festgelegt.
- Für die Behandlung von Karzinompatientinnen und -patienten ist ein regelmäßig stattfindendes **Tumorboard** vorgeschrieben, um interdisziplinäre Einzelfallbesprechungen durchzuführen. Die Besetzung mit Radio-Onkologinnen/Radio-Onkologen, Onkologinnen/Onkologen, Internistinnen/Internisten, Radiologinnen/Radiologen, Pathologinnen/Pathologen und den jeweiligen organspezifischen Fachärztinnen/Fachärzten ist vorgegeben. Da das Tumorboard auch in Kooperation mit anderen Spitälern durchgeführt werden kann, sind dafür entsprechende Anforderungen formuliert.
- **Mindestfallzahlen** werden aufgrund rechtlicher Vorgaben (Art. 58b Abs. 5 lit. c KVV) festgelegt. Aufgrund in der Regel fehlender Evidenz für einen Schwellenwert gelten zunächst für 30 Leistungsgruppen eher niedrige Mindestfallzahlen von 10 pro Spital, um eine Gelegenheitsversorgung zu vermeiden. Lediglich für maligne Neoplasien der Lunge und für Koronarchirurgie wurde wegen empirischer Evidenz eine Mindestfallzahl von 30 bzw. 100 festgelegt. Die bestehenden Mindestfallzahlen werden von der Gesundheitsdirektion im Laufe der Jahre analysiert und gegebenenfalls angepasst. Seit dem 1. Januar 2019 gelten zusätzlich in einzelnen Leistungsgruppen Mindestfallzahlen pro Operateurin bzw. Operateur (z. B. 10 für „Radikale Prostatektomie“).
- Für einige Leistungsgruppen gelten krankheits- bzw. therapiebezogene spezifische Anforderungen (**sonstige leistungsspezifische Anforderungen**), wie beispielsweise das Vorhandensein eines Wundambulatoriums zur Versorgung von Wundpatientinnen und -patienten oder die Durchführung einer interdisziplinären Indikationskonferenz entsprechend eines spezifischen Zusammenarbeitskonzepts für alle Patientinnen und Patienten der Gefäßchirurgie und Angiologie. Es können aber auch z. B. erforderliche Zertifizierungen festgelegt sein.
- Da die Leistungen der **Querschnittsleistungsgruppen** nicht organspezifisch definiert sind, werden für diese die Anforderungen im Rahmen der Systematik gesondert formuliert. Es handelt sich dabei um die Querschnittsbereiche Basispaket, Basispaket Elektiv, Pädiatrie, Kinderchirurgie, Basiskinderchirurgie, Kompetenzzentrum für Akutgeriatrie, Kompetenzzentrum für Palliative Care und Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker. So gilt beispielsweise für das Basispaket, das für alle Spitäler mit einer Notfallstation obligatorisch und die Grundlage für alle weiteren Leistungsgruppen ist, die Anforderung einer chirurgischen und einer

internistischen Abteilung sowie eine Anästhesie, jeweils unter Leitung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes, Radiologie- und Labor-Verfügbarkeit 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr und Verfügbarkeit von Infektiologie und Psychiatrie oder Psychosomatik konsiliarisch oder in Kooperation.

Beispielhaft für die leistungsspezifischen Anforderungen, die im Anhang zur Zürcher Spitalliste zur Verfügung stehen, werden hier die leistungsspezifischen Anforderungen ausgewählter Leistungsgruppen aus den Bereichen Gastroenterologie, Viszeralchirurgie und Urologie dargestellt (Tabelle 1).

Tabelle 1: Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012; Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen (Version 2020.1; gültig ab 1. Januar 2020; Auszug; modifizierte Darstellung)

Leistungsgruppe	Basispaket	FMH-Fachärztin/ FMH-Facharzt ¹	Verfügbarkeit Fachärztin/ Facharzt	Notfallstation	Intensivstation	Verknüpfung	Tumorboard	Mindestfallzahl und sonstige Anforderungen
Gastroenterologie	ja	(Gastroenterologie)	Level 2	Level 2	Level 1	Kooperation: Viszeralchirurgie	ja	
Spezialisierte Gastroenterologie	ja	Gastroenterologie	Level 2	Level 2	Level 2		ja	
Viszeralchirurgie	ja	(Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie)	Level 2	Level 2	Level 1	„inhouse“: Gastroenterologie	ja	
Oesophaguschirurgie (IVHSM)								Es gelten die aktuellen IVHSM-Anforderungen
Bariatrische Chirurgie	ja	Chirurgie mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie	Level 2	Level 2	Level 1	Kooperation: Endokrinologie		„Swiss Study Group for Morbid Obesity“-Zertifizierung
Radikale Prostatektomie	ja	(Urologie mit Schwerpunkt operative Urologie)	Level 2		Level 1		ja	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mindestfallzahl pro Operateurin/Operateur: 10 ▪ Mindestfallzahl pro Spital: 10 ▪ Indikations- und Qualitätscontrolling durch Fachgesellschaft, Erfassung der Operateurinnen und Operateure

¹ Bei Foederatio-Medicorum-Helveticum-Titel (FMH-Titel) ohne Klammern müssen die entsprechenden Fachärztinnen und -ärzte am Spital angestellt sein oder ihre Praxis in diesem haben, bei FMH-Titel mit Klammern können dies auch Beleg- oder Konsiliarärzte mit vertraglicher Bindung an das Spital sein.

Fazit

Die Spitalplanung erfolgt in der Schweiz grundsätzlich in der Verantwortung der Kantone, jedoch ist schweizweit eine Leistungsplanung gesetzlich vorgegeben. Die zu diesem Zweck vom Kanton Zürich entwickelte Leistungsgruppen-Systematik gliedert das gesamte stationäre Leistungsgeschehen in medizinisch sinnvolle Gruppen ähnlicher Komplexität, die Leistungsgruppen. Auf Grundlage der Leistungsgruppen erfolgt sowohl die Bedarfsermittlung als auch die Zuteilung von Leistungsaufträgen an die einzelnen Leistungserbringer. Zugleich sind in der Systematik leistungsgruppenspezifische Vorgaben zur Strukturqualität und prozessnaher Strukturqualität sowie spital- oder operateurbezogene Mindestfallzahlen für bestimmte Leistungen integriert. Werden diese Anforderungen nicht erfüllt, kann ein Spital für die betreffende Leistungsgruppe keinen Leistungsauftrag erhalten. Die Systematik wird in fast allen Kantonen für die Spitalplanung angewandt und auch in interkantonalen Kooperation weiterentwickelt, sodass hinsichtlich der Strukturqualität eine vergleichbare Situation erreicht werden soll. Bestimmte Leistungsgruppen der Systematik werden der HSM zugerechnet. Diese werden interkantonal geplant und die Leistungsaufträge zentral von einem interkantonalen Gremium, welches auch die Anforderungen und die Evaluationskriterien festlegt, vergeben.

Die Leistungsgruppen-Systematik erfährt auch eine kontinuierliche Weiterentwicklung. So wird ein fachspezifisches „Qualitätscontrolling“ (verpflichtende Erfassung aller Patientinnen und Patienten in Registern und die Übermittlung und Auswertung von Daten zu Indikations- und Ergebnisqualität) als leistungsspezifische Anforderung für einzelne Bereiche eingeführt (beispielsweise für Prostatakarzinom, gynäkologische Tumore und Brustkrebs, Hüft- und Knieprothesen) (Regierungsrat des Kantons Zürich 2017).

Eine im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit erstellte Evaluation der KVG-Revision kommt zu dem Ergebnis, dass es durch die Qualitätsanforderungen der leistungsorientierten Spitalplanung zu einer Verbesserung der Strukturqualität in den Spitälern gekommen ist, wobei bei Ausschöpfung ihrer Sanktionsmöglichkeiten die Kantone eine noch bessere Wirkung erzielen könnten (INFRAS und Zahnd 2018).

Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Österreich

Einen weiteren Ansatz qualitätsorientierter Krankenhausplanung bietet Österreich im Rahmen des ÖSG. Hier sind sowohl „Versorgungsbereiche“ einzelne Patientengruppen betreffend als auch „Leistungsbündel“ von homogenen komplexen medizinischen Leistungen definiert und mit Qualitätsanforderungen versehen.

Rechtlicher Rahmen der qualitätsorientierten Krankenhausplanung in Österreich

Der ÖSG, der seit dem Jahr 2017 in Kraft getreten ist, stellt die verbindliche Planungsgrundlage für die österreichische Gesundheitsversorgung laut dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) dar (§ 9 G-ZG, Fülöp 2017). Der ÖSG wird von der GÖG im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur und in Kooperation mit themenspezifisch eingerichteten Expertengruppen erstellt, in den Arbeitsgremien der Bundesgesundheitsagentur beraten und schließlich von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen (Gesundheit. GV. AT 2020, GÖG 2017, Fülöp 2017). Die

Bundes-Zielsteuerungskommission besteht aus vier Vertreterinnen bzw. Vertretern des Bundes, neun Vertreterinnen bzw. Vertretern der Bundesländer und vier Vertreterinnen bzw. Vertretern der Sozialversicherung. Auf Landesebene existieren analog dazu neun Landes-Zielsteuerungskommissionen (Fülöp 2017, Gesundheit. GV. AT 2020).

Der ÖSG ist der Rahmenplan für die insgesamt 32 Versorgungsregionen in ganz Österreich, an dem sich die Bundesländer bei der Detailplanung auf regionaler Ebene in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) orientieren sollen (BMSGPK 2020a). Diese RSG treffen u. a. konkrete Aussagen über Standorte und Kapazitäten von Gesundheitseinrichtungen und werden von den Landes-Zielsteuerungskommissionen beschlossen (BMSGPK 2020b). Rechtlicher Rahmen für ÖSG und RSG sind das G-ZG sowie insbesondere der in § 35 G-ZG eingeforderte Zielsteuerungsvertrag zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung, der für jeweils vier Jahre zu schließen ist (GÖG 2017: 17). Der aktuelle Zielsteuerungsvertrag für die Zielsteuerungsperiode 2017–2021 bildet die Fortschreibung umfassender Reformbemühungen des österreichischen Gesundheitssystems, die 2011 mit der Initiierung der „10 Gesundheitsziele“ durch Bundesgesundheitskommission und Ministerrat ihren Anfang nahmen. Bis 2032 sollen diese Gesundheitsziele den Handlungsrahmen für eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik bieten (BMGF 2017, BMSGPK 2020b). Im aktuellen Zielsteuerungsvertrag bekennen sich Bund, Länder und Sozialversicherung in Art. 10.7 Abs. 1 dazu, Inhalte des ÖSG und RSG in Abstimmung mit den strategischen und operativen Zielen des Zielsteuerungsvertrages umzusetzen, zu monitoren und weiterzuentwickeln (BMSGPK 2020b, BMSGPK 2019). Die Aufforderung, dass Qualitätskriterien in der Gesundheitsstrukturplanung zu berücksichtigen sind, ist in § 18 Abs. 4 G-ZG normiert. Dort heißt es: „[...] Die Versorgungsqualität ist durch das Verschränken der Gesundheitsstrukturplanung mit einzuhaltenden Qualitätskriterien sicherzustellen“.

Im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) sind die bundesrechtlichen Regelungen der Krankenhausplanung festgelegt, die auf landesrechtlicher Ebene konkretisiert werden. Die Errichtung einer Krankenanstalt darf nur bei entsprechendem Bedarf erfolgen. Der Betrieb einer Krankenanstalt kann nach § 3 Abs. 4 lit. c KAKuG bewilligt werden, wenn die vorgesehenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind. Die Rücknahme einer Bewilligung zum Betrieb einer Krankenanstalt ist nur landesrechtlich geregelt. Beispielsweise kann nach dem Salzburger Krankenanstaltengesetz (SKAG) eine Betriebsbewilligung zurückgenommen werden, sofern „eine Voraussetzung für die Erteilung der Betriebsbewilligung weggefallen ist“ oder „nachträglich festgelegte Strukturqualitätskriterien nicht erfüllt werden“ (§ 13 Abs. 2 lit. a und b) oder „eine angemessene Frist zur Behebung des Mangels“ eingeräumt werden (§ 13 Abs. 3).

Integrativer Ansatz der Versorgungsplanung in Österreich

Österreich verfolgt über ÖSG und RSG das Ziel einer integrativen Versorgungsplanung. Konkret bedeutet dieser integrative Ansatz, dass in ÖSG und RSG eine möglichst koordinierte Planung des (1) ambulanten Bereichs, des (2) akutstationären Bereichs und des tagesklinischen Bereichs sowie des (3) ambulanten und stationären Rehabilitationsbereichs erfolgen soll. Auch Schnittstellen zu darüberhinausgehenden Anbietern von Gesundheitsleistungen sind dabei im Sinne einer koordinierten Zusammenarbeit laut ÖSG als Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

Dazu zählen Versorgungsleistungen in sogenannten Wahleinrichtungen¹⁶ und dem Sozialbereich (z. B. psychosozialer Bereich, Pflegebereich) sowie das Rettungs- und Transportwesen. Des Weiteren werden Aufgaben und Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention, des öffentlichen Gesundheitsdienstes sowie sämtliche sektorenübergreifende Aufgaben und Anforderungen, die eine möglichst rasche und lückenlose Betreuung- und Behandlungskette gewährleisten können, ausdrücklich genannt (GÖG 2017: 15).

Als Grundsätze der österreichischen Gesundheitsversorgungsstrukturplanung hält der ÖSG u. a. explizit fest, dass die integrative Versorgungsplanung patientenorientiert zu erfolgen hat sowie die Versorgungsqualität durch das Verschränken der Gesundheitsstrukturplanung mit einzuhaltenden Qualitätskriterien sicherzustellen ist (GÖG 2017: 16). Die Qualitätskriterien (siehe Abschnitt „Qualitätskriterien für die akutstationäre Versorgung im ÖSG“) des ÖSG können sich prinzipiell auf alle von der integrativen Versorgungsplanung zu umfassenden Bereiche (ambulante Versorgung, akutstationäre Versorgung, Rehabilitation) beziehen (GÖG 2017: 22).

Qualitätskriterien für die akutstationäre Versorgung im ÖSG

Die Qualitätskriterien für die akutstationäre Versorgung im ÖSG können in drei Gruppen eingeteilt werden. Neben den allgemeinen Qualitätskriterien unterscheidet der ÖSG in spezifische leistungsbezogene Kriterien in der stationären Leistungsmatrix und spezifische Qualitätskriterien innerhalb ausgewählter Versorgungsbereiche.

Allgemeine Qualitätskriterien

Allgemeine Qualitätskriterien gelten grundsätzlich für alle Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante Versorgung, stationäre Versorgung) und Fachbereiche (GÖG 2017: 71). Sie beziehen sich auf die Messdimension der Strukturqualität und beinhalten weitgefaste Vorgaben zu Personalvorhaltung und Ausstattung der Krankenanstalten (GÖG 2017: 96).

Spezifische leistungsbezogene Qualitätskriterien in der stationären Leistungsmatrix

In der Leistungsmatrix für den stationären Bereich (LM-stat) ist standortspezifisch festgelegt, welches Leistungsspektrum in der jeweiligen Akut-Krankenanstalt entsprechend der „eingerichteten Fachstruktur“ (GÖG 2017: 97) erbracht werden darf (vgl. Versorgungsstufe nach § 2a KAKuG) (GÖG 2017: 97). Darin ist außerdem festgelegt, welche Einzelleistungen¹⁷ am jeweiligen Standort erbracht und abgerechnet werden sowie welche Qualitätskriterien zur Erbringung dieser Einzelleistungen erfüllt werden müssen. Die LM-stat wird jedes Kalenderjahr aktualisiert und als Excel-Dokument auf der Website des österreichischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Frauen veröffentlicht (BMSGPK 2020a). Die LM-stat dient sowohl als Instrument zur strukturbezogenen Qualitätssicherung als auch als Planungsinstrument zur Leistungssteuerung von Akut-Krankenanstalten (GÖG 2017: 97).

¹⁶ Eine Wahleinrichtung ist eine behördlich bewilligte Einrichtung, die mit der Österreichischen Gesundheitskasse keinen Vertrag über die Sachleistungsverrechnung abgeschlossen hat, aber sozialversicherungsrechtlich erstattungsfähige Leistungen erbringt (GÖG 2017: 15, § 1 Abs. 1 Krankenordnung der Österreichischen Gesundheitskasse).

¹⁷ In Österreich wird als Kodiersystem ein Katalog mit medizinischen Einzelleistungen verwendet, das – mit Einschränkungen – analog zu den in Deutschland bekannten OPS zu verstehen ist.

In der LM-stat werden medizinische Einzelleistungen zunächst binär danach differenziert, ob sie als **Basisversorgungsleistung** gelten oder nicht. Dies sind solche Leistungen, die keine besonderen Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur und an das Komplikationsmanagement am Krankenanstalten-Standort stellen. Jenen Einzelleistungen, die nicht der Basisversorgung zugeordnet sind, werden in der LM-stat erforderliche **Mindestversorgungsstrukturen** zugeordnet. Diese beziehen sich unter anderem auf erforderliche **Organisationsformen** der betretenden Einheit; so kann z. B. gefordert werden, dass zur Erbringung der medizinischen Einzelleistung eine der ihr zugeordnete Fachabteilung vorgehalten werden muss. Neben den Mindestversorgungsanforderungen zur Erbringung von medizinischen Einzelleistungen bestehen auch **Mindestfallzahlen**, die sich jedoch auf Bündel komplexer oder risikoreicher medizinischer (Einzel-)Leistungen beziehen. Die Einhaltung der Mindestfallzahlen ist jährlich auf Basis des Mittelwerts der drei vorangegangenen Jahre zu beurteilen (GÖG 2017: 100).

Spezifische Qualitätskriterien innerhalb ausgewählter Versorgungsbereiche

Im ÖSG 2017 sind ausgewählte **Versorgungsbereiche** definiert (GÖG 2017: 73), die jeweils einen spezialisierten Teil eines¹⁸ oder mehrerer Fachbereiche (nach Ärzte-Ausbildungsordnung) zur Versorgung bestimmter Patientengruppen professionsübergreifend abbilden (GÖG 2017). Die Versorgungsbereiche umschreiben die Versorgung von Patientinnen und Patienten

- mit bestimmten Erkrankungen (z. B. Krebserkrankungen) oder
- in bestimmten Altersgruppen (z. B. Erwachsene, Kinder und Jugendliche) oder
- in einem bestimmten Behandlungsstadium (z. B. intensivmedizinische Versorgung) oder
- mit multidimensionalem Versorgungsbedarf (z. B. Akutgeriatrie/Remobilisation).

Die arbeitsteiligen Versorgungsbestandteile innerhalb eines Versorgungsbereichs werden in Form von Versorgungsmodellen festgelegt und an spezifische Qualitätskriterien geknüpft. Abgestufte Versorgungsmodelle sind dabei je nach Versorgungsstufe des Standorts (Basisversorgung, breites Leistungsspektrum, hochspezialisiertes Leistungszentrum) unterschiedlich tiefgehend ausgestaltet. Daneben bestehen modulare Versorgungsmodelle, die je nach Patientengruppe (z. B. Erwachsene, Kinder und Jugendliche), Behandlungsform (z. B. Dialyse im Versorgungsbereich Nierenerkrankungen) oder für bestimmte Behandlungsphasen (z. B. intensivmedizinische Versorgung) unterschiedlich ausgestaltet werden (GÖG 2017: 101).

Die spezifischen Qualitätskriterien der Versorgungsbereiche fokussieren vornehmlich auf Strukturkriterien, die sich auf die Verfügbarkeit und Qualifikation des Personals sowie auf die geforderte Ausstattung beziehen. Zusätzlich werden ergänzende Qualitätsanforderungen formuliert, die jedoch nicht mit Referenzbereichen unterlegt werden (GÖG 2017: 102-149):

- Die Versorgung muss in inter- bzw. multiprofessioneller Zusammenarbeit (unter Nennung entsprechender Gesundheitsprofessionen) erfolgen.
- Bestimmte Abläufe in Bezug auf Kommunikation und Koordination mit weiterbehandelnden Einrichtungen sind einzuhalten.
- Bundeslandweite Netzwerke oder Bereitschaften sind einzurichten.

¹⁸ Nur in Ausnahmen identisch mit einem gesamten Fachbereich (nach Ärzte-Ausbildungsordnung).

Analog zu den hier beschriebenen Versorgungsbereichen werden im ÖSG 2017 außerdem zusätzliche „spezielle Versorgungsbereiche“ definiert, die ebenfalls mit Qualitätskriterien versehen sind aber explizit auf Versorgungsleistungen fokussieren, die an der Schnittstelle zwischen Akutkrankenhäusern und weiterversorgenden („extramuralen“) Einrichtungen des Gesundheit- und Sozialsystems ablaufen. Darunter fallen spezielle Versorgungsbereiche wie die Palliativ- und Hospizversorgung, die psychosomatische Versorgung oder die Akutgeriatrie (GÖG 2017: 150-156).

3.1.4 Leistung

Die Versicherten des GKV-Systems erhalten von den Krankenkassen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) Sach- und Dienstleistungen, wobei gemäß § 11 SGB V Leistungsarten unterschieden werden (z. B. nach Abs. 1 Nr. 3 zur Früherkennung von Krankheiten). Richtlinien des G-BA zur externen Qualitätssicherung (§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V) beziehen sich bis dato insbesondere auf diagnostische und therapeutische Prozeduren zur Behandlung einer Krankheit sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 11 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 4 SGB V). Sie fokussieren dabei unterschiedliche Aggregationsebenen von Prozeduren:

- Einzelprozeduren (z. B. „Verfahren 3 – Cholezystektomie“), basierend auf dem TRACER-Diagnosen-Konzept zur Unterstützung des internen Qualitätsmanagements
- Gruppe vergleichbarer Prozeduren (z. B. „Verfahren 6 – Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen“)
- morbiditätsorientierte Prozedurenkomplexe (z. B. „Verfahren 4 – Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“)

Entgegen der Annahme, dass es sich bei Leistung im Sinne einer Prozedur um die „typische‘ Aggregationsebene für spezifische Indikatorensets“ handelt, muss konstatiert werden, dass – so auch Döbler und Arens (2020) – die hier beschriebene Abstufung „nicht eindeutig definiert und nicht zwingend trennscharf“ (Döbler und Arens 2020: 42) ist. Sofern sich nicht auf einen endständigen OPS-Kode als Leistung bezogen werden soll, ist im konkreten Einzelfall die Leistung, auf die Bezug genommen wird, als solche zu definieren, entweder durch eine bestimmte Art der medizinischen Versorgung oder morbiditätsbezogen. Grundsätzlich ist der Leistungsbezug leichter und trennschärfer in operativen Fachgebieten oder Diagnosebereichen mit hohen interventionellen Therapieanteilen herzustellen als in nicht operativen Fachgebieten und bei chronischen Krankheiten mit u. U. interdisziplinärer Versorgung. Durch OPS-Kodes und Diagnosen ist die Leistung ausreichend konkretisierbar, sodass versorgungsbezogene vergleichende Qualitätsaussagen getroffen werden können. Dabei können Struktur-, Prozess- oder Ergebnisindikatoren eingesetzt werden.

Effekte

Die konkrete Definition von Leistungen vorausgesetzt, ermöglicht die Bezugsebene **Transparenz** über die Qualität einzelner Leistungen und damit die gezielte feingliedrige Steuerung, z. B. durch Herausnahme einzelner Leistungen eines Krankenhausstandorts aus dem **Krankenhausplan**. **Patientinnen und Patienten** haben den Vorteil, dass standortunabhängig dieselben einheitlichen

Qualitätsanforderungen für die jeweilige Leistung gelten. Darüber hinaus können **Patientinnen und Patienten** die leistungsspezifischen Qualitätsinformationen individueller für eine qualitätsorientierte Entscheidung bei der Krankenhauswahl nutzen.

Aufwand

Der Aufwand sowohl für die Entwicklung als auch im Regelbetrieb kann angesichts der Vielzahl von Leistungen und Diagnosen im stationären Sektor, für welche dann jeweils ein eigenständiges Verfahren zu entwickeln und im Regelbetrieb umzusetzen wäre, nicht konkret abgeschätzt werden, erscheint aber bei einer veranschlagten Entwicklungszeit von 39 Monaten pro QS-Verfahren (vgl. Abschnitt 5.1) unrealistisch hoch.

Nutzen

Der größte Vorteil der Bezugsebene „Leistung“ ist aus Sicht der Qualitätssicherung die Möglichkeit, Qualitätsaussagen zu einer konkreten Leistung treffen zu können, die bei konkreter Definition auch vergleichbar sind. Dies würde eine feingliedrige, punktgenaue Steuerung durch die Krankenhausplanung ermöglichen. Die Bezugsebene ist jedoch nicht kongruent zu der aktuellen Krankenhausplanung bzw. wird so nicht umgesetzt, wenngleich die Herausnahme einzelner Leistungen in einzelnen Bundesländern theoretisch vorgesehen ist (vgl. HMSI 2020).

Die Ansicht, dass der Nutzen der Bezugsebene „Leistung“ aufgrund fehlender Kongruenz zur Krankenhausplanungspraxis eher fraglich ist, wird auch in einigen der Experteninterviews (auch: Expl 2 Recht PlanQI 2020) geteilt:

Na ja, die Einzelleistung – ich denke, die ist nicht so sehr planerisch interessant. Das kann man alles machen, das war ja auch eine lange Diskussion. [...] Theoretisch ist das möglich, aber Einzelleistungsebenen sind ja auch in der klassischen Qualitätssicherung eher angesiedelt. (Expl 13 KHP PlanQI 2020)

In einem Expertenworkshop wurde die Bezugsebene jedoch auch als möglicher Ansatz bezeichnet. Diese sei zwar mit enormem Aufwand verbunden, eine langsame Annäherung Schritt für Schritt sei jedoch denkbar. Auch in einzelnen Experteninterviews wird einen Nutzen durch die Bezugsebene, jeweils für konkrete Leistungen, gesehen:

Also ich glaube, das ist dann sinnvoll, das DRG-orientiert zu machen. Oder OPS-orientiert zu machen. Das kann man dann – weil die Standorte so unterschiedlich aufgestellt sind, dass man hier das Ganze an der einzelnen Leistung orientieren muss, zum Beispiel primäre Knieendoprothese oder Schenkelhalsfraktur. (Expl 8 Klin PlanQI 2020)

Also man kann sowohl auf der Ebene der Leistungen selber planen – und sollte auch –, das heißt, das sehen wir zum Beispiel im Bereich der Mindestmengen, dass es einzelne Eingriffsarten, die eben für die Planung eben genutzt werden. Das heißt, ich wüsste eigentlich nicht, warum das nicht so sein sollte. (Expl 4 WiFo PlanQI 2020)

In den Aussagen der Expertinnen und Experten spiegelt sich die schwierige Abgrenzung der Leistung zur Leistungsgruppe, wobei sie einzelne, konkrete Leistungen benennen, für die aus ihrer Sicht PlanQI sinnvoll sein könnten. Die genannten Leistungen könnten inhaltlich jedoch eher mit der Bezugsebene „Leistungsgruppe“ oder aufgrund der Zuordnung zu einer Leistungsart adressiert werden (siehe Abschnitt 3.2).

Abdeckung/Umsetzbarkeit

Für eine theoretisch denkbare 100%ige Abdeckung des kompletten Versorgungsgeschehens würde jedoch aufgrund der Granularität der einzelnen Leistungen ein Aufwand in offensichtlich nicht realisierbarer Dimension entstehen, sodass eine Umsetzung bei rationaler Beurteilung nicht möglich ist.

3.2 Geeignete Arten von Leistungen bzw. Themen

Für Teil A Nr. 1b der Beauftragung soll geprüft werden, „welche Arten von Leistungen/Leistungsbereichen oder Fachabteilungen [...] sich grundsätzlich“ (G-BA 2020b: 1) dazu eignen, mit PlanQI qualitätsgesichert zu werden. Dabei soll auch ein Vergleich mit anderen QS-Maßnahmen vorgenommen werden. Dabei sollen sich die Maßnahmen des Qualitätsmanagements bzw. der externen Qualitätssicherung gegenseitig ergänzen, nicht konterkarieren.

Basierend auf den Ausführungen im „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2018a) wird Literatur zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung (siehe Abschnitt 2.1) in der Schweiz, in Österreich (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz“ und „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Österreich“) und NRW gesichtet. Zusätzlich werden Ergebnisse aus den Experteninterviews (siehe Abschnitt 2.2) und dem Expertenworkshop (siehe Abschnitt 2.3) aufgegriffen.

Auf spezielle einzelne Leistungen, Leistungsbereiche, Fachabteilungen oder Themen wird bei der Prüfung nicht eingegangen, vielmehr geht es bei der Bearbeitung des Auftrags um prinzipielle Aspekte („Arten von...“). Mit dem Prüfauftrag wird daher eine Differenzierung von verschiedenen „Arten“ von Leistungen, Leistungsgruppen, Fachgebieten – oder kurz Themen aus der stationären Versorgung – vorgenommen. Dabei werden verschiedene Arten von Leistungen und andere „Arten von Themen“ in Gegensatzpaaren gegenübergestellt und erörtert sowie Beispiele benannt. Bei der Bearbeitung wird auftragsgemäß auf die unterschiedlichen Zwecke der Krankenhausplanung eingegangen.

Für den Vergleich mit anderen QS-Maßnahmen werden die im Auftrag explizit benannten Strukturqualitäts-Richtlinien sowie darüber hinaus weitere Maßnahmen der stationären Qualitätssicherung aus Richtlinien und Beschlüssen des G-BA recherchiert und analysiert. Dies sind die QS-Richtlinien auf Grundlage der §§ 136 bis 136c SGB V, die themenspezifische Qualitätsanforderungen definieren, die von den Leistungserbringern in der stationären Versorgung zu erfüllen

sind. Die Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL)¹⁹ gemäß § 137 SGB V ist im Sinne einer „Meta-Richtlinie“ als Rahmen für die QS-Richtlinien zu sehen. In ihr sind die möglichen Folgen bei Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen aus Beschlüssen und Richtlinien des G-BA festgelegt. Dabei handelt es sich zum einen um Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung, zum anderen um Durchsetzungsmaßnahmen von Vergütungsabschlägen bis hin zum Wegfall des Vergütungsanspruchs. Die jeweils anzuwendenden Maßnahmen werden themenspezifisch in den einzelnen Richtlinien und Beschlüssen konkretisiert, die damit Handlungsanschlüsse bieten, die mit PlanQI vergleichbar sind. So gilt für Richtlinien zur Strukturqualität gemäß § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V bei Nichterfüllung der dort festgehaltenen Mindestanforderungen grundsätzlich der Wegfall des Vergütungsanspruchs (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 QFD-RL). Die QFD-RL wird nicht im Sinne einer eigenständigen QS-Maßnahme, sondern vielmehr implizit einbezogen. Die Qb-R entfalten ebenfalls nur im Zusammenhang mit anderen Regelungen und Richtlinien ihre Wirkung, indem sie den Rahmen für die Veröffentlichung u. a. der QS-Ergebnisse bieten.

Nicht in den Bericht einbezogen werden Maßnahmen der Qualitätssicherung, die zwar dem Regelkreis der §§ 136 bis 136c SGB V angehören, bei denen es sich jedoch nicht um externe QS-Maßnahmen handelt, wie die Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL)²⁰, Bestimmung von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme (üFMS-B)²¹, Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R)²², die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)²³ oder Zentrums-Regelungen, und für die sich keine Vergleichsebenen mit PlanQI ergeben. Für die Qualitätszu- und -abschläge gemäß § 136b SGB V ist keine Richtlinie existent, zudem wird das Verfahren voraussichtlich mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) aufgrund von Umsetzungshindernissen abgeschafft. Die Richtlinie zum

¹⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 SGB V. In der Fassung vom 18. April 2019, in Kraft getreten am 25. September 2019. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/109/> (abgerufen am 14.01.2021).

²⁰ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 17. Dezember 2015, zuletzt geändert am 17. September 2020, in Kraft getreten am 9. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/87/> (abgerufen am 14.01.2021).

²¹ Bestimmung des Gemeinsamen Bundesausschusses von Anforderungen an einrichtungsübergreifende Fehlermeldesysteme. In der Fassung vom 17. März 2016, in Kraft getreten am 5. Juli 2016. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/85/> (abgerufen am 14.01.2021).

²² Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus. In der Fassung vom 18. Oktober 2012, zuletzt geändert am 16. Juli 2020, in Kraft getreten am 1. April 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/44/> (abgerufen am 14.01.2021).

²³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal gemäß § 136a Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). In der Fassung vom 19. September 2019, zuletzt geändert am 15. Oktober 2020, in Kraft getreten am 01. Januar 2021. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/113/> (abgerufen am 14.01.2021).

Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL)²⁴, ebenfalls Bestandteil der Richtlinien über die Qualitätssicherung gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V, konkretisiert den Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung für Versicherte bei bestimmten planbaren Eingriffen zur Sicherung der Qualität der Indikationsstellung. Da die Einholung einer Zweitmeinung bei den betreffenden Leistungen für die Versicherten jedoch fakultativ ist und dies in der stationären Versorgung eher geringe Bedeutung hat, wird die Richtlinie nicht für einen Vergleich herangezogen. Qualitätsverträge gemäß § 110a SGB V mit ihrem aktuell schmalen Ausschnitt aus der Versorgung und mit ihrem optionalen Charakter (nur bei Vertragsabschluss) werden ebenfalls nicht für einen Vergleich mit PlanQI betrachtet. Ebenfalls nicht dargestellt werden QS-Maßnahmen, die in Form von Verordnungen oder durch Vereinbarung der Vertragspartner Gültigkeit erlangen, wie beispielsweise Pflegepersonaluntergrenzen oder die in den „Komplexbehandlungen“ im Rahmen der OPS-Ziffern festgelegten Strukturanforderungen.

Für die einzelnen Arten von Leistungen wird dann geprüft, ob eine der recherchierten QS-Maßnahmen im Vergleich zu PlanQI geeignet sein könnte, die jeweils angestrebten Ziele zu erreichen. Im Ergebnis der Prüfung werden die folgenden Regelungen für einen Vergleich mit PlanQI einbezogen, da sie im engeren Sinne der Qualitätssicherung einzelne Arten von Leistung bzw. Themen adressieren:

- Richtlinien zur Strukturqualität gemäß § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V
- DeQS-RL gemäß § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V
- Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen im Krankenhaus gemäß § 136c Abs. 4 SGB V
- Sicherstellungszuschläge-Regelungen gemäß § 136c Abs. 3 SGB V
- Mm-R gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Um zu prüfen, welche QS-Maßnahme sich im Vergleich besser eignet, werden die verschiedenen Handlungsanschlüsse dargestellt und mit der Wirkweise der verschiedenen Planungszwecke verglichen (Tabelle 2). Alleine die Existenz einer alternativen QS-Maßnahme kann kein Grund sein, keine Qualitätsinformationen für die Krankenhausplanung bereitzustellen. Die dargestellten Steuerungsinstrumente der gesetzlichen Qualitätssicherung stehen hinsichtlich der möglichen Folgen in einem hierarchischen Verhältnis zueinander. Zusätzlich sind die Handlungsanschlüsse Qualitätsförderung (Begehung, Zielvereinbarung etc. nach DeQS-RL) und Veröffentlichung (Qb-R, Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)²⁵) zu nennen, die weder den positiven noch den negativen Handlungsanschlüssen zugeordnet werden können.

²⁴ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). In der Fassung vom 21. September 2017, zuletzt geändert am 22. November 2019, in Kraft getreten am 20. Februar 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/107/> (abgerufen am 14.01.2021).

²⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V. In der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 1. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/41/> (abgerufen am 14.01.2021).

Tabelle 2: Handlungsanschlüsse der gesetzlichen Qualitätssicherung aus Sicht der Leistungserbringer

Negative Handlungsanschlüsse	Positive Handlungsanschlüsse/Anreize
Vergütungsabschläge (§ 5 Abs. 1 Nr. 1 QFD-RL)	Aufnahme in den Krankenhausplan
Wegfall des Vergütungsanspruchs (§ 5 Abs. 1 Nr. 2 QFD-RL) bzw. Leistungserbringungsverbot (§ 4 Abs. 4 Mm-R)	Zuschläge
Information Dritter über die Verstöße (§ 5 Abs. 1 Nr. 3 QFD-RL), z. B. die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden (§ 5 Abs. 1 Nr. 3 lit. a QFD-RL)	exklusive Verträge mit Vergütungsanreiz
Einrichtungsbezogene Veröffentlichung von Informationen zur Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen (§ 5 Abs. 1 Nr. 4 QFD-RL)	Kapazitätsausweitung
Herausnahme aus dem Krankenhausplan	

Im „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ sind die Voraussetzungen für die Eignung von Versorgungsbereichen für die Qualitätssicherung durch PlanQI identifiziert worden (IQTIG 2018a):

- Versorgungsbereiche mit **epidemiologischer Relevanz** sind solche, die mit hoher Morbidität (Krankheitslast), Mortalität (Sterberate innerhalb eines Zeitraums) oder Letalität (Fallsterblichkeit) einhergehen und daher gesellschaftliche Bedeutung haben.
- Versorgungsbereiche mit **besonderem Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung** wurden aus bundesweiten Projekten bzw. Programmen, wie den nationalen Gesundheitszielen, dem nationalen Krebsplan oder auch bereits existierenden, bundesweit verbindlichen (unter-)gesetzlichen Normen hergeleitet. Auch die Fachgebiets- und Schwerpunktplanung einiger Bundesländer mit eigenen Qualitätsanforderungen wurde als Anhaltspunkt für besonderen Steuerungsbedarf interpretiert und es wurde in Bezug auf Allokationsentscheidungen der Länder für Investitionsmittel ein besonderer Steuerungsbedarf detektiert. Des Weiteren wurde ein besonderer Steuerungsbedarf in Bereichen mit finanziellen Fehlanreizen zur Angebots- oder Kapazitätsausweitungen angenommen, ebenso für hochkomplexe Krankenhausleistungen mit hohem Risikopotenzial und hohem Letalitätsrisiko. Schließlich wurde die Sicherstellung der Versorgung von besonders vulnerablen Patientengruppen unter das Kriterium des besonderen Steuerungsbedarfs gefasst.
- Für das Kriterium der **quantitativen Bedeutung** in der stationären Versorgung wurden Krankenhausfallzahlen und die Anzahl an Fachabteilungen zwischen verschiedenen Diagnosen verglichen: Bei häufigen Diagnosen und Fachabteilungen wurde von einer größeren Bedeutung ausgegangen.

Es zeigten sich in Bezug auf die diagnose- und prozedurspezifischen Versorgungsbereiche mit quantitativer Bedeutung wesentliche Überschneidungen mit den Versorgungsbereichen von epidemiologischer Relevanz. Demnach ergab sich bei der exemplarischen Anwendung beider Kriterien, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen quantitativ und epidemiologisch einen hohen Stellenwert einnehmen (IQTIG 2018a). Bei den Fachabteilungen waren die meisten der Inneren Medizin und der Chirurgie zugehörig, gefolgt von Frauenheilkunde und Geburtshilfe (IQTIG 2018a). Dabei zeigte sich ebenfalls eine erhebliche Kongruenz zu den Versorgungsbereichen mit der größten epidemiologischen Relevanz.

In Bezug auf verschiedene Arten von Leistungen bzw. Themen wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass PlanQI nur in Bereichen sinnvoll sind, in denen die stationäre Versorgung einen großen Anteil an der Versorgung insgesamt hat. Bei Bereichen mit einem hohen Anteil an ambulanter Versorgung ist die Zuschreibbarkeit aufgrund zahlreicher Schnittstellen dagegen in Bezug auf die Ergebnisqualität jedenfalls begrenzt.

In den folgenden Abschnitten werden verschiedene Arten von Leistungen, Fachbereichen bzw. Themen hinsichtlich ihrer Eignung für PlanQI auch im Vergleich zu anderen QS-Maßnahmen diskutiert:

- Notfallversorgung versus elektive Versorgung
- Grund-/Regelversorgung versus Schwerpunktversorgung
- Komplexe Leistungen versus einfache Leistungen
- Fachspezifische Leistungen versus Querschnittsleistungen
- Operative Leistungen versus konservative (nicht operative) Leistungen

Als Leistungen mit besonderem Steuerungsbedarf wurden im Bericht „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2018a) außerdem noch folgende Arten als für PlanQI geeignet identifiziert, zu denen jedoch keine sinnvollen Gegensatzpaare gebildet werden konnten:

- finanziell attraktive Leistungen
- Versorgungsbereiche mit erheblichem vermuteten Qualitätsdefizit

Die aufgezählten Arten von Leistungen, Leistungsbereichen bzw. Fachgebieten sind nicht überschneidungsfrei.

Aus der Literatur zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung lassen sich keine besonders geeigneten Arten von Leistungen, Fachgebieten oder Themen identifizieren, da sowohl in der **österreichischen Leistungsmatrix** als auch in der **leistungsorientierten Spitalplanung in der Schweiz** die Planungssegmente „Leistungsgruppen“ darauf angelegt sind, die gesamte stationäre Versorgung abzudecken.

Ähnlich der Zürcher SPLG wurde auch im **Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“** (PD 2019) eine medizinisch-hierarchische Leistungsgruppensystematik entwickelt mit der Option, für alle Leistungsgruppen gleichermaßen spezifische Qualitätsanforderungen definieren zu können. Eine Differenzierung unterschiedlicher Arten von Leistung findet sich nicht. Allerdings wurden in einem „Querschnittsbereich“ Leistungsgruppen zusammengefasst, die fachübergreifende

Leistungen abbilden (z. B. Intensivmedizin, Akutgeriatrie) bzw. die zwar Gruppenmerkmale aufweisen, jedoch aufgrund der DRG-Zuordnung in anderen somatischen Leistungsgruppen enthalten sind (z. B. Palliativmedizin, Kinder- und Jugendmedizin) (PD 2019: 236).

Sowohl die Experteninterviews als auch der Workshop mit Expertinnen und Experten aus den Krankenhausplanungsbehörden der Länder ergaben keine eindeutig in eine Richtung weisenden Argumente für bestimmte Arten von Leistungen, Leistungsgruppen oder Fachgebieten bzw. Themen.

3.2.1 Notfallversorgung versus elektive Versorgung

Eine einheitliche Definition von Notfall ist nicht bekannt (Slowik et al. 2018: 246, Geissler et al. 2017: 43, Behringer et al. 2013: 174, Augurzky und Beivers 2015: 20). Patientinnen und Patienten entscheiden sich häufig, ein Krankenhaus notfallmäßig aufzusuchen, wenn eine Symptomatik oder Beschwerden bestehen, die nach ihrer subjektiven Einschätzung unmittelbarer Behandlung bedürfen. Zugleich erreichen viele Notfälle ein Krankenhaus aufgrund einer Intervention von Notärztin/Notarzt, Rettungsdienst, Feuerwehr oder Polizei. Dabei handelt es sich in der Regel um akut aufgetretene Krankheitszustände, die potenziell lebensbedrohlich sein können und daher nur mit den Mitteln eines Krankenhauses versorgt oder zumindest abgeklärt werden können. Aus der Perspektive der Krankenhäuser sind Notfälle diejenigen Patientinnen und Patienten, die unmittelbar stationärer Behandlung bedürfen, also „unabweisbar“ sind, und daher im Gegensatz zu einer elektiven Versorgung ohne die formelle Einweisung durch eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt zur stationären Behandlung aufgenommen werden können bzw. müssen.

Fast die Hälfte aller in der DRG-Statistik erfassten Krankenhausfälle sind als Notfälle gekennzeichnet.²⁶ Im Jahr 2016 waren dies mit 8.608.710 Fällen 45 % von insgesamt 18.961.650 Krankenhausfällen (Destatis 2017). Da Patientinnen und Patienten naturgemäß bei einer Notfallversorgung in aller Regel keine informierte Entscheidung hinsichtlich des Behandlungsortes treffen (können), ist es umso wichtiger, dass grundsätzlich von einer standardmäßig guten Qualität ausgegangen werden kann. Zudem nimmt die Notfallversorgung in der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung einen zentralen Stellenwert ein.

Typische Notfälle sind beispielsweise die Versorgung von Unfallverletzungen, Krankheiten des Kreislaufsystems, darunter Herzinfarkt und ischämische Herzkrankheiten sowie Schlaganfall und zerebrovaskuläre Krankheiten. Aber auch bei Krankheiten des Verdauungssystems, Infektionskrankheiten oder Autoimmunerkrankungen kann es häufig zu einer notfallmäßigen stationären Aufnahme kommen, z. B. wenn die Erkrankung bzw. eine Verschlechterung nicht rechtzeitig erkannt wird. Eine Erhebung zu Diagnosen oder Prozeduren, die am häufigsten in Verbindung mit einer Notfallversorgung stehen, ist nicht verfügbar, und auch eine Einschätzung der Häufigkeiten kann nicht hinreichend sicher getroffen werden. Um die Qualität der Versorgung hinsichtlich des breiten Spektrums von Notfallversorgungen zu sichern, gelten daher für die Notfallversorgung in Krankenhäusern die Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen

²⁶ Die Erhebung erstreckt sich auf alle Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen, und den Anwendungsbereich des § 1 KHEntgG.

in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V. Darin werden in einem dreistufigen System Anforderungen an Strukturen und Prozesse der Notfallversorgung für jede Stufe spezifiziert. Zusätzlich sind für besondere stationäre Notfälle Module mit spezifischen Anforderungen definiert, bei deren Erfüllung ein Krankenhaus der Basisstufe der Notfallversorgung zugeordnet werden kann, ohne deren Anforderungen zu erfüllen.

Demnach unterscheiden sich die Stufen der Notfallversorgung qualitativ und quantitativ durch den Umfang der jeweils verfügbaren Versorgungsleistungen. Je höher die Stufe, umso umfangreicher und umfassender das Spektrum der vorzuhaltenden Fachabteilungen und umso größer die Kapazität für Intensivpatientinnen und -patienten sowie medizinisch-technische Ausstattung. Um einen Zuschlag für die Teilnahme an einer der Stufen der Notfallversorgung gemäß § 9 Abs. 1a Nr. 5 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu erhalten, muss ein Krankenhaus die jeweils geltenden Anforderungen erfüllen. Für Krankenhäuser, die sich nicht an der Notfallversorgung beteiligen, werden Abschläge erhoben.

Die Festlegung von grundsätzlichen Qualitätsanforderungen für die Notfallversorgung wird auch von Expertinnen und Experten als relevant bezeichnet:

[...] ich denke, das ist schon wichtig, da reinzugehen in der Notfallversorgung und vor allen Dingen über Strukturindikatoren – also das Vorhandensein von Personal und Ausstattung zu definieren „Wer kann eigentlich Notfallversorgung machen?“, weil das immer noch an Standorten gemacht wird, die einfach nicht dafür ausgestattet sind. (Expl 1 WiFo PlanQI 2020)

Notfallversorgung war so ein Bereich, wo ich es mir vorstellen könnte. Generell für PlanQIs, [...] aber ich halte das für einen wichtigen Punkt, weil Notfallversorgung eben ein ganz essenzieller Bereich ist insgesamt. Mit den Tracer-Diagnosen, dass man die mal untersucht, wie die ablaufen, wie der ganze Prozess ist hinsichtlich vor allen Dingen die Prozessgestaltung dort, die bis zur Ergebnistherapie, Überlebensrate und Patientenzufriedenheit [...] und Struktur [reicht]. (Expl 13 KHP PlanQI 2020)

Die Module für besondere stationäre Notfälle in den Regelungen des G-BA greifen bereits auf, dass für bestimmte alters- oder diagnosespezifische Notfallversorgungen spezifische Anforderungen erforderlich sein können. Mit den Modulen „Schlaganfallversorgung“ und „Durchblutungsstörungen am Herzen“ werden zwei Bereiche adressiert, die in mehreren Bundesländern durch eine Spezial- oder Schwerpunktplanung beplant werden (z. B Berlin (SenGS 2015), Bayern (StMGP 2020), Baden-Württemberg (SozM BW 2010), NRW (MGEPA NRW 2013), Thüringen (TMASGFF 2018) und Sachsen (SMS 2018)). Zugleich sind dies Versorgungsbereiche, die im Bericht des IQTIG (2018a) nach den Kriterien „Epidemiologische Relevanz“, „Besonderer Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung“ und „Quantitative Bedeutung in der stationären Versorgung“ als für die Anwendung von PlanQI geeignet eingeschätzt wurden (IQTIG 2018a). Sowohl von Expertinnen und Experten im Workshop als auch in den Interviews wurden PlanQI für die Notfallversorgung für sinnvoll erachtet:

Also hier könnte ich mir sehr gut vorstellen, dass man in der Notfallmedizin mehr machen könnte, also insbesondere Schlaganfall-/Herzinfarktversorgung. (Expl 1 WiFo PlanQI 2020)

Also für die Notfallversorgung spricht, dass die Notfallversorgung die Mutter aller Versorgungsformen ist und dass überall die Notfallversorgung in guter Qualität stehen muss. (Expl 11 KHP PlanQI 2020)

Und da kann man schon erwarten, dass man sagt: Wenn jemand Herzinfarkt oder Schlaganfälle behandelt, wo es um Leben und Tod geht, eine gewisse Strukturvoraussetzung [vorweist], aber er gewährleistet auch, dass das jemand ist, der es kann und es gut macht und der Patient dann auch später das Gefühl hat – da hat man ja Patient Outcomes und solche Geschichten –, dass er gut behandelt wird, aber eben auch, dass der Patient eben schon – der Rettungsdienst ganz schnell war und eine halbe Stunde nach Alarmierung im Krankenhaus angekommen ist, dass dann der Patient auch innerhalb der notwendigen Zeit dann [...] das Gefäß eröffnet bekommt, einen Herzkatheter oder in der Stroke Unit dann behandelt wird. Das sind so klassische Prozessindikatoren, ich finde, die gehören da zwingend mit rein. (Expl 13 KHP PlanQI 2020)

Also Notfall geht auch. Sie können ein Traumazentrum ja so betrachten. Aber das geht dann nur mit der Prozess- und Strukturqualität und dann Indikatoren wie Mortalität zum Beispiel betrachten. (Expl 8 Klin PlanQI 2020)

In knapp der Hälfte aller Krankenhausfälle erfolgt laut der DRG-Statistik die stationäre Versorgung aufgrund einer Einweisung durch eine Ärztin bzw. einen Arzt und kann somit als **elektiv** kategorisiert werden. Demnach waren dies im Jahr 2016 mit 8.936.193 47 % aller Krankenhausfälle (Destatis 2017). Es handelt sich dabei also um einen wesentlichen Anteil der stationären Versorgung. Die Qualität der elektiven Versorgungsleistungen und die Transparenz darüber sind von Bedeutung sowohl für die Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Qualitätsinformationen Auswahlentscheidungen treffen können, als auch für die Leistungserbringer selbst, die daraus einen Wettbewerbsvorteil für sich generieren können.

Auch in den Experteninterviews wurden PlanQI als für die elektive Versorgung sinnvoll empfohlen:

Ich wäre eher dafür, dass man die Leistungsbereiche [nimmt] [...], die planbar sind wie zum Beispiel Hüft-OPs, Knie-OPs, was längerfristig planbar ist, wo man dann auch davon ausgehen kann – oder ausgehen muss sogar –, dass sich die Klinik darauf vorbereitet, dass das ein standardisiertes Vorgehen ist, dass da Standards vorhanden sein müssen und dass diese Standards eingehalten werden müssen und eben nicht auf Einzelfälle geschaut wird, sondern dass wir da ein Portfolio an vielen, vielen Fällen haben, die standardmäßig ablaufen müssen und da besser eben halt in so eine Planungsrelevanz hineinpassen. (Expl 10 QS/QM PlanQI 2020)

Elektive Versorgung würde ich ehrlicherweise etwas zurückschrauben und würde sie mit hohen Anforderungen an Struktur- und Mindestmengen versehen, weil elektive Versorgung ganz häufig, wenn Sie mich ganz persönlich fragen, Rosinenpickerei ist, die in dem Grenzgebiet zwischen stationärer und ambulanter Versorgung stattfindet. (Expl 3 Klin PlanQI 2020)

Also da bleibe ich bei den Elektivsachen. Also wir sollten uns das angucken, was häufig und viel vorkommt. Und da würde ich auch den Weg nicht scheuen, neue Indikatoren zu schaffen. [...] Da müsste man mal so ein bisschen so den OP-Katalog durchforsten, was sich da anbietet. Genauso bei den nicht operativen Sachen. Da könnte man – bei den Internisten könnte man Koloskopien, Gastroskopien nehmen, die sind ja alle nicht unbedingt notfallmäßig als Eingriffe. (Expl 10 QS/QM PlanQI 2020)

Auch unter Einbeziehung der Expertenaussagen kann keine eindeutige Priorisierung zugunsten der Notfallversorgung oder der elektiven Versorgung vorgenommen werden. Es erscheint allerdings plausibel, die Qualität von Notfallversorgung durch PlanQI zu sichern, da Patientinnen und Patienten in besonderem Maße darauf vertrauen müssen, im „Notfall“ eine Versorgung von guter Qualität zu erhalten. Da eine informierte Entscheidung in der Notfallversorgung kaum möglich ist, sind Patientinnen und Patienten darauf angewiesen, dass die Qualität durch andere, also z. B. durch krankenhauplanerische Maßnahmen, gesichert wird. Hier könnten unter Anwendung der Kriterien „Epidemiologische Relevanz“, „Besonderer Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung“ und „Quantitative Bedeutung in der stationären Versorgung“ PlanQI qualitätssichernd angewendet werden. Aber auch elektive Versorgung muss den Patientinnen und Patienten in guter Qualität zur Verfügung stehen, daher können auch für die Sicherung der Qualität in der elektiven Versorgung diagnose- und prozedurspezifische PlanQI sinnvoll sein.

Mit den **Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern** in Verbindung mit der **QFD-RL** steht eine QS-Maßnahme zur Verfügung, die mit Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse die Qualität an Standorten, die an der Notfallversorgung teilnehmen, sichert. Da die Struktur- und Prozessanforderungen nicht allein den Notfallpatientinnen und Notfallpatienten vorbehalten sind, kann zugleich auch die Qualität der elektiven Versorgung an dem jeweiligen Standort als gesichert gelten. Allerdings könnte mit PlanQI die Qualität der Notfallversorgung gezielter diagnose- und prozedurspezifisch gesteuert werden.

Hinsichtlich der elektiven Versorgung können transparente Qualitätsinformationen, die im Rahmen der **Qb-R** zur Verfügung stehen, theoretisch Qualitätsvergleiche und informierte Entscheidungen der Patientinnen und Patienten ermöglichen und dadurch eine Selektion von Krankenhäusern stattfinden. Der Wirkmechanismus erscheint allerdings eher unspezifisch und mit wenig Steuerungspotenzial. Daher wäre es sinnvoll, steuernd im Rahmen eines Verfahrens gemäß der **DeQS-RL** einzugreifen. Die Verfahren der **DeQS-RL** in Verbindung mit der **QFD-RL** könnten hier eine zielgenauere und spezifischere Steuerung ermöglichen. Allerdings sind die Verfahren bisher noch nicht umfassend auf die QFD-RL angepasst, sodass diese ihre Wirkung bislang noch nicht in vollem Umfang entfalten kann. Wenn die Verfahren jedoch zukünftig unter Umsetzung der

QFD-RL auf weitere Leistungen der elektiven Versorgung ausgeweitet werden sollten, wäre zu bedenken, ob nicht derselbe Effekt wie mit PlanQI erzielt werden würde, nämlich schlechte Qualität zu eliminieren. Allerdings wäre mit PlanQI einerseits auch ein **erhebliches Qualitätsdefizit** zu detektieren und dann die endgültige Herausnahme aus dem Krankenhausplan ermöglicht und andererseits auch die Möglichkeit gegeben, verbindliche Qualitätsanforderungen für die Aufnahme in den und den Verbleib im Krankenhausplan aufzustellen.

3.2.2 Grund-/Regelversorgung versus Schwerpunktversorgung

Grund- und Regelversorgung kann eine durch Leistungsumfang oder Bettenzahl bestimmte Kategorie von Krankenhäusern innerhalb einer nicht einheitlich in den einzelnen Bundesländern geltenden Versorgungsstufenordnung der Krankenhausplanung bezeichnen. Dabei wird in der Regel zwischen drei Versorgungsstufen differenziert, wobei die erste, die „Grund- und/oder Regelversorgung“, den geringsten Leistungsumfang hat, gefolgt von „Schwerpunktversorgung“ mit erweitertem Spektrum und schließlich „Maximalversorgung“ mit umfassendem Leistungsspektrum (z. B. Bayern (StMGP 2020), Sachsen (SMS 2018)). Allerdings ist auch eine vierstufige Einteilung bekannt, wo unterhalb der Schwerpunktversorgung noch zwischen Basis- bzw. Grundversorgung und Regelversorgung differenziert (z. B. Rheinland-Pfalz (MSAGD 2019)) oder die universitäre Versorgung als eigenständige, vierte Stufe ausgewiesen wird (z. B. Sachsen-Anhalt (Anonym 2019a)). In vielen Bundesländern wird jedoch keine Unterscheidung von Versorgungsstufen vorgenommen, sondern es werden in der Krankenhausplanung lediglich Fachgebiete und Planbetten der einzelnen Standorte ausgewiesen (z. B. Baden-Württemberg (SozM BW 2010), Berlin (SenGS 2015), Mecklenburg-Vorpommern (MWAG 2020) und Thüringen (TMASGFF 2018)). Dabei werden einzelne Fachgebiete auch der Grund- oder der Regelversorgung zugeordnet (z. B. Hessen (HMSI 2020)). Aufgrund des Fehlens einer formalen Legaldefinition können unter Grund- und Regelversorgung diejenigen Leistungen gefasst werden, die in der Regel durch die beiden großen Gebiete Chirurgie und Innere Medizin an jedem Standort mit entsprechendem Versorgungsauftrag erbracht werden. Dies könnten auch diejenigen Leistungen sein, die an Standorten erbracht werden, die die Anforderungen an die Basisnotfallversorgung gemäß den Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern erfüllen, gegebenenfalls ergänzt durch eine geburtshilfliche Versorgung.

Da die Grund- und Regelversorgung für eine flächendeckende Versorgung steht, sprachen sich sowohl Expertinnen und Experten im Workshop als auch in den Interviews für eine Qualitätssicherung mit PlanQI in der Grund- und Regelversorgung aus:

Also in der Grundversorgung geht's ja vor allen Dingen dann darum – und da sind wir dann auch wieder bei der Notfallversorgung – da geht's ja vor allem um Sicherstellung, also ist dort medizinisches Personal an den einzelnen Standorten überhaupt rund um die Uhr verfügbar, um Grundversorgung – also was ist denn Grundversorgung? [...] Das heißt – also in der Grundversorgung, denke ich, da geht's vor allen Dingen um Strukturqualität, also Vorhandensein von Medizinern, die zur Verfügung stehen. (Expl 1 WiFo PlanQI 2020)

Einfache Leistungen. Wenn das Einfache nicht funktioniert, wie soll dann das Komplexe funktionieren? Ich muss einen Appendix gut operieren können. Wenn ich den nicht gut hinkriege, wie will ich dann eine Whipple-OP hinkriegen? Also da bin ich immer da – das Kleine muss funktionieren. Also das, was ein Grund- und Regelkrankenhaus liefern muss, das muss gut sein. Und die Spezialversorgung, die muss halt anders betrachtet werden. (Expl 10 QS/QM PlanQI 2020)

Häufig wird die Bezeichnung „Schwerpunktversorgung“ in Abgrenzung zur „Grund- und Regelversorgung“ verwendet. Der Bezeichnung „Schwerpunkt“ bzw. „Schwerpunktversorgung“ liegt jedoch ebenfalls kein einheitlicher Sachverhalt zugrunde, sodass zunächst im jeweiligen Kontext zu klären ist, worauf sich die Bezeichnung „Schwerpunkt“ bezieht.

Schwerpunkte gemäß den Zentrums-Regelungen des G-BA sind Krankenhäuser oder Teile von Krankenhäusern, die besondere Aufgaben nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG wahrnehmen.²⁷ Bei den besonderen Aufgaben handelt es sich z. B. um überörtliche oder krankenhausesübergreifende Funktionen, Vorhaltung besonderer Einrichtungen oder übergeordnete Aufgaben, die nicht Teil der stationären Versorgung sind und für deren Übernahme dann Zuschläge gewährt werden.

Nicht als besondere Aufgaben deklariert werden können Versorgungsleistungen, die bereits auf Grundlage anderer gesetzlicher Bestimmungen vergütet werden, insbesondere nicht Leistungen, die regelhaft durch Fallpauschalen oder Zusatzentgelte gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG vergütet werden. Kennzeichen von Schwerpunkten gemäß den Zentrums-Regelungen des G-BA ist also die Wahrnehmung besonderer Aufgaben, zusätzlich zu den primären stationären Versorgungsleistungen.

Unabhängig von den Zentrums-Regelungen des G-BA können die Bundesländer in ihren Krankenhausplänen Schwerpunkte an Krankenhäusern ausweisen. Dabei wird die Bezeichnung „Schwerpunkt“ uneinheitlich verwendet. Zum einen kann sich die Ausweisung als Schwerpunkt auf die Facharzt- bzw. Schwerpunktkompetenzen der jeweiligen WBO für eine Detailplanung unterhalb der Ebene der Gebietsbezeichnungen beziehen (z. B. Berlin (SenGS 2015), Hessen (HMSI 2020), Saarland (MSGFF 2018)). Zum anderen kann die Ausweisung als Schwerpunkt auch im Rahmen einer Versorgungsstufenstruktur erfolgen, durch die der jeweilige Versorgungsauftrag definiert ist (z. B. Sachsen-Anhalt (Anonym 2019a)). In mehreren Bundesländern sind beispielsweise für die Schlaganfallbehandlung Schwerpunkte oder „Stroke units“ vorgesehen. Auch Transplantationen werden als entsprechende Schwerpunkte ausgewiesen. Außerdem ergibt sich aufgrund der QFR-RL eine Schwerpunktbildung in der Perinatalmedizin. Dementsprechend könnten sich daraus Versorgungsbereiche mit besonderem Steuerungsbedarf ergeben, für die PlanQI zur Qualitätssicherung sinnvoll eingesetzt werden könnten.

Für diesen Bericht wird ein Verständnis von Schwerpunktversorgung zugrunde gelegt, wonach es sich dabei um Leistungen handelt, die über eine Grund- und Regelversorgung hinausgehen.

²⁷ Derzeit gelten die Regelungen gleichermaßen für Zentren wie für Schwerpunkte.

Sie sind gekennzeichnet durch Komplexität, hohes Risikopotenzial für Patientinnen und Patienten und/oder spezifische Anforderungen an Ausstattung oder Expertise und werden daher eher – auch geographisch – konzentriert und diagnose- oder prozedurbezogen an Schwerpunktstandorten erbracht. Es wird davon ausgegangen, dass diese Leistungen aus Ressourcengründen flächendeckend nicht in angemessener Qualität vorgehalten werden können. Dabei kann Schwerpunktversorgung nicht mit den besonderen Aufgaben gemäß den Zentrums-Regelungen des G-BA gleichgesetzt werden.

Auch in den Experteninterviews wurde auf die Schwerpunktversorgung eingegangen. Mehrere Befragte bezeichneten PlanQI für eine Schwerpunktversorgung als sinnvoll:

Na ja, weil ich denke, dass die Anforderungen an die Schwerpunktversorgung natürlich viel komplexer sind als in der Grund- und Regelversorgung und das, glaube ich, mehr Sinn macht, einfach damit zu starten. (Expl 1 WiFo PlanQI 2020)

Zentrenbildung halte ich in dem Fall für absolut essenziell, gerade für die qualitativ sehr sensiblen Eingriffe. [...] Also natürlich der lebensbedrohte schwerverletzte Patient. Ich denke da auch an die transaortalen Herzklappenversorgung wie die [Transkatheter-Aortenklappenimplantation]. Ich denke an die – auch gerade wegen der hohen Patientenerwartung – an die Versorgung von lebensqualitätverbessernden Operationen wie Endoprothetik, primäre Hüfte, primäres Knie. Und dann, muss man sagen, gehören auch Komplikations- – also sekundär oder teritär – chirurgische Eingriffe an den Endoprothesen gehören in Zentren. (Expl 8 Klin PlanQI 2020)

Das heißt also, die Häuser, die eine Schwerpunktversorgung machen, sind geschult oder sollten geschult sein, diese Schwerpunkte zu erfüllen und auch strukturell und personell zu leisten. Und deswegen, meine ich, ist es einfacher, diese – sich darauf zu beziehen, also hier planungsrelevante Qualitätsindikatoren einzusetzen. (Expl 14 Klin PlanQI 2020)

Allerdings wurde auch argumentiert, dass es nicht sinnvoll sei, hier für die Anwendung von PlanQI eine Unterscheidung zu treffen, bzw. dass auch in der Grund- und Regelversorgung PlanQI sinnvoll sein könnten:

Also Qualitätsindikatoren sind grundsätzlich in allen Versorgungsformen oder Versorgungsstufen notwendig. Dahinter steht ja – hinter der Frage steht möglicherweise auch die Idee: Schaffen Grund- und Regelversorger überhaupt, die Qualität zu sichern? Und schaffen die Schwerpunktversorger eher, die Qualität zu sichern? Also eine nicht ganz unplausible Vermutung. Auf der anderen Seite wäre ein Qualitätsindikator, der sich dann ausschließlich um eine bestimmte Versorgungsstufe kümmert, möglicherweise auch sofort mit großen Akzeptanzproblemen versehen. Denn die Botschaft dahinter wird, glaube ich, sehr schnell erkannt und führt möglicherweise zu nicht intendierten Effekten. (Expl 11 KHP PlanQI 2020)

Ich würde fast sagen, dass man an den Grund- und Regelversorger im ländlichen Bereich höhere Kriterien anlegen muss als an den Grund- und Regelversorger im städtischen Bereich. Weil im städtischen Bereich stimmen die Leute mit den Füßen ab. Wenn irgendwas da nicht funktioniert, dann gehen sie 300 Meter weiter in das nächste Krankenhaus und lassen sich da versorgen. Die ländliche Bevölkerung hat die Wahl nicht. Die haben dieses eine Krankenhaus und da gehen sie hin. Und deswegen muss dieses Krankenhaus besonders gut sein. Und es kann nicht das Ziel einer Planung – oder planungsrelevanter Indikatoren sein, jetzt dieses ländliche Krankenhaus wegzurationalisieren, sondern es muss das Ziel sein, dieses Krankenhaus besonders gut aufzustellen. Ich bin da mehr auf dem Weg der Grund- und Regelversorgung als der Spezialversorgung. Weil das ist das, was am häufigsten vorkommt. (Expl 10 QS/QM PlanQI 2020)

Im Workshop mit Expertinnen und Experten der Krankenhausplanungsbehörden wurde sich ebenfalls für die Qualitätssicherung mit PlanQI auch in der Grund- und Regelversorgung ausgesprochen, da schlechte Qualität in keinem Bereich hinnehmbar sei, zugleich wurde allerdings betont, Ziel sei nicht die Herausnahme, sondern die Sicherstellung der Qualität. Andererseits sei PlanQI auch in der „Spezialisierung“ im Sinne einer Schwerpunktversorgung sinnvoll; es wurde argumentiert, Patientinnen und Patienten seien bereit, für derartige Leistungen größere Entfernungen in Kauf zu nehmen.

Somit lassen sich keine eindeutigen Argumente für PlanQI entweder für die Grund-/Regelversorgung oder für die Schwerpunktversorgung vorbringen. Die Grund-/Regelversorgung soll die flächendeckende Versorgung von Patientinnen und Patienten gewährleisten, die keiner Schwerpunktversorgung bedürfen, und muss daher in einer Qualität angeboten werden, die der staatlichen Daseinsvorsorge Rechnung trägt. Damit erscheinen jedoch krankenhauserische Konsequenzen wie die Nichtaufnahme in den bzw. Herausnahme aus dem Krankenhausplan in Bezug auf die Grund-/Regelversorgung nicht zielführend, da die Erhaltung der flächendeckenden Versorgung im Vordergrund steht. Hier könnten andere QS-Maßnahmen sinnvoller eingesetzt werden. Die Schwerpunktversorgung ist gekennzeichnet durch spezifische Anforderungen oder Ressourcen, die über die der Grund-/Regelversorgung hinausgehen. Um eine qualitativ gute Schwerpunktversorgung zu gewährleisten, muss die Erfüllung der diagnose- und/oder prozedurspezifischen Anforderungen an deren Erbringung gesichert sein. Dies könnte mit PlanQI sinnvoll gesteuert werden.

Die Qualität der flächendeckenden Grund-/Regelversorgung könnte im Rahmen der **Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern** gesichert sein, da diese Mindestanforderungen an Strukturen und Prozesse von Standorten enthalten, die an einer der Stufen der Notfallversorgung teilnehmen. In einer Modellrechnung wird von ca. 1.600 Klinikstandorten ausgegangen, die an der Notfallversorgung teilnehmen (Zi 2016), sodass damit ein relativ hoher Anteil der Grund-/Regelversorgung adressiert werden könnte. Ebenso können

die **Sicherstellungszuschläge-Regelungen** die Qualität in der Grund- bzw. Regelversorgung sichern. Diagnose- und prozedurspezifisch wäre jedoch durch Verfahren im Rahmen der **DeQS-RL** eine gezieltere Steuerung möglich.

Für die Qualitätssicherung von Schwerpunktversorgung könnten ebenfalls die **Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern** wirksam sein, indem die Anforderungen an die erweiterte Notfallversorgung bzw. an die umfassende Notfallversorgung oder an die spezielle Notfallversorgung zugrunde gelegt werden. Mit **Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität**, die diagnose- und/oder prozedurspezifische Anforderungen für Schwerpunktversorgung festlegen, sowie mit Verfahren im Rahmen der **DeQS-RL** ist jedoch eine zielgenauere Qualitätssicherung der Schwerpunktversorgung möglich. Allerdings könnte mit PlanQI bei erheblichen Qualitätsdefiziten darüberhinausgehend an die Herausnahme von Schwerpunktversorgung aus dem Krankenhausplan gedacht werden, andererseits könnte in der Schwerpunktversorgung die „gute Qualität“ im Rahmen von PlanQI ausgewiesen werden. Dies ist derzeit durch andere Anreizsysteme nicht möglich.

3.2.3 Komplexe Leistungen versus einfache Leistungen

Unter komplexen Leistungen werden zum einen Versorgungsleistungen verstanden, die sich auf komplexe Krankheitsbilder beziehen, bzw. auf Erkrankungen, deren Behandlung einen hohen Grad an Komplexität, z. B. im Sinne von Interdisziplinarität oder Interprofessionalität oder auch Intersektoralität, erfordert. Dazu könnten beispielsweise die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten, von Herzinfarktpatientinnen und -patienten oder die Behandlung von Autoimmunerkrankungen gehören, aber auch spezifische Behandlungen mit multidisziplinären Anteilen, wie z. B. in der Onkologie oder bei bariatrischen Operationen. Für derartige, komplexe Leistungen wäre angesichts der möglichen Sanktionen im Rahmen von PlanQI stets zu prüfen, ob die erforderlichen Kooperationen und Koordinationen innerhalb des Krankenhauses erbracht werden können oder das Krankenhaus wesentlich auf externe Partner angewiesen ist, da nur im ersteren Fall eine überwiegende oder ausschließliche Verantwortungszuschreibung zum Krankenhaus zu rechtfertigen ist. Komplexe Leistungen sind zum anderen Leistungen, die in sich einen hohen Grad an Komplexität, etwa auch in Bezug auf Verfügbarkeit von Strukturen oder technische oder personelle Ausstattung aufweisen, wie beispielsweise Transplantationen oder die Behandlung von Schwerbrandverletzten. Im Bericht des IQTIG (2018a) wurden diese als „hochkomplexe Leistungen“ identifiziert, für die im Rahmen von PlanQI ein „besonderer Steuerungsbedarf“ besteht (IQTIG 2018a: 43). Komplexe Leistungen gehen häufig mit hohem Risikopotenzial und Letalitätsrisiko einher. In der Schweiz werden ausgewählte Leistungsgruppen der SPLG aus der kantonalen Spitalplanung ausgenommen und in einem interkantonalen Planungskontext „Hochspezialisierte Medizin“ gesondert geplant, die analog als komplexe Leistungen kategorisiert werden können (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz“). Auch in Österreich gelten für ausgewählte Versorgungsbereiche bzw. die Versorgung bestimmter Patientengruppen, die jeweils als komplexe Leistungen verstanden werden können, spezifische Qualitätskriterien (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Österreich“). Welche Leistungen jeweils konkret als „komplex“ zu bezeichnen sind, lässt sich jedoch nur an-

hand der medizinischen Gegebenheiten festlegen (vgl. auch MGEPA NRW 2014: 5). Im Workshop mit Expertinnen und Experten der Krankenhausplanungsbehörden wurde sich für PlanQI in Bezug auf komplexe Leistungen ausgesprochen, aber auch die Befragten in den Experteninterviews waren dieser Meinung:

Also hier könnte ich mir sehr gut vorstellen, dass man in der Notfallmedizin mehr machen könnte, also insbesondere Schlaganfall-/Herzinfarktversorgung. [...] und natürlich alles, was heute schon mit Mindestmengen belegt ist, also die hochkomplexe Chirurgie. (Expl 1 WiFo PlanQI 2020)

Also man geht da viel zu wenig weit, gerade in diesen hochspezialisierten Gebieten – klassisches Beispiel: Die Transplantationen [...]. (Expl 6 AnGes PlanQI 2020)

Qualität ist bei komplexen Leistungen schwerer zu messen, aber umso wichtiger. Die komplexen Leistungen sind diejenigen, die wir am ehesten auch bündeln können, am ehesten auch zentralisieren können und von daher für eine Qualitätsbewertung auch besonders wichtig. (Expl 11 KHP PlanQI 2020)

Als „einfache Leistungen“ werden Basisleistungen eines Gebiets/einer Fachabteilung bezeichnet, die im Rahmen der Grund- und Regelversorgung an jedem Standort mit entsprechendem gebietsbezogenem Versorgungsauftrag erbracht werden können. Dies veranschaulicht beispielsweise der Krankenhausplan 2015 des Landes NRW (MGEPA NRW 2013), wonach die örtliche Versorgung überwiegend durch die „allgemeine“ (MGEPA NRW 2013: 34) Innere Medizin bzw. Chirurgie abgedeckt wird; davon umfasst sind Leistungen, die „prinzipiell in jeder Abteilung Innere Medizin bzw. Chirurgie erbracht werden“ (MGEPA NRW 2014: 5). Somit kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei „einfachen Leistungen“ im Wesentlichen um die Leistungen der Grund- und Regelversorgung handelt, die an einer Vielzahl von Standorten erbracht werden und damit zugleich eine hohe epidemiologische Relevanz haben.

Das sind natürlich – ich finde auch nicht die ganz seltene hochkomplexe Einzelleistung, dafür lohnt sich auch nicht zwingend der Aufwand, den wir uns da mit den PlanQIs machen, obwohl es für den einzelnen – wenigen Patienten natürlich ganz wichtig ist. Aber eine Mischung zwischen wichtigen Leistungen und Leistungen, die auch nicht ganz selten vorkommen. (Expl 13 KHP PlanQI 2020)

Komplexe Leistungen, würde ich sagen, ja. Vor allem deswegen, weil das auch wieder Schwerpunktversorgung bedeutet. Und aber andererseits muss natürlich sichergestellt sein, dass einfache Leistungen auch optimal geleistet werden können. Also da würde ich noch gar nicht das gegeneinander verschieben. Also würde ich sagen: Beides ist wichtig. (Expl 14 Klin PlanQI 2020)

Auch hier zeigt sich, dass alleine die Unterscheidung von komplexen und einfachen Leistungen keine Priorisierung der einen oder der anderen Leistungsart erlaubt. Auch die Aussagen der Expertinnen und Experten führten hier zu keinem eindeutigen Ergebnis. Es erschließt sich, dass

komplexe Leistungen aufgrund ihrer Abhängigkeit von bestimmten Voraussetzungen der Erbringung in Verbindung mit hohem Risikopotenzial im Einzelfall einer Sicherung ihrer Qualität bedürfen. Zugleich findet in vielen Bundesländern bereits eine Spezialplanung in Verbindung mit Qualitätsanforderungen für einzelne Diagnose- oder Patientengruppen statt, sowohl die Notfallversorgung betreffend (z. B. Schlaganfall, Trauma, Schwerbrandverletzte) als auch für elektive Versorgungsbereiche (z. B. Transplantation, Onkologie, Perinatalmedizin), die den komplexen Leistungen zugeordnet werden können. Demnach scheint für komplexe Leistungen grundsätzlich länderübergreifend ein qualitätsorientierter Steuerungsbedarf zu bestehen, sodass hier die Qualitätssicherung mit PlanQI sinnvoll sein könnte.

Komplexe Leistungen könnten im Rahmen der **DeQS-RL** oder von **Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität** oder durch **Mm-R** zielgerichtet adressiert werden. Mit PlanQI könnten allerdings sowohl die erheblichen Qualitätsdefizite als auch die „gute Qualität“ gemessen werden und die Ergebnisse dann für krankenhauplanerische Entscheidungen herangezogen werden.

Da es sich bei einfachen Leistungen überwiegend um Grund- und Regelversorgung handelt, können hier andere QS-Maßnahmen, wie im Abschnitt 3.2.2 beschrieben, qualitätssichernd eingesetzt werden. Auch im Rahmen der **DeQS-RL** können einfache Leistungen qualitätsgesichert werden.

3.2.4 Fachspezifische Leistungen versus Querschnittsleistungen

Fachspezifische Leistungen sind Leistungen, die prozedur- und diagnosespezifisch erbracht werden und deren Qualität in der Regel auf Fallebene gemessen wird. Es handelt sich dabei um die Einheit der Bezugsebene „Leistung“ (siehe Abschnitt 3.1.4), die z. B. für ein Fachgebiet repräsentativ sein kann (IQTIG 2018a: 39). Dabei können fachspezifische Leistungen mehr oder weniger komplex sein, sodass sich hierbei eine erhebliche Schnittmenge zur Art „komplexe Leistungen“ ergeben kann. Demgegenüber werden unter „Querschnittsleistungen“ Leistungen gefasst, die aus eigener Indikation, jedoch typischerweise additiv und fachübergreifend bzw. fachabteilungsübergreifend erbracht werden. Häufig sind dies Leistungen, für die eine eigenständige medizinische und/oder technische Infrastruktur an einem Standort vorhanden ist und die „Patientinnen und Patienten in verschiedensten Behandlungssituationen der stationären Versorgung betreffen“ (IQTIG 2018a: 39) können (z. B. Entlassmanagement, Schmerztherapie, Arzneimitteltherapiesicherheit). Eine Messung der Qualität von Querschnittsleistungen kann damit Aussagen zur Qualität auf einer höheren Bezugsebene ermöglichen, beispielsweise auf Fachabteilungs- oder Standortebene. Zugleich kann mit Qualitätsanforderungen in Bezug auf Querschnittsleistungen ein einheitlicher Standard für Fachabteilungen oder Standorte definiert werden.

Auch im Rahmen einer leistungsorientierten Krankenhausplanung können Leistungen „Querschnittsbereichen“ zugeordnet werden. Innerhalb der Zürcher SPLG werden beispielsweise die Leistungsgruppen der Kindermedizin, Kinderchirurgie, Akutgeriatrie, Palliativversorgung sowie der akutsomatischen Versorgung Abhängigkeitskranker unter Querschnittsbereiche zusammengefasst (Kanton Zürich, Regierungsrat 2020b). Die in diesen „Querschnittsleistungsgruppen“ zusammengefassten Leistungen sind dadurch gekennzeichnet, dass sie „nicht organspezifisch definiert und gruppiert werden, da sie quer zu den organspezifischen Behandlungen stehen“

(Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Generalsekretariat 2011: 80). Auch das Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ (PD 2019) sieht innerhalb seiner Leistungsgruppensystematik Querschnittsbereiche vor. Darin enthalten sind Leistungen, die „deutlich übergreifende Schnittstellen mit anderen [Leistungsbereichen] haben und deshalb übergeordnet zu betrachten sind“ (PD 2019: 408). Diese sind in die Leistungsgruppen Intensivmedizin, Akutgeriatrie, Kinder- und Jugendmedizin und Palliativmedizin eingeteilt (PD 2019: 408). In beiden Beispielen ist die Bildung von Querschnittsbereichen systematisch bedingt, da die Zuordnung zu den Leistungsgruppen anhand von Klassifikationssystemen erfolgt und die genannten Leistungen nicht nach Organsystem zugeordnet werden können.

Die Expertinnen und Experten in den Interviews nannten häufiger die fachspezifischen Leistungen als sinnvoll für PlanQI:

Na, ich würde schon eher indikationsspezifisch einsteigen. [...] Na, weil ich auch glaube, dass für diese übergreifenden Themen – und Sie haben ja gerade Hygiene genannt, da gibt's ja schon eine ganze Reihe von Regulierungen und Vorgaben – ich weiß nicht, ob man jetzt mit PlanQIs diese allgemein geltenden Vorgaben noch weiter schärfen kann. (Expl 1 WiFo PlanQI 2020)

Fachspezifische Leistungen [...] gehören auch zu den komplexen Leistungen. Insofern wären sie mit Sicherheit guter Gegenstand von Qualitätsindikatoren. Querschnittsleistungen sind möglicherweise auch für die Grundversorgung ein Thema, für die erste Notfallversorgung. Von daher würde ich auch eher sagen, dass die spezifischen Leistungen da geeignet wären. (Expl 11 KHP PlanQI 2020)

Andererseits wurden auch Querschnittsleistungen favorisiert, wobei die Expertinnen und Experten ein unterschiedliches Verständnis von Querschnittsleistungen hatten. Daraus ergibt sich, dass Querschnittsleistungen auch im Sinne von komplexen Leistungen interpretiert werden können:

Was braucht der Krankenhausplaner? Und da gehört natürlich das, was wir jetzt als Querschnittsleistung hier bezeichnet haben, dazu: dass wir erwarten, dass diese in Ordnung und geregelt sind; als Grundvoraussetzung für die Zulassung einer Einrichtung, die dann bestimmte Leistungen erbringen kann. (Expl 5 QS/QM PlanQI 2020)

Dort, wo es [...] Querschnittsleistungen sind, beispielsweise [...] innerklinische Notfälle, so etwas. Da haben wir jetzt auch noch keine ausreichenden Daten, aber eine reguläre Erfassung und Outcomes zu beurteilen würde etwas aussagen über die Kompetenz eines Hauses im Sinne der Querschnittsleistung. (Expl 5 QS/QM PlanQI 2020)

Ja, ich meine, also Querschnittsleistungen wie Chest Pain Unit und was weiß ich, Stroke Unit, also typische – also ob jetzt Herz oder Darm oder was nicht – wo Internisten mit Chirurgen zusammenkommen, jetzt tatsächlich mal –

oder Darmzentren, oder so, klar, das ist eine ganz wichtige Angelegenheit, dass man das gemeinsam leistet. [...] In diesen Sektoren – bei diesen Krankheitsbildern und bei vielen anderen auch wird es so sein, dass man eher Querschnitte oder die Leistung sich anschaut und anschaut: Wer hat da Beiträge zu leisten, bei dieser jeweiligen Leistung? Und wen brauche ich da insgesamt? Und da ist es falsch, eben dann in Fachabteilungen an dieser Stelle zu denken.
(Expl 4 WiFo PlanQI 2020)

Die Sicherung der Qualität von fachspezifischen Leistungen durch PlanQI erscheint sinnvoll, da dadurch krankenhauplanerische Entscheidungen auf Fachgebietsebene oder, bei entsprechenden Voraussetzungen, auf Leistungsgruppenebene ermöglicht werden. Die Qualitätsinformationen zu den fachspezifischen Leistungen sind zudem in besonderem Maße für eine informierte Entscheidung von Patientinnen und Patienten von Bedeutung. Hingegen können PlanQI für Querschnittsbereiche krankenhauplanerische Entscheidungen auch auf einer höheren Ebene unterstützen. Qualitätsaussagen zu Querschnittsbereichen können ebenfalls von großem Interesse für Patientinnen und Patienten bei deren Entscheidung sein, wenn diese beispielsweise in unmittelbarem Zusammenhang zu der Erbringung von fachspezifischen Leistungen stehen (z. B. Anästhesie, Schmerztherapie, intensivmedizinische Versorgung).

Fachspezifische Leistungen eignen sich je nach Komplexität für Qualitätssicherung durch **Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität** oder im Rahmen der **DeQS-RL**. Auch Mindestmengen im Rahmen der **Mm-R** können für fachspezifische Leistungen qualitätssichernd eingeführt werden. Mit PlanQI könnten darüber hinaus jedoch auch erhebliche Qualitätsdefizite (siehe Abschnitt 4.1.1) sowie besonders „gute Qualität“ (siehe Abschnitt 4.1.2) gemessen werden und daraus krankenhauplanerische Konsequenzen gezogen werden.

Für die Qualitätssicherung von Querschnittsbereichen sind sowohl **Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität** als auch Verfahren im Rahmen der **DeQS-RL** geeignet. Zusätzlich könnten auch Qualitätsverträge zur Qualitätssicherung in bestimmten Querschnittsbereichen ein wirksames Instrument sein, diese wirken jedoch nur punktuell bzw. zu einem Zeitpunkt, wenn nach deren Evaluation eine generelle Umsetzung in Form von **Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität** oder im Rahmen der **DeQS-RL** erfolgt.

3.2.5 Operative Leistungen versus konservative (nicht operative) Leistungen

Operative Leistungen sind Leistungen, die mit einem Kode aus Kapitel 5 der OPS-Klassifikation verschlüsselt werden können – somit Operationen im herkömmlichen Sinne (DIMDI 2019). Die Klassifikation von Operationen in einem eigenen, abschließenden Kapitel der OPS-Systematik als formale Abgrenzung spiegelt zugleich die klassische Unterscheidung zwischen operativen und allen übrigen nicht operativen oder auch „konservativen“ Leistungen. Dabei erscheint die Klassifikation von „Operationen“ als vom Ausmaß ihrer Invasivität geprägte Leistungen in Abgrenzung zu einer Vielzahl anderer – ebenfalls invasiver – Methoden der Therapie und Diagnostik grundsätzlich plausibel. Der Vorteil dieser Leistungsart besteht darin, dass sie durch OPS-Kodes eindeutig identifiziert werden kann und Anknüpfungspunkte für prozedurspezifische Qualitätsanforderungen bietet. Abweichend von der Klassifikation gemäß OPS könnten allerdings auch

andere (nicht operative) invasive Leistungen unter die operativen Leistungen gefasst werden, die mit ähnlichem Risiko- oder Komplikationspotenzial verbunden sind, da diese in gleicher Weise diagnosespezifisch und aufgrund der OPS-Klassifikation adressierbar sind.

Als konservative, im Sinne von nicht operativen Leistungen können in Abgrenzung zu den operativen Leistungen des Kapitels 5 alle übrigen Leistungen der OPS-Systematik definiert werden. Darin enthalten sind diagnostische Maßnahmen, inklusive bildgebender Diagnostik, die Verabreichung bestimmter Medikamente oder Blutprodukte, nicht operative therapeutische Maßnahmen sowie weitere ergänzende Maßnahmen (DIMDI 2019). Diese Definition konservativer Leistungen kann grundsätzlich sinnvoll sein, da es eine Vielzahl von Leistungen gibt, die zwar nicht operativ, aber ebenso diagnosespezifisch erbracht werden und deren Risiko- oder Komplikationspotenzial dem einer operativen entspricht. Andererseits sind in den nicht operativen Kapiteln der OPS-Systematik eine Vielzahl von Prozeduren enthalten, die nicht diagnosespezifisch erbracht werden und daher auch nicht für Aussagen zur Versorgungsqualität definierter Patientengruppen geeignet sind bzw. die lediglich einen Aspekt einer (konservativen) Leistung abbilden können. Leistungen, die diagnosespezifisch erbracht werden, die jedoch in der OPS-Systematik nicht abgebildet werden, wären aufgrund einer rein formalen Definition von der gesetzlichen Qualitätssicherung nicht adressierbar. Dies trifft auf eine große Anzahl von Krankheiten bzw. Patientengruppen, beispielsweise der Inneren Medizin, aber auch anderer Gebiete, zu, die nicht operativ versorgt werden. Daher ist die Definition von Leistung ausschließlich OPS-bezogen in diesem Kontext nicht sinnvoll, wie auch im Abschnitt zur Bezugsebene dargestellt (siehe Abschnitt 3.1.4). Als konservative Leistungen können demnach Leistungen definiert werden, die diagnosespezifisch erbracht werden und keine operativen Leistungen sind. Sinngemäß können diese mit „Versorgung von...“ in Verbindung mit einem krankhaften Zustand oder einer Krankheit (z. B. Diabetisches Koma, Multiple Sklerose, Infektionskrankheiten etc.) umschrieben werden. Im Vergleich zu operativen Leistungen lässt sich Qualitätssicherung für die so definierte Art konservativer Leistung jedoch nur mit erheblich größerem Aufwand umsetzen, insbesondere wenn es sich um chronische Erkrankungen handelt. Dies findet seinen Niederschlag auch in den derzeit im deutschen Gesundheitssystem angewandten Maßnahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung: Die Mehrzahl sowohl der QS-Verfahren, der Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität als auch der in den Mm-R festgelegten Mindestmengen beziehen sich auf operative Leistungen. Lediglich einige wenige Verfahren oder Maßnahmen adressieren eine dieser Definition entsprechende konservative Leistung (z. B. Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL)²⁸, QFR-RL, *Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET)*, *Perinatalmedizin*, *Ambulant erworbene Pneumonie*, *Dekubitusprophylaxe*, Mm-R: Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von < 1250 g).

²⁸ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 16. Mai 2006, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 1. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/47/> (abgerufen am 14.01.2021).

Auch hier sind keine fachlichen Gründe ersichtlich, die eine oder die andere Art der Leistung eher für PlanQI zu bevorzugen. Die Unterscheidung von operativen und konservativen Leistungen ist rein medizinisch und daher im Kontext der Qualitätssicherung grundsätzlich nicht maßgeblich. Auch vonseiten der Expertinnen und Experten wurde keine Positionierung zugunsten einer der beiden Leistungsarten vorgenommen. Es handelt sich um unterschiedliche Therapien, die jeweils mit spezifischer Indikation gewählt werden und in der medizinischen Versorgung gleichrangig sind. Einzig die Tatsache, dass mit den derzeitigen QS-Maßnahmen überwiegend operative Leistungen adressiert werden, könnte ein Hinweis sein, dass künftig der Fokus eher auf den konservativen Leistungen liegen sollte.

Sowohl operative als auch konservative Leistungen eignen sich für eine Qualitätssicherung durch **Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität** oder im Rahmen der **DeQS-RL**. Zur Qualitätssicherung durch Vermeidung von „Gelegenheitsversorgung“, besonders der operativen oder komplexen konservativen Versorgung, eignen sich die Mindestmengen der **Mm-R**. Die Auswahl kann aufgrund der medizinischen Gegebenheiten der adressierten Leistung getroffen werden. Grundsätzlich sind auch durch Qualitätsverträge sowohl operative als auch konservative Themen adressierbar.

Ein Merkmal der operativen Leistungen kann im Einzelfall ein spezifisches Potenzial zur Mengenausweitung sein. Daher könnte hier eine vorgelagerte Qualitätssicherung im Rahmen der Richtlinie zum Zweitmeinungsverfahren (Zm-RL) in Bezug auf die Indikationsqualität wirksam sein – jedoch nicht als Alternative zu PlanQI. Die Dimensionen Struktur- und Prozessqualität könnten dabei ergänzend durch PlanQI gesichert werden.

3.2.6 Finanziell attraktive Leistungen

Bereits im Rahmen des „Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ aus dem Jahr 2018, aber auch in den Interviews zu diesem Bericht wurde von Expertinnen und Experten auf Leistungen hingewiesen, die diese als „lukrativ“ oder „finanziell attraktiv“ bezeichneten und bei welchen ein Anstieg der Fallzahlen zu beobachten ist (IQTIG 2018a: 43). Auch der Krankenhausplan NRW 2015 beruft sich auf bundesweite Hinweise, wonach eine wirtschaftlich motivierte Tendenz, „selektiv finanziell attraktive Leistungen zu erbringen“, zu beobachten sei (MGPEA NRW 2013: 35). Darunter sind nicht notwendigerweise Leistungen zu verstehen, die mit DRGs mit hoher Bewertungsrelation einhergehen. Eher können die so bezeichneten Leistungen definiert werden als „Leistungen, bei denen zwischen Aufwand und Ertrag eine erhebliche Spannweite besteht“ (MGPEA NRW 2014: 5), bei denen also ein wirtschaftlicher Anreiz in einer Mengenausweitung bei gleichzeitiger Optimierung des Ertrags je Leistung bestehen könnte. Im „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2018a) wurde dargelegt, dass sowohl seitens der Krankenhausplanungsbehörden als auch seitens der Fachexpertinnen und Fachexperten eine Mengenausweitung aufgrund wirtschaftlicher Anreize für einzelne Leistungen als möglich eingeschätzt wird. Auch der Gesetzgeber sah in diesem Zusammenhang Handlungsbedarf und etablierte im SGB V einen Anspruch auf Zweitmeinung für planbare Eingriffe, bei denen hinsichtlich der „zahlenmäßigen Entwicklung [ihrer] Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszu-

schließen ist“ (§ 27b Abs. 1 SGB V). Ein messbarer Anstieg von Fallzahlen einer bestimmten Leistung kann demnach auch als ein Indiz für eine mögliche Indikationsausweitung und damit für besonderen Steuerungsbedarf interpretiert werden, weshalb sich diese Leistung für eine Qualitätssicherung mit PlanQI eignen könnte. Wie im Einzelnen ermittelt werden kann, welche Leistungen (bzw. welche DRGs) darunter gefasst werden, ist nicht Gegenstand dieses Auftrags. In den Experteninterviews wurden hierzu beispielhaft Themen genannt, für die aus Sicht der Befragten eine Qualitätssicherung mit PlanQI sinnvoll sein könnte:

Also ich würde die gesamte Tumorthherapie, die ja bisher rein wissenschaftlich nur aufgestellt ist, die aber eine immense Menge an Geld auch verschlingt, würde ich mit integrieren, um die Rechtfertigung des finanziellen Aufwandes in irgendeiner Form auch zu erfassen. Prinzipiell weiterhin könnten Sie jede Art von operativem Eingriff, aber auch interventionellen Eingriff mit integrieren. (Expl 3 Klin PlanQI 2020)

[...] ich denke zum Beispiel an die Orthopädie und die Endoprothetik, das geht ja auch immer durch die Presse, sieht man ja, dass so viele Hüfteingriffe gemacht werden, Hüft-[Totalendoprothesen], der Ersatz – oder Kniegelenkoperationen, diese Sachen. Also das sind schon Fachgebiete, also ist praktisch Orthopädie oder Unfallchirurgie, wo man das machen könnte. Oder auch – es ist auch typisch, dass bei uns zu viele Herzkatheter gemacht werden in Deutschland. Das – also die Kardiologie wäre eine Möglichkeit, wo man eigentlich einsetzen könnte. [...] Die schlage ich deswegen vor, weil hier sehr, sehr viel Eingriffe gemacht werden und die Sinnhaftigkeit hinterfragt wird. Es wird schon hinterfragt, weil wir in Deutschland – und wenn das hier schon gemacht wird, dann muss es auch wenigstens gut gemacht werden. Also deswegen ist es für mich wichtig. (Expl 14 Klin PlanQI 2020)

3.2.7 Versorgungsbereiche mit erheblichem vermuteten Qualitätsdefizit

Leistungen oder Qualitätsaspekte mit großem vermuteten Qualitätsdefizit könnten sich aus den Ergebnissen der Verfahren der gesetzlichen Qualitätssicherung ergeben. Ebenso ließen sich aus den Erkenntnissen von Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität Qualitätsdefizite detektieren. Eine weitere Möglichkeit, Versorgungsthemen bzw. Qualitätsaspekte mit großem vermuteten Qualitätsdefizit zu erschließen, besteht in der Durchführung von Konzeptstudien.

Die Einschätzung, dass Versorgungsbereiche mit großem vermuteten Qualitätsdefizit zu identifizieren seien, um diese dann mit PlanQI zu steuern, wurde auch in den Experteninterviews geäußert:

Wenn man jetzt nicht häufig und bekannte Probleme usw., hohe Risiken, wenn man das nicht nimmt als Auswahlkriterium – man kann natürlich auch sagen: Wo ist denn der größte Nutzen zu erwarten für die Bürger, Patientinnen und Patienten, wenn in einem Bereich eben etwas geplant wird oder nicht geplant wird? Das heißt, da wo also die letztlich größten Qualitätsunterschiede zwischen Abteilungen bestehen und wo, wenn ich plane, dass es nur

noch in einer bestimmten Abteilung stattfindet, dass dann eben der größte Gesundheitsgewinn letztlich zu erzielen ist für Patientinnen und Patienten. Das könnte eigentlich ein wesentliches Planungskriterium sein. Also da, wo sich Planung lohnt. (Expl 4 WiFo PlanQI 2020)

Folgerichtig sollte bei großem Qualitätsdefizit dann auch die stärkste Maßnahme greifen können, die Herausnahme aus dem Krankenhausplan. Hierbei würde jedoch nicht allein die Größe des Defizits eine Rolle spielen, sondern vielmehr auch, dass wenn die Ursachen dafür z. B. in strukturellen Rahmenbedingungen liegen, diesen eher auf Ebene der Krankenhausplanung begegnet werden könnte.

3.3 Fazit

Bezugsebenen

Bei der Neuausrichtung von Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung, die mit dem vorliegenden Bericht angestoßen werden wird, sollte geprüft werden, ob ein Verfahren mit PlanQI weiterhin darauf ausgerichtet werden soll, „in der Zusammenschau eines Indikatorensets die Bewertung der Versorgungsqualität **einer Abteilung** [Hervorhebung nur hier] [zu] ermöglichen“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 89), zumal der Wortlaut des § 136c SGB V diesbezüglich keine explizite Festlegung beinhaltet und das KHG auch bereits eine nur teilweise Nichtaufnahme oder Herausnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan vorsieht (§ 8 Abs. 1a und b KHG). Daneben deutet auch die Begründung zum KHS an, dass es sich bei der krankenhauserischen Fokussierung auf Fachgebiete bzw. -abteilungen um den Ist-Zustand, jedoch nicht zwingend um das Zukunftsmodell einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung handelt: „In den Ländern erfolgt **bisher** [Hervorhebung nur hier] regelmäßig keine Beplanung einzelner Leistungen oder Leistungsbereiche, sondern von Abteilungen“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 89). Hierdurch eröffnet sich Raum für eine Prüfung alternativer Bezugsebenen bzw. eine Neuausrichtung der Bezugsebene von PlanQI.

Nach Analyse der einzelnen Bezugsebenen ist festzuhalten, dass alle hier beschriebenen Bezugsebenen von einer großen Heterogenität gekennzeichnet sind. Krankenhausplanung fällt in die Kompetenz der Bundesländer und erfolgt dort aktuell auf Ebene von Gebieten, Facharztkompetenzen oder Schwerpunkten der jeweils länderspezifischen ärztlichen WBO bzw. von entsprechenden Fachabteilungen. Das fachliche Spektrum der einzelnen Standorte wird von den Krankenhausplanungsbehörden nach dem festgestellten Bedarf geplant. Das tatsächliche Leistungsspektrum von Fachabteilungen hingegen bleibt weitgehend in der Entscheidung des jeweiligen Trägers. Dies führt dazu, dass selbst bei gleicher Gebietsbezeichnung eine Fachabteilung nicht mit einer anderen vergleichbar ist.

Die Bezugsebene „Krankenhausstandort“ bietet den Vorteil, Qualitätsaussagen zu einem kompletten Standort zuzulassen. Dies jedoch nur in Bezug auf Querschnittsbereiche und aufgrund der Heterogenität von Standorten nur sehr leistungs- und indikationsunspezifisch. Der Nutzen ist daher eher fraglich, zumal ein Querschnittsbereich lediglich wenige Qualitätsaspekte abbildet

und daher eher nicht als Grundlage krankenhauplanerischer Entscheidungen, wie Ausnahme aus dem Krankenhausplan oder Auswahl, geeignet wäre. Derzeit ist die Bezugsebene nicht kongruent mit der Krankenhausplanung in den Bundesländern.

Zur Bezugsebene „(Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung“ könnte Qualität anhand von Mindestanforderungen an die Strukturqualität messbar sein, jedoch nur sehr leistungsunspezifisch. Somit ist fraglich, ob dies mit einem wesentlichen Nutzen verbunden wäre. Die Darstellung von Prozess- und Ergebnisqualität wäre nur durch eine Zusammenschau auf Grundlage von GLB möglich.

Die Bezugsebene „Leistungsgruppe“ bietet die Möglichkeit, Transparenz über die Qualität eindeutig definierter Gruppen von Leistungen herzustellen. Auf der Grundlage von Informationen zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bietet die Bezugsebene gute Steuerungsmöglichkeiten, ohne zugleich ganze Standorte oder Fachabteilungen zu betreffen. Hinsichtlich des beschriebenen – für eine Komplettabdeckung eher unrealistischen – Aufwands könnte eine Option jedoch die isolierte Entwicklung von Indikatoren zur Strukturqualität bzw. strukturellen Mindestanforderungen sein, wie dies beispielsweise im Rahmen der Zürcher SPLG umgesetzt ist. Der Aufwand würde sich dann zunächst auf die Bildung der Leistungsgruppen und Festlegung gruppenbezogener Strukturanforderungen beschränken. Wenn nicht die gesamte stationäre Versorgung mit Leistungsgruppen abgedeckt werden soll, könnte zur weiteren Reduktion des Aufwands auf eine systematische Bildung von Leistungsgruppen verzichtet werden. In diesem Fall würde eine Auswahl einzelner Leistungen und die Bildung einzelner Leistungsgruppen erfolgen, für die im weiteren Mindestanforderungen an die Strukturqualität gebildet würden. Aufgrund einer etwas eingeschränkten und dadurch kürzeren Machbarkeitsprüfung für strukturelle Mindestanforderungen kann dabei von einer insgesamt leicht verkürzten Entwicklungszeit ausgegangen werden (siehe Abschnitt 5.1.5).

„Leistung“ als Bezugsebene bietet enge Anknüpfungspunkte für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowie eine gute Steuerungsmöglichkeit. Allerdings würde dies einen immensen Aufwand erfordern und ist aktuell keine Planungseinheit in der Krankenhausplanung. Allerdings ist die Bezugsebene „Leistung“ diejenige, für die sich am einfachsten eine Qualitätsaussage treffen lässt, wie dies auch in der Konzeption der aktuellen PlanQI-RL umgesetzt ist.

Einer Abdeckung der gesamten stationären Versorgung bzw. aller beplanten Bereiche kann sowohl auf den Bezugsebenen „(Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung“ als auch „Leistungsgruppe“ (außer nur strukturelle Mindestanforderungen) und „Leistung“ nicht entsprochen werden, da dies empirisch nicht umsetzbar erscheint. Generell sollte die Absicht hinterfragt werden, eine umfassende Abdeckung der stationären Versorgung zu erzielen. Auch Döbler und Arens (2020: 99) weisen darauf hin, dass nicht erwartet werden könne, „dass ein solches Verfahren (dies gilt allerdings für jedes denkbare Modell) tatsächlich alle potentiell planungsrelevanten Defizite identifizieren kann“. Die Abbildung punktueller Themen (siehe Abschnitt 3.2) erscheint dabei sinnvoller und umsetzbar, erfordert aber auch eine Eingrenzung der planerischen Konsequenzen auf diese Schwerpunkte. Dabei können beispielsweise auf der Bezugsebene „Leistungsgruppe“ Mindestanforderungen an die Strukturqualität in allen Leistungsgruppen um Anforderungen an die Prozess- und Ergebnisqualität in besonders geeigneten Themen ergänzt werden.

Grundsätzlich sind für alle beschriebenen Bezugsbenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren denkbar, deren Ergebnisse Grundlage für krankenhausplanerische Entscheidungen sein können. Die Verwendung von Mindestanforderungen an die Strukturqualität ist allerdings aufgrund deren binärer Funktion auf Entscheidungen hinsichtlich Aufnahme (Schritt 1) in den und Herausnahme aus dem Krankenhausplan beschränkt. Für die Bezugsebene „Krankenhausstandort“ können diese zudem nur sehr leistungsunspezifisch und ihr Nutzen für diese Bezugsebene daher eher begrenzt sein. Für Auswahlentscheidungen bzw. Kapazitätsausweitung eignen sich Prozess- und Ergebnisindikatoren. Diese lassen eine Qualitätsaussage auch zu „guter Qualität“ oder quantitative Vergleiche von Leistungserbringern zu (siehe Kapitel 4). Für die Bezugsebene „Krankenhausstandort“ könnten sich diese jedoch einzeln als zu unspezifisch als Grundlage krankenhausplanerischer Entscheidungen erweisen, während für die Bezugsebenen „(Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung“, „Leistungsgruppe“ und „Leistung“ der Nutzen im Vergleich zum Aufwand infrage gestellt werden muss.

Angesichts der beschriebenen Limitationen hält das IQTIG PlanQI am ehesten für die Bezugsebene „Leistungsgruppe“ (morbidity- oder leistungsbezogen) für geeignet. Für diese ließe sich in Form von gruppenbezogenen Mindestanforderungen an die Strukturqualität ein Instrument entwickeln, das für krankenhausplanerische Entscheidungen zur Aufnahme (Schritt 1) in den bzw. Herausnahme aus dem Krankenhausplan hilfreich sein könnte. Mit dem Fokus auf Strukturanforderungen könnte damit bei vertretbarem Aufwand das Leistungsgeschehen relativ breit adressiert werden. Ergänzend könnten für ausgewählte Leistungsgruppen – analog den „Leistungen“ der gesetzlichen Qualitätssicherung – Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren eingesetzt und diese sukzessive auf weitere Leistungsgruppen erweitert werden. Damit könnten in ausgewählten Bereichen krankenhausplanerische Auswahlentscheidungen unterstützt werden. In der Zukunft könnte jedoch mit einer Krankenhausplanung, basierend auf vorab einheitlich definierten Leistungsgruppen, die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, PlanQI für das gesamte Spektrum der stationären Versorgung einsetzen zu können.

Arten von Leistungen

Die bereits zur Qualitätssicherung eingesetzten Instrumente und Maßnahmen können auf unterschiedliche Weise Anwendung finden und wirken. Zukünftig sollen diese noch ergänzt werden um PlanQI, um damit eine qualitativ hochwertige Versorgung im Rahmen der Krankenhausplanung steuern zu können. Zugleich können verschiedene Arten von Versorgung unterschieden werden, die jeweils auf unterschiedliche Weise qualitätsgesichert werden können. Inwieweit noch eine systematische Zuordnung von Maßnahmen der Qualitätssicherung zu einzelnen Arten der Versorgung notwendig ist, kann hier nicht abschließend beurteilt werden. Für die Empfehlung von Steuerungsinstrumenten könnte jedoch ein vom IQTIG entwickeltes Rahmenmodell für die gesetzliche Qualitätssicherung als Grundlage dienen (IQTIG 2020e).

Eine beispielhafte Zuordnung einzelner Leistungen oder Leistungsbereiche aus den unterschiedlichen Maßnahmen der derzeit stattfindenden Qualitätssicherung zu den Arten von Leistungen wird in Tabelle 3 veranschaulicht. Es wird dargestellt, dass alle Arten von Leistungen mit Maßnahmen der derzeitigen Qualitätssicherung adressiert werden können. Gleichzeitig zeigt sich, dass die einzelnen Maßnahmen nicht spezifisch für einzelne Arten geeignet sind, sondern relativ

flexibel einsetzbar sind. Insbesondere mit Einführung der QFD-RL sind auch im Rahmen der bestehenden Qualitätssicherung Konsequenzen bis hin zu einem Leistungserbringungsverbot bei Qualitätsdefiziten durchsetzbar, sodass diskutiert werden könnte, in welche Lücke hier nun PlanQI noch stoßen könnte. Eine Möglichkeit wäre die krankenhausplanerische Förderung von „guter Qualität“.

Als Ergebnis der Diskussion und unter Einbeziehung der Aussagen der beteiligten Expertinnen und Experten könnte am ehesten die diagnosespezifische Notfallversorgung bei schwerwiegenden Erkrankungen mit vitaler Bedrohung (z. B. Schlaganfall, Herzinfarkt) für PlanQI geeignet sein. Allerdings könnten hier auch die Regelungen des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern wirksam sein. Außerdem könnten Leistungen geeignet sein, die aufgrund ihrer Komplexität (z. B. Tumore, Schlaganfall) oder bei potenzieller Überversorgung/Mengenausweitung (z. B. Endoprothetik) einen erhöhten Steuerungsbedarf anzeigen. Hier könnten jedoch bereits eingeführte Maßnahmen, wie Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität oder Mm-R, einen entsprechenden Effekt erzielen. Grundsätzlich erscheint die Grund-/Regelversorgung eher ungeeignet, da durch die Herausnahme einer Fachabteilung oder eines Krankenhauses aus dem Krankenhausplan prinzipiell ein Risiko für die flächendeckende Versorgung anzunehmen ist.

Tabelle 3: Arten von Leistungen, Fachbereichen oder Themen sowie zugeordnete Indikationen, die in anderen QS-Maßnahmen des G-BA adressiert werden

Arten	Richtlinien zur Strukturqualität	DeQS-RL	Mindestmengenregelung
Notfallversorgung		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cholezystektomie (QS CHE) ▪ Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI) 	
Elektive Versorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauch-aortenaneurysma (QBAA-RL)²⁹ ▪ Richtlinie zu minimal-invasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL)³⁰ ▪ Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) ▪ Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cholezystektomie (QS CHE) ▪ Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI) ▪ Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) ▪ Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende) ▪ Nierentransplantation (inkl. Lebendspende) ▪ Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus ▪ Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas ▪ Stammzelltransplantation ▪ Kniegelenk-Totalendoprothesen
Grund-/Regelversorgung		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cholezystektomie (QS CHE) ▪ Perinatalmedizin (QS PM) ▪ Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) ▪ Dekubitusprophylaxe (QS DEK) 	
Schwerpunktversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauch-aortenaneurysma (QBAA-RL) ▪ Richtlinie zu minimal-invasiven 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI) ▪ Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende) ▪ Nierentransplantation (inkl. Lebendspende)

²⁹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma. In der Fassung vom 13. März 2008, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 1. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/65/> (abgerufen am 14.01.2021).

³⁰ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser. In der Fassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 1. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/84/> (abgerufen am 14.01.2021).

Arten	Richtlinien zur Strukturqualität	DeQS-RL	Mindestmengenregelung
	<p>Herzklappeninterventionen (MHI-RL)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) ▪ Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) 	<p>Pankreastransplantationen (QS NET)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) ▪ Hüftgelenkversorgung (QS HGV) ▪ Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) ▪ Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) ▪ Mammachirurgie (QS MC) ▪ Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) ▪ Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus ▪ Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas ▪ Stammzelltransplantation ▪ Kniegelenk-Totalendoprothesen ▪ Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von < 1250 g
Komplexe Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma (QBAA-RL) ▪ Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL) ▪ Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) ▪ Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI) ▪ Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) ▪ Transplantationsmedizin (QS TX) ▪ Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) ▪ Hüftgelenkversorgung (QS HGV) ▪ Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) ▪ Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) ▪ Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende) ▪ Nierentransplantation (inkl. Lebendspende) ▪ Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus ▪ Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas ▪ Stammzelltransplantation ▪ Kniegelenk-Totalendoprothesen ▪ Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von < 1250 g
Einfache Leistungen		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cholezystektomie (QS CHE) ▪ Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) 	

Arten	Richtlinien zur Strukturqualität	DeQS-RL	Mindestmengenregelung
Fachspezifische Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauch-aortenaneurysma (QBAA-RL) ▪ Richtlinie zu minimal-invasiven Herzklappen-interventionen (MHI-RL) ▪ Richtlinie zur Kinder-onkologie (KiOn-RL) ▪ Richtlinie zur Kinder-herzchirurgie (KiHe-RL) ▪ Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dekubitusprophylaxe (QS DEK) ▪ Perkutane Koronarinter-vention (PCI) und Koronar-angiographie (QS PCI) ▪ Nierenersatztherapie bei chronischem Nieren-versagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) ▪ Transplantationsmedizin (QS TX) ▪ Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) ▪ Hüftgelenkversorgung (QS HGV) ▪ Knieendoprothesen-versorgung (QS KEP) ▪ Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) ▪ Mammachirurgie (QS MC) ▪ Versorgung mit Herz-schrittmachern und implantierbaren Defi-brillatoren (QS HSMDEF) ▪ Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende) ▪ Nierentransplanta-tion (inkl. Lebend-spende) ▪ Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus ▪ Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas ▪ Stammzell-transplantation ▪ Kniegelenk-Total-endoprothesen ▪ Versorgung von Früh- und Neugebo-renen mit einem Ge-burtsgewicht von < 1250 g
Querschnittsleistungen		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vermeidung nosokomialer Infektionen – post-operative Wundinfektio-nen (QS WI) ▪ Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) ▪ Dekubitusprophylaxe (QS DEK) 	

Arten	Richtlinien zur Strukturqualität	DeQS-RL	Mindestmengenregelung
Operative Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauch-aortenaneurysma (QBAA-RL) ▪ Richtlinie zur Kinderherzchirurgie (KiHe-RL)³¹ 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cholezystektomie (QS CHE) ▪ Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) ▪ Transplantationsmedizin (QS TX) ▪ Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) ▪ Hüftgelenkversorgung (QS HGV) ▪ Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) ▪ Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP) ▪ Mammachirurgie (QS MC) ▪ Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF) ▪ Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende) ▪ Nierentransplantation (inkl. Lebendspende) ▪ Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus ▪ Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas ▪ Kniegelenk-Totalendoprothesen
Konservative Leistungen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Richtlinie zur Kinderonkologie (KiOn-RL) ▪ Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie (QS PCI) ▪ Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET) ▪ Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP) ▪ Dekubitusprophylaxe (QS DEK) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stammzelltransplantation ▪ Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht von < 1250 g

³¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V. In der Fassung vom 18. Februar 2010, zuletzt geändert am 20. November 2020, in Kraft getreten am 1. Dezember 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/71/> (abgerufen am 14.01.2021).

4 Bewertungskriterien und -maßstäbe

Der Auftragsgegenstand unter Nr. 2 in Teil A adressiert eine differenzierte Qualitätsbewertung: Geprüft werden soll, „welche Voraussetzungen [...] für eine [...] Feststellung einer ‚in erheblichem Maß unzureichenden Qualität‘ in Abgrenzung von der ‚unzureichenden Qualität‘ vorliegen müssen“ (Teil A Nr. 2, G-BA 2020b: 2). Dabei soll die Feststellung „fachwissenschaftlich“ hergeleitet werden können. Kern des Kapitels bildet die Darstellung von verschiedenen Optionen zur weiter differenzierten Qualitätsbewertung sowie von Optionen, sollte auf diese weitere Differenzierung verzichtet werden (siehe Abschnitt 4.1.2). Unter weiterer Differenzierung der Qualitätsbewertung wird verstanden, dass über die Abgrenzung von zwei Qualitätsniveaus (z. B. „erwartbare“ vs. „unzureichende Qualität“) hinaus eine weitere Differenzierung erfolgt, sodass „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ von „unzureichender Qualität“ abgegrenzt werden kann. Auch im Bereich der „guten Qualität“ könne eine weitere Differenzierung (z. B. in „ausgezeichnete Qualität“) erfolgen.

Eine Prüfung der Voraussetzungen für „unzureichende Qualität“ wird in vorliegendem Bericht nicht vorgenommen, da in der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)³² bereits festgelegt ist, unter welchen Bedingungen „unzureichende Qualität“ festgestellt werden muss. Neben „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ soll auch geprüft werden, inwiefern „gute Qualität“ (siehe hierzu Abschnitt 4.2) sowie Mindestanforderungen abgebildet werden können (siehe hierzu Abschnitt 4.1.2). Mindestanforderungen werden hier als strukturelle Anforderungen verstanden, die auch ohne laufenden Krankenhausbetrieb erhoben und vorausgesetzt werden können und die binär mit „erfüllt“ oder „nicht erfüllt“ beantwortet werden können. Diese Eingrenzung auf Mindestanforderungen an die Strukturqualität wurde in Absprache mit der zuständigen Arbeitsgruppe (AG) zu PlanQI am G-BA getroffen, da es bei dem Auftragsbestandteil darum geht, in erster Linie den Planungszweck der Aufnahme (Schritt 1) zu adressieren. Es werden unter Mindestanforderungen an die Strukturqualität jedoch nicht ausschließlich vom G-BA bereits in den Richtlinien zur Strukturqualität festgelegte Struktur Anforderungen verstanden.³³

Bei der Darstellung der verschiedenen Optionen zur Differenzierung der Qualitätsbewertung werden die Bewertungsoptionen hinsichtlich ihrer Komplexität bei der Entwicklung, ihrer Objektivität bei der Bewertung und ihrem Aufwand in der Entwicklung und im Regelbetrieb – bei Institutionen der Qualitätssicherung sowie den Behörden – eingeschätzt. Jede Bewertungsoption wird weiterhin hinsichtlich des verbleibenden Ausgestaltungsspielraums für die Länder beurteilt: Die Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung sollen einerseits „praktikabel“ sein, jedoch den „Ausgestaltungsspielraum der Länder“ nicht zu stark einschränken (G-BA 2020b: 2). Ausführun-

³² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 14. Mai 2020, in Kraft getreten am 14. Mai 2020. URL: <https://www.g-ba.de/richtlinien/91/> (abgerufen am 14.01.2021).

³³ Siehe hierzu Bericht zur Prüfung der Ableitung aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen (IQTIG 2018b).

gen hierzu finden sich in Abschnitt 4.3. Herausfordernd dabei ist, dass die PlanQI „nach bisherigem Verständnis [...] in der Zusammenschau eines Indikatorensets die Bewertung der Versorgungsqualität einer [...] Abteilung“ ermöglichen sollen (G-BA 2020b: 4 f., vgl. BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 89) (siehe hierzu auch Abschnitt 3.1.2).

Ausgangsbasis der Bearbeitung der Fragestellung zu den Maßstäben und Kriterien zur Bewertung sind die Ergebnisse des „Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2018a). Weiterhin wurden aktuelle Bearbeitungen des IQTIG zu ähnlichen Fragestellungen aufgegriffen (Qualitätsportal und Weiterentwicklung des Strukturier-ten Dialogs) (IQTIG 2020b, IQTIG 2020f). Bei der Bearbeitung wurde weiterhin auf Literatur zu *accountability* zurückgegriffen (siehe Abschnitt 2.1) sowie auf das Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ (PD 2019). Ergebnisse zu der Verwendung von Qualitätsinformationen für die Krankenhausplanung in der Schweiz (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz“) und in Österreich (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Österreich“) wurden einbezogen. Zuletzt sind die Ergebnisse aus Experteninterviews (siehe Abschnitt 2.2) und dem Expertenworkshop (siehe Abschnitt 2.3) eingegangen.

4.1 Grundsätze der Qualitätsbewertung zum Zweck der qualitätsorientierten Krankenhausplanung

Im Kontext der externen Qualitätssicherung ist grundsätzlich nach dem Zweck der Qualitätsmessung zu unterscheiden; nämlich *improvement* (z. B. Peer-Reviews, eigenständige qualitätsorientierte Umgestaltung der Versorgung durch Leistungserbringer) auf der einen Seite und *accountability* (z. B. öffentliche Berichterstattung, Planungsentscheidungen) auf der anderen Seite (vgl. Solberg et al. 1997, Berwick et al. 2003, vgl. IQTIG 2020f). Beide Ansätze verfolgen das gleiche Ziel einer besseren Gesundheitsversorgung, unterscheiden sich jedoch in ihren Wirkmechanismen (Berwick et al. 2003).

PlanQI sind dieser Logik von Berwick et al. (2003), Solberg et al. (1997) und Quentin et al. (2019) folgend dem Ansatz der *accountability* zuzuordnen. Entscheidungsträger, im speziellen Fall von PlanQI in letzter Instanz die Landesplanungsbehörden, sollen durch das Zugreifen auf aussagekräftige leistungserbringerbezogene Qualitätsinformationen in die Lage versetzt werden, eine Selektion von Krankenhausstandorten mit höherer Qualität für eine bestimmte Bezugsebene (siehe Abschnitt 3.1) vornehmen zu können (Berwick et al. 2003, vgl. IQTIG 2020f). Ein solches Verfahren schafft in seiner theoretischen Anlage den Anreiz für Leistungserbringer, die eigene Qualität zu steigern, um im Vergleich mit anderen Leistungserbringern eine bessere Beurteilung durch die Landesplanungsbehörde zu erzielen. Der Brückenschlag von *accountability* zum Ansatz des *improvements* liegt nach Berwick et al. (2003) zumindest theoretisch darin, dass durch die Rückmeldung von Qualitätsergebnissen an die Leistungserbringer selbst, diese weitergehende Einblicke in die eigene Versorgungsqualität erhalten und damit in die Position versetzt werden, die Versorgung so umzugestalten, dass sie eine höhere Qualität erreicht.

Die Qualitätssicherung im Sinne des *accountability*-Ansatzes misst Qualität jedoch explizit zu dem Zweck, eine summative Bewertung der dargebotenen Versorgungsqualität vornehmen zu können. Dahinter steht die Idee, dass Unterschiede in der Versorgungsqualität im Zuge dieser

Messungen identifiziert werden können, die auch tatsächlich einer definierten Leistungseinheit zuschreibbar sind (Quentin et al. 2019). Dabei ist der *accountability*-Ansatz hinsichtlich der Unterscheidungsrichtung auf einer Skala von „schlechter Qualität“ bis „hoher Qualität“ beiderseits anwendbar (Quentin et al. 2019). Die Abgrenzung zum *improvement*-Ansatz liegt daher darin, dass bei diesem die interne und lokale Interpretation der Qualitätsmessungen im Vordergrund steht. Die Qualitätsmessungen sollen auf Ebene des Standorts im Sinne eines Aufgreifkriteriums als Feedback für Verbesserungen dienen, die insbesondere durch Umstellungen von Prozessen erreicht werden können. Das standortinterne „Lernen aus Fehlern“ steht im Vordergrund, ohne unmittelbar durch Veröffentlichung der Qualitätsergebnisse externe Konsequenzen fürchten zu müssen (Quentin et al. 2019).

Qualitätsniveaus

Die Bewertung der Versorgungsqualität zum Zweck der Krankenhausplanung beruht auf dem Abgleich der geforderten mit den beobachteten Ergebnissen des Indikators. Bei der datengestützten Qualitätssicherung bezeichnet die feste Referenzbereichsgrenze des Qualitätsindikators die Versorgungsqualität, die von jedem Leistungserbringer erwartet wird. Es gibt demnach Anforderungen, bei denen erwartet wird, dass sie von jedem Leistungserbringer erfüllt werden. So steht eine Abweichung vom geforderten Ergebnis für das Nichterreichen des geforderten Qualitätsniveaus der Versorgung.

Die Indikatoren der bisherigen QS-Verfahren nach der QSKH-RL und DeQS-RL dienen dazu, die Leistungserbringer auf Bereiche hinzuweisen, in denen sie Anforderungen nicht erreichen, die von jedem Leistungserbringer erfüllt werden können und sollen (erwartbare Standards der Versorgung) (vgl. Frahm et al. 2018: 449). Dieses Qualitätsniveau wird als „erwartbare“ oder (im PlanQI-Verfahren) „zureichende Qualität“ bezeichnet, der Bereich darunter nach der plan. QI-RL als „unzureichende Qualität“, nach den Qb-R als „qualitativ auffällig“ und nach den Vorschlägen des IQTIG als „Qualitätsdefizit“ (IQTIG 2020f: 151 ff.) (schematische Darstellung in Abbildung 2). Der Begriff „erwartbar“ wird hier im normativen Sinne gebraucht, also im Sinne von Anforderungen, deren Erfüllung von jedem Leistungserbringer erwartet wird. Er meint nicht „erwartet“ im Sinne einer Prognose, welche Ergebnisse voraussichtlich von den Leistungserbringern erreicht werden.

Bestimmte Anforderungen an die Versorgungsqualität sollen von jedem Leistungserbringer erfüllt werden, wenn er an der Versorgung teilnehmen möchte (z. B. Mindestanforderungen). Unterschreitet die Qualität diese „erwartbare Qualität“, kann sie unmittelbar (ohne vorher „unzureichend“ abzustufen) als „in erheblichem Maß unzureichend“ bzw. das Defizit als „erheblich“ bezeichnet werden (siehe dazu Optionen B1, B2 oder E).

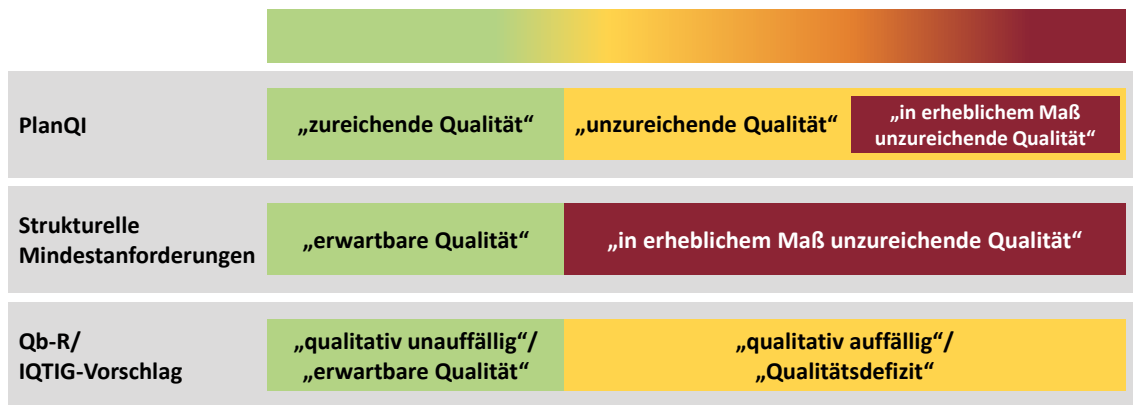


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Qualitätsniveaus im Bereich der „erwartbaren“ und „unzureichenden Qualität“

Eine Ursachenanalyse gehört nicht zur eigentlichen Feststellung von „unzureichender“ oder „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“. Ob ein „Qualitätsdefizit“ oder ein „erhebliches Qualitätsdefizit“ also Ursachen hat, die im Rahmen der Qualitätsförderung oder mittels krankenhauplanerischer Maßnahmen adressiert werden sollten, darf bei der Bewertung bzw. bei der Feststellung eines bestimmten Qualitätsniveaus keine Rolle spielen.

Ausführungen zu „guter Qualität“ finden sich in Abschnitt 4.2.

Bevor die verschiedenen Optionen dargestellt werden (siehe Abschnitte 4.1.1 und 4.1.2), ist festzustellen, dass die Forderung nach einer weiteren Differenzierung der Bewertung bzw. nach der Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ nicht für jeden Planungszweck vorgenommen werden muss. Stattdessen wäre ein Verfahren mit PlanQI auch möglich, indem nicht fallbezogene Mindestanforderungen an die Strukturqualität gestellt werden würden, die in einer einfachen binären Bewertungsarithmetik als Kriterien zum Ausschluss aus der Versorgung führen würden. Diese Bewertungsoption ist unter Abschnitt 4.1.2 ausgeführt. Weiterhin könnte statt eines Vergleichs mit einem absoluten Referenzwert nur ein Vergleich von Krankenhäusern untereinander vorgenommen werden. Diese Bewertungsoption ist ebenfalls unter Abschnitt 4.1.2 ausgeführt.

Abbildung 3 macht die Systematik der Optionen zur Differenzierung bzw. Bewertung deutlich. Die dargestellten Bewertungsoptionen sind nicht als in sich geschlossene Bewertungsoptionen zu verstehen, sondern können z. B. für verschiedene Planungszwecke miteinander kombiniert werden.

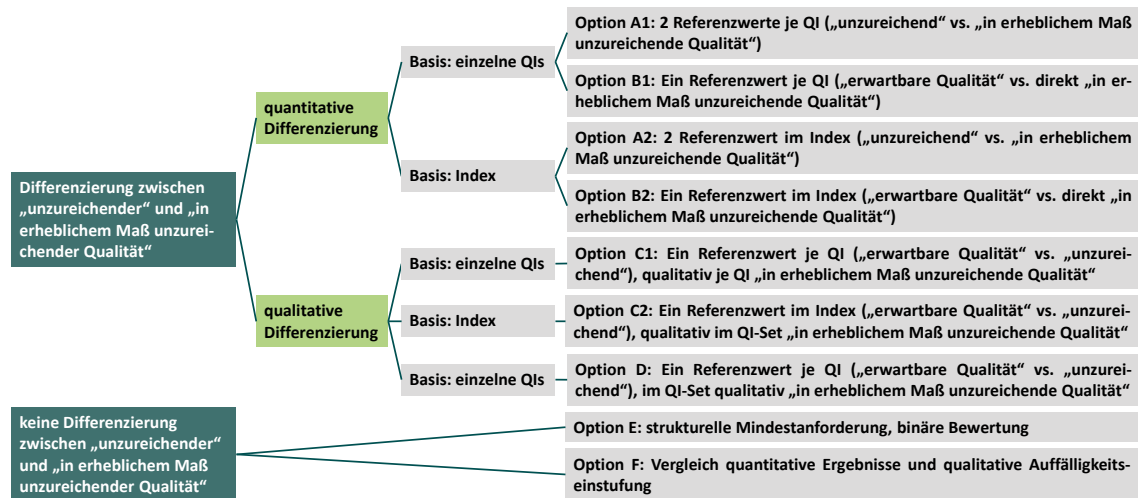


Abbildung 3: Systematik der erarbeiteten Optionen zur Qualitätsbewertung bzw. Differenzierung

4.1.1 Differenzierung der Qualitätsbewertung: „unzureichende Qualität“ vs. „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“

Voraussetzungen für eine weitere differenzierte Bewertung

Im QS-Verfahren PlanQI müssen aufgrund des *accountability*-Ansatzes methodische und statistische Anforderungen an entsprechende Qualitätsindikatoren gestellt werden, da die sich ggf. anschließende Konsequenz bei Nichteinhaltung der Anforderungen bei Planungszweck Herausnahme aus dem Krankenhausplan (siehe „Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke“) in letzter Instanz der Versorgungsausschluss einer definierten Bezugseinheit darstellt. Zudem müssen Qualitätsmessungen für die Planung von Versorgungsstrukturen im stationären Bereich bzw. für den Planungszweck der Herausnahme aus dem Krankenhausplan die Feststellung von „in einem erheblichem Maß unzureichender Qualität“ (§ 8 KHG) erlauben. Dafür herangezogene Indikatoren müssen daher statt einer einfachen binären, zwischen „erwartbarer“³⁴ und „unzureichender Qualität“ unterscheidenden Bewertung zusätzlich eine Differenzierung der Qualitätsniveaus „unzureichende“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ erlauben.

PlanQI müssen eine Reihe an allgemeinen Eignungskriterien an das Messverfahren und darüber hinaus eine Reihe von Anforderungen zur Abbildung einer Bezugseinheit, hinsichtlich Spezifität und hinsichtlich des Planungszwecks erfüllen (siehe Abschnitt 5.3.5). Darüber hinaus müssen weder für die einzelnen Indikatoren noch für die Indikatoren als Set weitere Voraussetzungen für eine solche differenzierte Bewertung, bzw. damit die Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ fachwissenschaftlich hergeleitet werden, kann vorliegen.

³⁴ Im Folgenden wird der Begriff der „erwartbaren Qualität“ verwendet, wenn kein Hinweis auf ein Qualitätsdefizit besteht.

Wird eine differenzierte Qualitätsbewertung gefordert, gibt es grundsätzlich die Möglichkeiten,

- die Differenzierung quantitativ oder qualitativ und
- die Differenzierung auf Basis eines einzelnen Indikators oder mehrerer Indikatoren vorzunehmen.

Aus diesen grundsätzlichen Möglichkeiten ergeben sich drei Kernfragen:

1. Soll eine **quantitativ** differenzierte Qualitätsbewertung auf Ebene **einzelner** Qualitätsindikatoren vorgenommen werden?
2. Soll eine **quantitativ** differenzierte Qualitätsbewertung mit einem quantitativen **Index** für ein Qualitätsindikatorensatz vorgenommen werden?
3. Soll eine **qualitative** Fachbewertung zur Differenzierung der „unzureichenden Qualität“ in „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ vorgenommen werden?

Diese Kernfragen werden in den folgenden Abschnitten näher ausgeführt und konkrete Bewertungsoptionen dargestellt, mit deren Hilfe eine Differenzierung der Qualitätsbewertung denkbar wäre. Die Rahmenbedingungen dieser differenzierten Qualitätsbewertung setzen die Definition verschiedener Qualitätsniveaus voraus (vgl. Abschnitt 4.1). Diese grundsätzliche Frage des Qualitätsniveaus, das das Urteil „in erheblichem Maße unzureichend“ zulässt, kann methodisch über die unten dargestellten Optionen operationalisiert werden.

Differenzierung auf Basis eines einzelnen Indikators oder mehrerer Indikatoren

Eine Differenzierung auf Ebene eines einzelnen Indikators ist deutlich weniger komplex als auf Ebene von mehreren Indikatoren. Jedoch äußern mehrere Expertinnen und Experten Zweifel daran, dass aufgrund eines einzelnen Indikators eine Differenzierung der Qualitätsaussage in „unzureichende Qualität“ und „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ möglich ist (Expl 4 WiFo PlanQI 2020, Expl 14 Klin PlanQI 2020).

Auf dem Expertenworkshop plädierte dagegen eine Vertreterin bzw. ein Vertreter der Landesplanungsbehörden dafür, Einzelindikatoren zur Differenzierung der Bewertung zu verwenden. Man könne deren Ergebnisse dann schon bei einer Bewertung als „unzureichend“ im Sinne eines frühen Warnsignals aufgreifen und Einfluss nehmen. Zudem wäre der Ausschluss einzelner Indikatoren nach § 6 Abs. 1a KHG möglich, ohne dass damit die Möglichkeit der Bewertung generell wegfallen würde.

Zur Abbildung der Versorgungsqualität einer Bezugsebene ist nach Auffassung des IQTIG Inhaltsvalidität auf Ebene des Indikatorensets für die jeweilige Bezugsebene bzw. das jeweilige Qualitätsmodell und damit eine Zusammenschau mehrerer Qualitätsindikatoren essenziell. Die Bewertung für eine Bezugseinheit sollte auf mehreren Qualitätsdimensionen basieren (IQTIG 2019a) und findet dadurch auch eine höhere Akzeptanz. Auch die Berücksichtigung verschiedener Messdimensionen kann die Nachteile einzelner Dimensionen ausgleichen bzw. deren Vorteile besser nutzen (zu den Messdimensionen der Qualitätsindikatoren siehe Abschnitt 5.3.5). Die Verwendung mehrerer Indikatoren für die Differenzierung hat auch den Vorteil, dass durch die unterschiedlichen Grundgesamtheiten der Indikatoren insgesamt größere Fallzahlen für die Bewertung (und damit die Differenzierung der Bewertung) vorliegen. Mithilfe eines einzigen

Qualitätsindikator wäre zwar eine differenzierte Bewertung möglich, jedoch keine Qualitätsaussage zu der gesamten Bezugseinheit. Diese müsste bei Differenzierung auf Basis eines einzelnen Indikators in einem weiteren Schritt, in der Zusammenschau mehrerer Indikatoren erfolgen, was wiederum den Ausgestaltungsspielraum der Länder erhöhen könnte: G-BA und IQTIG würden auf Ebene eines Einzelindikators „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ für einen Qualitätsaspekt feststellen und die Landesplanungsbehörden könnten diese Feststellung in der Zusammenschau auf der Bezugsebene vornehmen. Für die Landesplanungsbehörden könnte es jedoch einfacher sein, nur ein Ergebnis und nicht das Bewertungsergebnis zu mehreren Indikatoren übermittelt zu bekommen.

Zur Differenzierung der Qualitätsbewertung auf mehrere Qualitätsindikatoren zurückzugreifen entspricht auch den Formulierungen im Konsensuspapier der Länder: „Die Qualität wird dann anhand einer Zusammenschau von mehreren Indikatoren (Indikatorenset) für einen Grundleistungsbereich bzw. ein Leistungsbündel beurteilt.“ (Anonym 2019b: 1). Diese Vorstellung wird auf dem Expertenworkshop von Vertreterinnen und Vertretern der Landesplanungsbehörden bestätigt: Mit einem Set an Indikatoren könne die Versorgungsqualität umfassender als über einzelne Aspekte dargestellt werden.

Bei einer quantitativen Bewertung auf Basis von mehreren Qualitätsindikatoren kann auch der Einsatz eines **Index** erwogen werden. So empfehlen Quentin et al. (2019) Indizes (*composite measures*) für die Zwecke der *accountability*. Durch einen Index können beispielsweise komplexe, multidimensionale Qualitätsaussagen zu einem Ergebnis zusammengeführt werden.

Ein Index eignet sich potenziell auch für eine differenzierte Bewertung. Dabei kann die Differenzierung anhand eines Referenzwerts oder mehrerer Referenzwerte auf zwei Arten erfolgen:

- Es werden Referenzwerte für die einzelnen Qualitätsniveaus auf Ebene des Index festgelegt, die die Qualitätsniveaus voneinander abgrenzen.
- Es werden Ergebnisse der Qualitätsindikatoren unter Berücksichtigung der jeweiligen Referenzbereiche der einzelnen, dem Index zugrunde liegenden Qualitätsindikatoren aggregiert, wie beispielsweise im Zwischenbericht zum G-BA-Qualitätsportal (IQTIG 2020b) vorgeschlagen. In diesem Fall ist für den Index ein normativ gesetzter Wert erforderlich, der die Qualitätsniveaus voneinander abgrenzt. Da eine solche Setzung auf den Referenzbereichen der Einzelindikatoren aufbaut, ist keine Evidenz für den Wert erforderlich. Trotzdem ist die Setzung wissenschaftlich herzuleiten und zu begründen.

Letzteres Vorgehen erscheint vor allem dann sinnvoll, wenn die Festlegung von Referenzwerten auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren einfacher und sinnvoller ist, als die Festlegung eines Referenzwerts oder mehrerer Referenzwerte auf Index-Ebene, für die in der Regel wenig Evidenz in der Literatur zu finden ist (IQTIG 2019a, Shwartz et al. 2015, Barclay et al. 2019). Die Berücksichtigung statistischer Unsicherheiten – vor allem bei Leistungserbringern mit kleinen Fallzahlen – ist dabei bei beiden Vorgehensweisen zentral.

Bei der Entwicklung eines Index ist es weiterhin essenziell, Fachexpertise, wissenschaftliche Evidenz sowie statistische und konzeptionelle Expertise bei der Konstruktion zu berücksichtigen (Quentin et al. 2019, IQTIG 2019a, Shwartz et al. 2015, Barclay et al. 2019). Die Methodik der

Indexkonstruktion muss transparent entwickelt, dargelegt und begründet werden (Quentin et al. 2019, IQTIG 2019a, Shwartz et al. 2015, Barclay et al. 2019).

Bei der Bewertung von Indizes sollte stets hinterfragt werden, ob der Index die Qualitäts- und Messdimensionen angemessen abbildet, die bewertet und für Planungsentscheidungen herangezogen werden sollen. Die Entwicklung des Index kann ggf. als frühzeitige „Explizitmachung“ der Problemfelder der Qualitätsbewertung einer Bezugsebene verstanden werden, die sich sonst erst in der Abwägung von Ergebnissen einzelner Qualitätsindikatoren ergeben.

Ein Index kann die Kommunikation dieser Ergebnisse über Schemata (z. B. Ampel) erleichtern. Ein weiterer Vorteil ist, dass nicht zahlreiche Einzelindikatoren durch die Nutzer ausgewählt, gewichtet und in der Zusammenschau bewertet werden müssen, sondern je Leistungserbringer nur ein aggregiertes Maß (der Index) betrachtet wird. Ein Index gilt als objektives Maß, das für alle Leistungserbringer anhand einheitlicher Regeln zustande kommt und mit dem daher Planungsentscheidungen nachvollziehbar begründet werden könnten. Für die Konstruktion eines Index müssen methodische Entscheidungen getroffen werden, die das Ergebnis beeinflussen (wie z. B. die Auswahl der Qualitätsindikatoren bzw. Einzelkomponenten des Index sowie Gewichtung und Aggregation dieser). Hierbei können zu einem frühen Stadium – schon in der Entwicklung und nicht erst bei der Durchführung der Bewertung im Regelbetrieb – Fachexpertinnen und -experten einbezogen werden. Gegenüber der Verwendung einzelner Indikatoren, die in der Zusammenschau die Qualität der Versorgung auf der jeweiligen Bezugsebene abbilden, hat ein Index weiterhin den Vorteil, die Methodik der Informationsaggregation explizit zu machen und andernfalls oft implizit getroffene Annahmen an die Gewichtung und Aggregation transparent darzustellen und zu vereinheitlichen.

Jedoch ist der Nachteil einer Bewertung mit einem Index, dass der Indexwert am Ende mathematisch schwer nachvollziehbar und inhaltlich interpretierbar ist. Für die Festlegung von Referenzbereichsgrenzen auf Indexebene liegt meist keine Evidenz vor, sodass es sich letztlich um Setzungen handeln muss. Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren würden jedoch den Landesplanungsbehörden immer zur Verfügung gestellt, sodass ein Wert, wenn nicht mathematisch nachvollzogen, so doch inhaltlich interpretiert werden könnte.

Auf dem Expertenworkshop der Vertreterinnen und Vertreter der Bundesländer wurde als Nachteil von Indizes für die Krankenhausplanung diskutiert, dass dann die Auswahl und Aufnahme einzelner PlanQI bei Ausschluss von anderen PlanQI nach § 6 Abs. 1a KHG in den Krankenhausplan nicht mehr möglich wäre. Zentral bei einer Indexlösung sei die Weitergabe auch der Ergebnisse der einzelnen Qualitätsindikatoren. Ein Index habe dabei durch seine Einfachheit bei der Feststellung der Bewertung Vorteile.

Quantitative oder qualitative Bewertung

Qualitative Verfahren wie Audits, Peer-Review und Visitationen sind Alternativen zur quantitativen Erhebung und Auswertung der Versorgungsqualität. Die Grundlagen hierfür sind häufig Detailanalysen einzelner Behandlungsfälle. Diese kasuistische Analyse kann beispielsweise durch Dokumentenanalysen, Gruppeninterviews oder Kombinationen davon – wie bei Peer-Re-

view-Verfahren – erfolgen. Da im Vergleich zur indikatorbasierten Messung eine potenziell größere Detailtiefe der Informationen für die Bewertung vorhanden ist, können besondere Umstände des Einzelfalls berücksichtigt werden. Diesem Vorteil qualitativer Verfahren steht der Nachteil eines größeren Aufwands gegenüber, der sich durch die geringeren Automatisierungsmöglichkeiten und somit der weniger spezifischen Auswahl der Behandlungsfälle sowie durch eine größere Informationsmenge ergibt. Daher ist die Anwendung eher geeignet, wenn nur wenige Leistungserbringer betrachtet werden. Qualitative Methoden eignen sich zudem, wenn die Ursachen für ein spezifisches Indikatorergebnis oder mögliche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung bestimmt werden sollen. Jedoch spielen – im Vergleich zu indikatorbasierten Qualitätsmessungen – durch die geringeren Standardisierungsmöglichkeiten der qualitativen Verfahren implizite, subjektive Beurteilungskriterien der Durchführenden eine größere Rolle (Donabedian 2003: 64 ff., Berwick 1991: 1218 f.). Dies führt zu einer niedrigeren Objektivität und damit zu Einschränkungen hinsichtlich der Vergleichbarkeit der Qualitätsmessungen unterschiedlicher Leistungserbringer z. B. für Auswahlentscheidungen im Sinne der *accountability*.

Aufgrund der Möglichkeit, dass bei indikatorbasierter Messung der Versorgungsqualität auch große Datenmengen mittels einheitlicher Regeln automatisiert aggregiert und ausgewertet werden können, hat diese Messung den Vorteil höherer Objektivität und Effizienz. Wenn die Qualität der Versorgung bei einer großen Anzahl von Leistungserbringern anhand einheitlicher Kriterien bewertet werden soll, eignen sich hierfür Qualitätsindikatoren bzw. datengestützte Verfahren. Auch bei der Verwendung der Qualitätsergebnisse von Qualitätsindikatoren im Kontext von *accountability* eignen sich standardisierte Messmethoden – wie die indikatorbasierte – besser.

PlanQI-Verfahren sind den indikatorbasierten Messungen zuzuordnen. Jedoch muss bei PlanQI eine qualitative Bewertung insofern vorgenommen werden, als medizinisch-fachliche Ausnahmetatbestände (ATB) von Krankenhäusern, die dem Krankenhaus erlauben, von der Qualitätsanforderung abzuweichen, berücksichtigt werden (vgl. auch Expl 14 Klin PlanQI 2020). Die Indikatoren und ihre Operationalisierung in Form von Rechenregeln können keine komplett validen Messungen der zugrunde liegenden Qualität sein. Auch bei optimalen Indikatoren, die bereits während der Datenerhebung eine Reihe von bekannten ATB berücksichtigen, wird es unvorhersehbare Konstellationen geben, die in einem Stellungnahmeverfahren berücksichtigt werden müssen, um die Validität zu erhöhen. Zudem ist es vor dem Hintergrund der sich beim Planungszweck Herausnahme anschließenden Konsequenzen nicht denkbar, eine Bewertung zu treffen, ohne dem Leistungserbringer Gelegenheit zu geben, sich zu rechtfertigen und ggf. eine „Korrektur“ der quantitativen Einstufung vorzunehmen. Wie das IQTIG (vgl. IQTIG 2020f) halten auch die in den Interviews befragten Expertinnen und Experten ein qualitatives Element bei der Bewertung – wie es im laufenden PlanQI-Verfahren im Sinne des Ausschlusses von ATB durchgeführt wird – aus verschiedenen Gründen ebenfalls für erforderlich (Expl 4 WiFo PlanQI 2020, Expl 6 AnGes PlanQI 2020, Expl 8 Klin PlanQI 2020, Expl 14 Klin PlanQI 2020):

Und dazu gehört ja auch [...] der Strukturierte Dialog, weil dann anhand der Fälle auch diskutiert werden kann und dargelegt werden kann „Ja, grundsätzlich ist das so“, aber hier waren folgende Besonderheiten und deshalb war

das anders. Also das muss man ja mit in den Erkenntnisprozess letztlich einbeziehen. Und das ist ganz wesentlich, weil das mit zur Untermauerung der Ergebnisse führt. Also deshalb denke ich: Das ist ein durchaus richtiger Weg. (Expl 9 Recht PlanQI 2020)

Wird weiterhin eine **Differenzierung der Qualitätsbewertung** zwischen „unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ gefordert, stellt sich die Frage, ob hierfür eher qualitativ oder quantitativ vorgegangen werden soll. Vorteil eines eher qualitativen Vorgehens ist, dass durch die tiefergehende Analyse die Gründe eines Qualitätsproblems identifiziert werden können. Allerdings geht es bei Qualitätsbewertungen nicht darum, auch schon die Ursachen eines Defizits zu finden, sondern die gemessenen quantitativen Ergebnisse in Bezug auf einen Maßstab einzuschätzen. Bei einer qualitativen tiefergehenden Analyse zur Bewertung kann es demnach nur darum gehen festzustellen, ob in der jeweiligen Situation das Defizit dem Krankenhaus zuzuschreiben war oder aus bestimmten Gründen nicht. Eine vertiefte Ursachenanalyse und damit die Möglichkeit, individuelle Umstände des Standorts maximal zu berücksichtigen, könnte zwar der jeweiligen Planungsbehörde weitere interessante Aufschlüsse geben und ausschlaggebend für zu ergreifende krankenhauplanerische Maßnahmen sein, ist jedoch für die Qualitätsmessung und -bewertung nicht notwendig (Expl 13 KHP PlanQI 2020).

Wenn nicht quantitativ, sondern qualitativ differenziert wird, besteht grundsätzlich die Gefahr unterschiedlicher Urteile bei ähnlichen Sachverhalten in verschiedenen Standorten bzw. durch verschiedene Prüfer. Qualitative Bewertungen sind weniger standardisierbar und objektivierbar als quantitative Klassifizierungen und verursachen einen höheren Bewertungsaufwand, da einzelne Kriterien qualitativ in der Diskussion abgewogen werden müssen. Eine transparente Entscheidungsfindung wäre für die Bewertungsinstanz herausfordernd. Die Zusammensetzung des (beratenden) Bewertungsgremiums müsste festgelegt, Interessenkonflikte offengelegt (Expl 15 QS/QM PlanQI 2020) und die Kriterien zur Bewertung standardisiert und vorgegeben werden. Je zu bewertendem Standort müsste eine Dokumentation einer transparenten Entscheidungsfindung gewährleistet werden.

In einem Experteninterview wurde eine quantitative Differenzierung der Bewertung für grundsätzlich sinnvoll erachtet:

Also ich bin bei der Frage auf keine andere Antwort gekommen als das, was es eigentlich gibt. Also letztlich ist das eine Statistikfrage. Und die kann man eben kaum lösen. Also ich kann jetzt sagen: In erheblichen Maße unzureichend ist für mich, wenn ich unter der dritten Perzentile bin, das wäre jetzt mal so eine Standardabweichungsgeschichte einfach. [...] Also in erheblichem Maße unzureichend ist dann eben noch weniger als – also noch weiter – eine noch niedrigere Perzentile im Vergleich zu den anderen als die unzureichende Qualität. (Expl 4 WiFo PlanQI 2020)

4.1.1.1 Quantitative Differenzierung der Qualitätsbewertung auf Ebene eines Qualitätsindikators (Bewertungsoptionen A1 und B1)

Option A1: Differenzierung auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren mit 2 Referenzwerten und 3 Qualitätsniveaus

Eine Option zur differenzierten Qualitätsbewertung besteht darin, auf Ebene eines jeden einzelnen Qualitätsindikators eines Qualitätsindikatorensatzes zu bewerten. Für die Bewertung anhand eines einzelnen Qualitätsindikators sind dann zwei Referenzwerte erforderlich, die eine abgestufte Klassifizierung der Versorgungsqualität in die drei Qualitätsniveaus „erwartbare Qualität“, „unzureichende Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ zuließen (vgl. hierzu IQTIG 2018a: 92 f.) – dabei würde die stochastische Unsicherheit durch die Feststellung statistischer Auffälligkeiten berücksichtigt. Diese Option wird auch von den befragten Expertinnen und Experten befürwortet:

[...] kann ich mir vorstellen, wenn die Indikatoren diskriminativ sind oder diskriminierend sind, dass man das dann auch durchaus mit zwei Schwellenwerten dann an der Stelle durchaus macht. (Expl 15 QS/QM PlanQI 2020)

Und wenn es für die Krankenhausplanung nach dem [§] 8 [KHG] sozusagen Kriterien vorgesehen sind, insbesondere die Erheblichkeitsschwelle, das könnte man ja als Argument dafür heranziehen, dass Sie sich natürlich auch irgendwie gehalten müssen zur Erheblichkeit. Und auch da sozusagen jenseits des Referenzbereichs vielleicht noch mal differenzieren können, was sind da Abstufungen oder was sind vielleicht so Schwellen, deren Überschreitung nicht nur außerhalb des Referenzbereichs liegt, sondern deren Überschreitung aus Ihrer Sicht einen erheblichen Qualitätsmangel festlegen würde. (Expl 2 Recht PlanQI 2020)

Für jeden einzelnen Qualitätsindikator des Sets wäre mit dieser Option ein separates Qualitätsurteil möglich. Die Logik der Bewertung wird in Abbildung 4 veranschaulicht. Ein möglicher medizinisch-fachlicher ATB, dessen Nichtberücksichtigung zu einer falsch positiven Bewertung führen könnte, würde über ein vorgeschaltetes Stellungnahmeverfahren (qualitative Bewertung analog zu § 11 plan. QI-RL) identifiziert werden, sodass im Sinne einer partiellen Nachberechnung auf diese Weise „qualitativ bereinigte“ Indikatorergebnisse in die Klassifizierung der Qualitätsbewertung mit eingehen. Analog zum derzeitigen PlanQI-Regelbetrieb würde für die anschließend durchgeführte Berechnung auf Basis der „qualitativ bereinigten“ Daten für die Klassifizierung die stochastische Unsicherheit (Fallzahl, Zufall) berücksichtigt, indem statistische Auffälligkeiten berechnet werden, wie auch in einem der Experteninterviews eingeworfen wird:

Und man muss dann [für den Planungszweck der Herausnahme] entsprechend auch statistisch bewerten: Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Abweichung oder Unterschreitung des Referenzbereiches zufällig zustande kommt oder eben nicht zufällig zustande kommt. Das bevorteilt ein bisschen die kleineren Häuser, weil die kleinere Grundgesamtheit und damit die größere statistische Unsicherheit an der Stelle haben. Aber das ist nun mal die Natur der Sache der Messung. Und deswegen muss man da an der Stelle auch fair sein. (Expl 15 QS/QM PlanQI 2020)

Abgestufte Bewertung auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren

Differenzierte quantitative Bewertung mit 2 Referenzwerten je QI:

1. „erwartbare Qualität“ vs. „unzureichende Qualität“ → statistisch auffällig?
 2. „unzureichende Qualität“ vs. „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ → statistisch auffällig?
- Ergänzt durch Ausschluss ATB über qualitative Bewertung auf Indikatorebene

Bezugsebene

Umfassendes Indikatorenset



QI₁



QI₂



QI_n



in erheblichem Maß unzureichende Qualität
unzureichende Qualität
erwartbare Qualität

Gesamtschau auf Set-Ebene

Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung:

- Deskriptiv: Wie viele QIs des Sets fallen in welches Qualitätsniveau?

Abbildung 4: Option A1: Abgestufte Bewertung auf Ebene der einzelnen Qualitätsindikatoren und Gesamtschau auf Set-Ebene

Unter Berücksichtigung einer vorgegebenen Wahrscheinlichkeit (wie im laufenden Verfahren nach plan. QI-RL in Anlage 1 und 2 das Signifikanzniveau von 5 % vorgegeben ist, die die Sicherheit festlegt, keine falsch positive Zuordnung zu treffen) könnte jeder Qualitätsindikator des Sets auf diese Weise einer Ampellogik entsprechend drei Klassifizierungen erhalten, wobei der Referenzwert 1 die „erwartbare Qualität“ von der „unzureichenden Qualität“ trennt und der Referenzwert 2 die „unzureichende Qualität“ von der „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ trennt:

- grün – „erwartbare Qualität“: der dem Qualitätsindikator zugrunde liegende Parameter liegt mindestens mit einer vorgegebenen Wahrscheinlichkeit außerhalb der Bereiche „unzureichende Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“
- gelb – „unzureichende Qualität“: der dem Qualitätsindikator zugrunde liegende Parameter liegt mindestens mit einer vorgegebenen Wahrscheinlichkeit innerhalb des Bereichs „unzureichende Qualität“
- rot – „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“: der dem Qualitätsindikator zugrunde liegende Parameter liegt mindestens mit einer vorgegebenen Wahrscheinlichkeit innerhalb des Bereichs „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“

Option A1 sollte aus inhaltlicher Sicht und aus statistischer Sicht nur bei ausreichend Fallzahlen Anwendung finden, da mehrere Klassifikationskategorien die Diskriminierungsfähigkeit schmälern (IQTIG 2018a: 92 f.). Eine weitere Schwierigkeit bei dieser Option ist, dass nicht nur ein, sondern eben mehrere Referenzbereiche festgelegt werden müssen. Für das Qualitätsniveau „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ steht keine Evidenz aus der Literatur zur Verfügung, weshalb Basis der Festlegung eine Experteneinschätzung sein müsste. In einem der Experteninterviews wird Folgendes dazu geäußert:

Toleranzgrenzen müssen oder werden wahrscheinlich in vielen Fällen nicht auf der reinen Mathematik oder Statistik beruhen können, sondern sie sind eine ethische oder eine Gesellschaftskonsenseinschätzung: Wie viel Risiko bin ich bereit, an der Stelle zu akzeptieren oder Letalität, wenn man solche Parameter nimmt, bin ich bereit zu akzeptieren als Abweichung eines Durchschnittswertes? Das kann sehr unterschiedlich sein. Und da muss man, glaube ich, zu einer Setzung kommen. Das ist bei den Mindestmengen ja auch so. Das ist ja das Thema da auch gewesen: Wo ist die Grenze – oder im Straßenverkehr: 50 oder 51 km/h oder rote Ampel oder nicht? Da gibt's Setzungen halt, die einen gewissen Begründungszusammenhang haben müssen, aber der einzelne Wert, um den es geht, der ist nicht statistisch letztendlich belegbar – in diesem Zusammenhang. Also die Diskussion, die wir an der Stelle geführt haben, müssen wir, glaube ich, auch, aus meiner Sicht, führen bei dem Thema „in erheblichem Maße“, das zu charakterisieren. (Expl 5 QS/QM PlanQI 2020)

Optional könnten ergänzend zu dieser Option für die Bezugsebene binäre nicht fallbezogene Mindestanforderungen an Struktur- und prozessnahe Strukturqualität (im Sinne von Option E, siehe Abschnitt 4.1.2) gestellt werden, die dann als Grundvoraussetzung der Versorgung definiert wären und keinen Beitrag zur Differenzierung der Bewertung liefern würden. Wie in Abbildung 4 visualisiert, erfolgt in Summe eine kleinteilige Gesamtschau auf Ebene des Qualitätsindikatorensatzes, die die einzelnen Indikatorergebnisse des Qualitätsindikatorensatzes deskriptiv darstellen würde. Es bestünde ferner die Möglichkeit, diese Gesamtschau entscheidungsunterstützend – im Sinne der geforderten Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung – auszugestalten und die einzelnen Indikatorergebnisse in einer einfachen Arithmetik nach Art ihrer Klassifizierung zusammenzufassen. Die Landesplanungsbehörden könnten auf diese Weise einen Überblick erhalten, wie viele Qualitätsindikatoren eines Qualitätsindikatorensatzes einer Bezugseinheit in welches Qualitätsniveau klassifiziert wurden und wie sich diese Klassifizierung im Zeitverlauf entwickelt.

Eine Bewertung mit „**guter Qualität**“ ist mit anderen Indikatoren zu anderen Qualitätsaspekten mit dieser Bewertungsoption auf Grundlage eines einzelnen Qualitätsindikators mit mehreren Referenzbereichen ebenfalls möglich. Da jedoch bei der Feststellung von „guter Qualität“ bislang kein Erfordernis der Differenzierung innerhalb des Spektrums „guter Qualität“ gegeben ist, ist die Festlegung von zwei Referenzbereichen hier überflüssig. Zudem ist auch bei der „guten Qualität“ – wie bei der „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ – die Zusammenschau der Qualitätsindikatoren für die Bewertung der Versorgungsqualität einer betroffenen Einheit

der Bezugsebene essenziell und sollte nicht auf Ebene eines einzelnen Indikators allein getroffen werden (vgl. zu „guter Qualität“ Abschnitt 4.2).

Option B1: Direkte Differenzierung auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren mit einem Referenzwert und 2 Qualitätsniveaus

In Abwandlung von der Bewertungsoption A1, die eine Differenzierung der Qualität mit 2 Referenzwerten und den Qualitätsniveaus „erwartbar“, „unzureichend“ und „in erheblichem Maß unzureichend“ auf Ebene der Qualitätsindikatoren definieren würde, besteht die Möglichkeit, die quantitative Differenzierung schlanker zu gestalten. In diesem Fall müssten evidenzbasiert und durch Experteneinschätzungen gestützt, solche Qualitätsaspekte identifiziert werden, die eine unmittelbare Klassifizierung der „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ zuließen. In diesem Fall wäre dann nur ein Referenzwert pro Indikator notwendig, der die Schwelle zu einem erwartbaren Qualitätsniveau bilden würde. Stochastische fallzahlabhängige Unsicherheiten könnten durch die Feststellung statistischer Auffälligkeiten berücksichtigt werden. Dieses Vorgehen würde dann – ähnlich des Vorgehens über nicht fallbezogene strukturelle und prozessnahe Mindestanforderungen (Option E siehe Abschnitt 4.1.2) – eine absolute Bewertung der „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ vornehmen und nicht relational zu einer „unzureichenden Qualität“ argumentieren. Dieses Vorgehen stellt besondere Anforderungen an die Entwicklung solcher Qualitätsindikatoren, die dafür geeignet sein müssen, aufgrund ihres Charakters der „Unverzichtbarkeit für die Versorgung“ sowie einer besonders hohen „Bedeutung für die Patientinnen und Patienten“ (siehe Abschnitt 5.3.1) ein solch direktes Urteil zuzulassen. Es ist eher unwahrscheinlich, dass zu einer Bezugseinheit ein ganzes Set solcher Indikatoren – zu mehreren Versorgungsaspekten bzw. Qualitätsmerkmalen –, die direkt (ohne Abgrenzung von „unzureichender Qualität“) eine Differenzierung zwischen „erwartbarer“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ ermöglichen, entwickelt werden kann. Beispiele wären Indikatoren mit herausragender Bedeutung innerhalb einer Indikation oder Anforderungen, die „so grundlegend“ sind, „dass dies die Eindimensionalität der Betrachtung rechtfertigt“ (Döbler und Arens 2020: 72), wie z. B. Sterbefälle bei Indikationen, die nicht mit erhöhtem Sterberisiko in Verbindung stehen, oder Prozesse, die unter allen Umständen eingehalten werden müssen. Auch die Expertinnen und Experten wollen die Bewertungsoption nicht ausschließen:

Aber deswegen meine ich ja eben, muss man das mehr in die Gestaltung dann geben, dass man sagt, man gibt Kriterien für diesen Handlungsbedarf [der Behörden zur Herausnahme aus dem Krankenhausplan]. „Das kann so nicht bleiben“, wäre der Satz zu bestimmten Sachen. „Das muss zeitnah abgestellt werden“ und das kann man, wie gesagt, an Zahlen festmachen, die den Schaden – oder potenziellen Schaden, den ein Fortbestand eines Qualitätsmangels hat, deutlich machen. [...] Wenn es ein Mangel ist [...], schlechte Qualität, aber hat wenig Konsequenzen für den Patienten, würde ich eher tolerieren, als wenn im Sinne der Patientensicherheit oder weiteren Prognose des Patienten hier Schaden entsteht. Also wenn nicht gleich onkologisch gerecht versorgt wird in einem Krankenhaus X und deswegen die Sterberate letztendlich

höher ist oder auch Dinge verschleppt werden, dann ist das sehr wohl, in einem erheblichen Maße schlechte Qualität und die kann man auch an der Stelle bemessen mit Überlebenszeiten oder mit entsprechenden Outcome-Daten. Das wird aber nicht überall gehen. Das ist, glaube ich, der Punkt. (Expl 5 QS/QM PlanQI 2020)

Also ich muss schon sagen, dass ich natürlich absolut bestimmte Bereiche dann habe, die weiterhin stehen bleiben, wo man die Latte gerissen hat sozusagen, die können nicht kompensiert werden durch gute Leistungen in anderen Bereichen. Das kann nicht sein, auch wenn das Gesamtbild unter Zusammenziehung aller vielleicht gut aussieht – das ist schön –, aber der Handlungsbedarf dann für einen einzelnen Aspekt daraus ist nach wie vor gegeben und muss losgelöst betrachtet werden. [...] Auf jeden Fall, ja. Das ist die Einzelmaßnahme oder der Einzelaspekt, wenn der dieses Kriterium erreicht hat, [...] [muss] eben reagiert werden. (Expl 5 QS/QM PlanQI 2020)

Das ist die alte Idee [...], die ich immer noch [...] vernünftig finde: der [...] Patientengefährdung. Das, was da gemacht wird, führt in hohem Maße dazu, dass ein Patient gefährdet wird – nicht nur, nicht gesund zu werden, sondern sogar Folgeschäden zu erleiden, und er kränker rausgeht auf Dauer, als er reingekommen ist. So was, das ist dann sicher in erheblichem Maße unzureichend. Unzureichend ist, kann man sagen, wenn nicht das erreicht wird, was man mit der Operation erreichen wollte. Hat eine objektive und eine subjektive Komponente, kann man beides irgendwie in die Waagschale werfen und gewichten. Wenn aber darüber hinaus noch darüber hinaus Schaden angerichtet wird, der nun gar nicht gewollt war, dann ist es vielleicht in erheblichem Maße unzureichend. (Expl 13 KHP PlanQI 2020)

Bei derartigen Qualitätsindikatoren ist mit kleinen Fallzahlen im Zähler zu rechnen. Die sollte jedoch kein Grund sein, diese unverzichtbaren Standards der Versorgung nicht direkt zur Bewertung mit „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ heranzuziehen (vgl. Expl 4 WiFo PlanQI 2020). Allerdings wird es eher als unrealistisch eingeschätzt, dass für ein Qualitätsindikatorenset beispielsweise für eine Bezugsebene mehrere Indikatoren entwickelt werden können, die eine direkte Bewertung mit „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ ermöglichen.

Wie in Abbildung 5 ersichtlich, würden wie bei Option A1 mithilfe einer qualitativen Bewertung zunächst falsch positive quantitative Ergebnisse durch den Ausschluss von ATB reduziert. Ergänzend für die Bezugsebene könnten ebenfalls binäre nicht fallbezogene Mindestanforderungen an Struktur- und prozessnahe Strukturqualität (im Sinne von 4.1.2) einbezogen werden, die als Grundvoraussetzung der Versorgung definiert wären, jedoch nicht zu einer Differenzierung in der Bewertung beitragen.

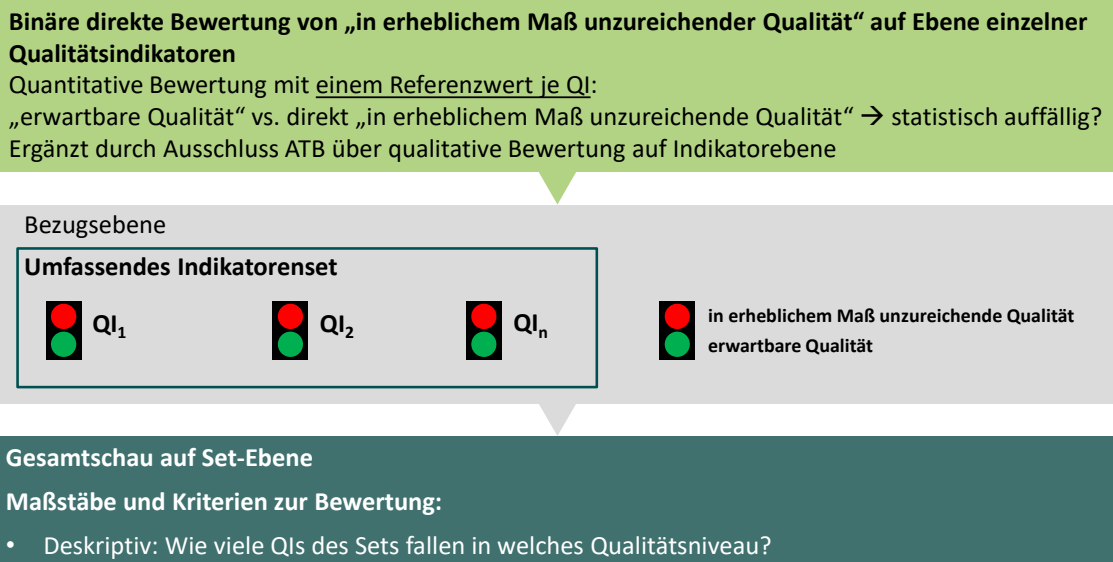


Abbildung 5: Option B1: Binäre direkte Bewertung auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren und Gesamtschau auf Set-Ebene

In Summe erginge eine zwar kleinteilige Gesamtschau auf Ebene des Qualitätsindikatorenssets, die die einzelnen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren des Qualitätsindikatorenssets deskriptiv darstellen würde, aber nur zwischen zwei Qualitätsniveaus pro Qualitätsindikator differenzieren würde. Die eigentliche Differenzierung der Bewertung findet demnach auf der Ebene der einzelnen Qualitätsindikatoren statt. Es bestünde analog zur Option A1 die Möglichkeit, diese Gesamtschau entscheidungsunterstützend – im Sinne der geforderten Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung – auszugestalten und die einzelnen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren nach Art ihrer Klassifizierung auszuzählen. Die Landesplanungsbehörden könnten auf diese Weise einen Überblick erhalten, wie viele Qualitätsindikatoren eines Qualitätsindikatorenssets einer Bezugsebene in welches Qualitätsniveau klassifiziert wurden und wie sich diese Klassifizierung im Zeitverlauf entwickelt.

Für die Feststellung von „**guter Qualität**“ eignet sich die Option B1 ebenfalls, da im Spektrum von „guter Qualität“ keine Differenzierung verschiedener Qualitätsniveaus erforderlich ist. Jedoch sollte die Feststellung guter Versorgungsqualität für eine Bezugsebene nicht auf Basis eines einzelnen Qualitätsindikators, sondern auf Basis mehrerer Qualitätsaspekte erfolgen (vgl. zu „guter Qualität“ Abschnitt 4.2).

4.1.1.2 Quantitative Differenzierung der Qualitätsbewertung auf Ebene eines Index (Bewertungsoptionen A2 und B2)

Eine weitere Möglichkeit – neben der Betrachtung eines einzelnen Qualitätsindikators –, zu einer quantitativen Differenzierung von Qualität zu gelangen, besteht auf Ebene eines quantitativen Index für ein Qualitätsindikatorensset. Dieses Qualitätsindikatorensset bezöge sich gleichermaßen wie im Fall der Bewertung über einzelne Qualitätsindikatoren auf eine definierte Bezugseinheit (siehe Abschnitt 3.1) und würde diese möglichst inhaltsvalide im Vergleich zum Qualitätsmodell abbilden. Der Unterschied in der Bewertung läge darin, dass die Klassifizierung

in „unzureichend“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ nicht pro individuelm Qualitätsindikator des Sets vorgenommen würde, sondern erst in der Aggregation mehrerer Einzelindikatoren. Damit fungiert der Index selbst wie ein breiter gefasster Qualitätsindikator, der das Qualitätsindikatorensets in Gänze bewertet (IQTIG 2019a: 191 ff.).

Die Ausgestaltung eines derartigen Index für Zwecke der Krankenhausplanung (spezieller Fall des *accountability*-Ansatzes) bringt methodische Herausforderungen mit sich, die das IQTIG in seinen „Methodischen Grundlagen V1.1“ (IQTIG 2019a: 191 ff.) allgemein und in seinem Bericht zum Qualitätsportal vertiefend (IQTIG 2020b) beschreibt. Diesen Herausforderungen steht der Vorteil gegenüber, dass die sonst oft implizit vorgenommene Gewichtung und Aggregation mehrerer einzelner Qualitätsindikatoren transparent gemacht und vereinheitlicht wird.

Auch in den Experteninterviews wurden Optionen genannt, die auf einem Index basieren:

Wenn es [...] diese einzelne Prozedur oder dieser einzelne Prozess ist, sondern wenn es auch noch in zwei oder drei angrenzenden Prozessen auch schlecht ist, dann ist es in erheblichem Maße unzureichend. Das wäre vielleicht noch eine Möglichkeit, wo man sagen könnte: Gut, ich gucke mir da nicht nur den einzelnen Indikator, sondern ich gucke mir einen Score an. Und wenn die in dem Score auch schlecht liegen, dann ist es wirklich nicht gut. (Expl 4 WiFo PlanQI 2020)

Option A2: Differenzierung auf Ebene eines Index mit 2 Referenzwerten und 3 Qualitätsniveaus

Eine Option zur differenzierten Qualitätsbewertung liegt darin, auf Ebene eines Index aus einem Set an Qualitätsindikatoren abgestuft zu bewerten. Es bedarf in einem solchen Fall der Entwicklung von zwei Referenzwerten auf Indexebene, die eine abgestufte Klassifizierung der Versorgungsqualität in „erwartbare Qualität“, „unzureichende Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ zuließe. Es würde nicht für jeden einzelnen Qualitätsindikator des Sets ein separates Qualitätsurteil getroffen, sondern nur für den gesamten Index, in den die einzelnen Qualitätsindikatoren gewichtet eingehen. Ein vorgeschaltetes Stellungnahmeverfahren zum Ausschluss möglicher ATB auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren soll das Risiko falsch positiver Bewertungen reduzieren (Abbildung 6), sodass bei Krankenhäusern, die auf Ebene eines einzelnen Qualitätsindikators auffällig sind, nur auf diese Weise „qualitativ bereinigte“ Daten in die Berechnung des Indexes eingehen würden. Ein auf diese Weise durch partielle Nachberechnung bereinigter Indexwert eignet sich zwar nicht mehr zum Vergleich zwischen Krankenhäusern, aber im Abgleich mit dem (informativen) Referenzwert zur Differenzierung der Bewertung. Die Ergebnisse der einzelnen Qualitätsindikatoren könnten in Form von ergänzenden Kennzahlen der Datenübermittlung an die Landesplanungsbehörden beigefügt werden. Maßgeblich für die Qualitätsbewertung wäre jedoch die Klassifizierung durch den Index. Die Bewertung mithilfe des Index findet dabei unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit (Fallzahl, Zufall) durch die Feststellung statistischer Auffälligkeiten statt.

Der Index könnte (analog zur Bewertung bei Option A1) auf diese Weise einer Ampellogik entsprechend drei Klassifizierungen vornehmen, wobei der Referenzwert 1 die „erwartbare Qualität“ von der „unzureichenden Qualität“ trennt und der Referenzwert 2 die „unzureichende Qualität“ von der „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ trennt:

- grün – „erwartbare Qualität“: die dem Qualitätsindikatorensatz zugrunde liegenden Parameter liegen mindestens mit einer vorgegebenen Wahrscheinlichkeit außerhalb der Bereiche „unzureichende Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“
- gelb – „unzureichende Qualität“: die dem Qualitätsindikatorensatz zugrunde liegenden Parameter liegen mindestens mit einer vorgegebenen Wahrscheinlichkeit innerhalb des Bereichs „unzureichende Qualität“
- rot – „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“: die dem Qualitätsindikatorensatz zugrunde liegenden Parameter liegen mindestens mit einer vorgegebenen Wahrscheinlichkeit innerhalb des Bereichs „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“

Abgestufte Bewertung auf Ebene eines Index

Differenzierte quantitative Bewertung mit 2 Referenzwerten:

1. „erwartbare Qualität“ vs. „unzureichende Qualität“ → statistisch auffällig?
 2. „unzureichende Qualität“ vs. „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ → statistisch auffällig?
- Ergänzt durch Ausschluss ATB über qualitative Bewertung auf Ebene der Einzelindikatoren des Index

Bezugsebene

Umfassendes Indikatorenset

Index-Ergebnis aus $QI_1, QI_2, QI_n \dots$



in erheblichem Maß unzureichende Qualität
unzureichende Qualität
erwartbare Qualität

Gesamtschau auf Set-Ebene

Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung:

- Entscheidungsunterstützender Index (quantitative Bewertung des Index indiziert grün/gelb/rot)

Abbildung 6: Option A2: Abgestufte Bewertung mit Index und (indexbasierte) Gesamtschau

In Summe entstände eine zusammenfassende Gesamtschau auf Ebene des Index, die die Ergebnisse eines Qualitätsindikatorensatzes darstellen würde (Abbildung 6). Diese Gesamtschau per Index könnte durch ihre zusammenfassende quantitative Klassifizierung in die festgelegten Qualitätsniveaus „erwartbare Qualität“, „unzureichende Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ unmittelbar als quantitative Entscheidungsunterstützung – im Sinne der geforderten Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung – genutzt werden. Es gäbe in diesem Fall eine Bewertung für ein gesamtes Qualitätsindikatorensatz, das die Bezugsebene möglichst inhaltsvalid abbildet. Die Landesplanungsbehörden könnten auf diese Weise einen aggregierten Überblick erhalten, wie die Versorgungsqualität einer Bezugsebene einzuschätzen ist und wie sich die durch den Index vorgenommene Klassifizierung im Zeitverlauf entwickelt.

Eine Bewertung anhand dieser Option wäre auch denkbar für die Bewertung mit „guter Qualität“, obwohl es nach aktuellem Stand bei „guter Qualität“ keiner Differenzierung bedarf. Die

Bewertung „guter Qualität“ anhand eines Index, der auf mehreren Indikatoren beruht, erlaubt eine Aussage zur Versorgungsqualität einer Bezugseinheit (vgl. zu „guter Qualität“ Abschnitt 4.2).

Ergänzend könnten für die Bezugsebene binäre nicht fallbezogene Mindestanforderungen an Struktur- und prozessnahe Strukturqualität, wie in Abschnitt 4.1.2 beschrieben, eingesetzt werden – diese würden allerdings keinen Beitrag zur Differenzierung der Qualitätsbewertung leisten.

Option B2: Direkte Differenzierung auf Ebene eines Index mit einem Referenzwert und 2 Qualitätsniveaus

In Abwandlung der indexbasierten Bewertungsoption A2, die eine Differenzierung der Qualität mit zwei Referenzwerten und den Qualitätsniveaus „erwartbar“, „unzureichend“ und „in erheblichem Maß unzureichend“ definieren würde, besteht die Möglichkeit, die quantitative Differenzierung schlanker zu gestalten. In diesem Fall müssten, evidenzbasiert und durch Experteneinschätzung gestützt, solche Qualitätsaspekte identifiziert werden, die (auf Basis eines Referenzwerts) eine unmittelbare Klassifizierung der „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ zuließe. Bei jeder Auffälligkeit in einem Einzelindikator würde zunächst der Ausschluss von ATB im Rahmen einer fachlichen Bewertung erfolgen (Abbildung 7). Die Einzelindikator-Ergebnisse würden in einem Index für eine Bezugsebene zusammengefasst, der im Vorfeld zunächst entwickelt werden müsste. In diesem Fall wäre dann nur ein Referenzwert für den Index notwendig, der die Schwelle zu einem erwartbaren Qualitätsniveau bilden würde (Berücksichtigung von stochastischer Unsicherheit durch Feststellung statistischer Auffälligkeiten). Dieses Vorgehen würde dann – ähnlich des Vorgehens über nicht fallbezogene strukturelle und prozessnahe Mindestanforderungen (Option E siehe 4.1.2) – eine absolute Bewertung der „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ vornehmen und nicht relational zu einer nur „unzureichenden Qualität“ argumentieren. Dieses Vorgehen stellt besondere Anforderungen an die Entwicklung solcher Qualitätsindikatoren, die dafür geeignet sein müssen aufgrund ihres Charakters der „Unverzichtbarkeit für die Versorgung“ ein solch direktes Urteil zuzulassen. Wie unter Option B1 beschrieben, sind solche Indikatoren selten und lassen sich nur zu einzelnen Versorgungsaspekten bzw. Qualitätsmerkmalen entwickeln, daher ist ein Index aus solchen Indikatoren wahrscheinlich in der Praxis nicht möglich und hier nur der Systematik wegen aufgeführt.

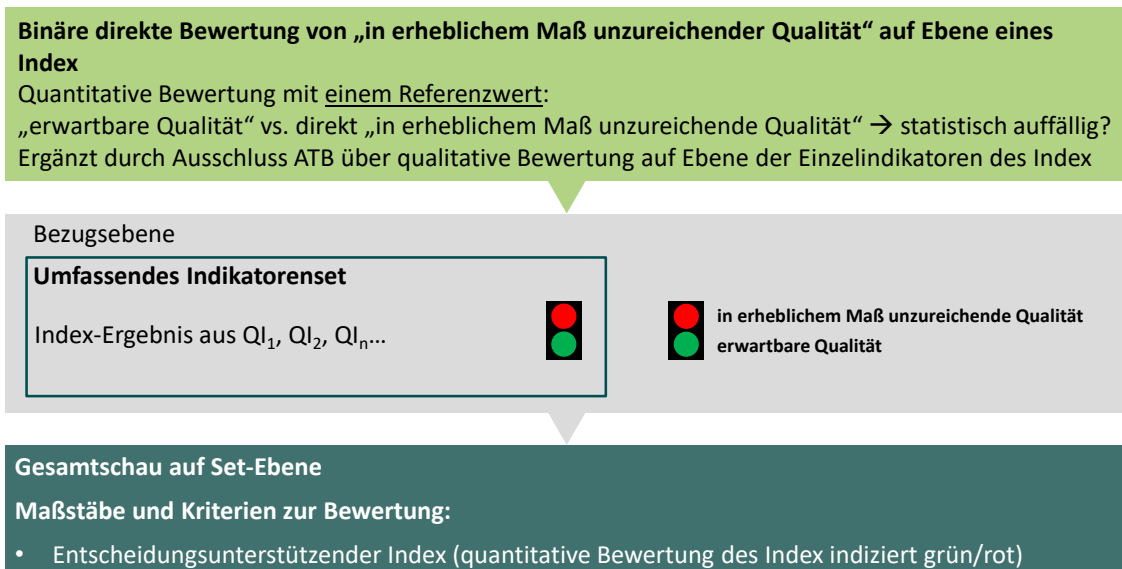


Abbildung 7: Option B2: Binäre direkte Bewertung mit Index und Gesamtschau

In Summe entstände eine indexbasierte Gesamtschau auf Ebene des Qualitätsindikatorenssets, die die einzelnen Indikatorergebnisse des Qualitätsindikatorenssets deskriptiv darstellen, aber nur zwischen zwei Qualitätsniveaus indexbasiert differenzieren würde (Abbildung 7). Auch dieser zweiphasige Index könnte unmittelbar als quantitative Entscheidungsunterstützung – im Sinne der geforderten Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung – genutzt werden. Es gäbe in diesem Fall ein Bewertungsurteil für ein gesamtes Qualitätsindikatorensset, dass die Bezugsebene möglichst inhaltsvalide abbildet. Die Klassifizierung würde nur aus den Phasen „grün“ und „rot“ bestehen. Die Landesplanungsbehörden könnten auf diese Weise einen aggregierten Überblick erhalten, wie die Versorgungsqualität einer Bezugsebene einzuschätzen ist und wie sich die durch den Index vorgenommene Klassifizierung im Zeitverlauf entwickelt.

Für die Bewertung der „**guten Qualität**“ ist die Option B2 ebenfalls möglich und sinnvoll, da keine Differenzierung einzelner guter Qualitätsniveaus vorgenommen wird. Die Bewertung „guter Qualität“ anhand eines Index, der auf mehreren Indikatoren beruht, erlaubt eine Aussage zur Versorgungsqualität einer Bezugseinheit (vgl. zu „guter Qualität“ Abschnitt 4.2).

Ergänzend könnten für die Bezugsebene binäre nicht fallbezogene Mindestanforderungen an Struktur- und prozessnahe Strukturqualität (siehe Abschnitt 4.1.2) eingesetzt werden – diese würden allerdings keinen Beitrag zur Differenzierung der Qualitätsbewertung leisten.

4.1.1.3 Qualitative Differenzierung der Qualitätsbewertung (Bewertungsoptionen C1, C2 und D)

Als weitere Bewertungsoptionen bleiben die qualitativen Differenzierungen zwischen „unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ (Kernfrage 3): Damit ist eine Bewertung gemeint, die über die Prüfung auf ATB im Zuge des Stellungnahmeverfahrens hinaus geht, die auch Teil der quantitativen Bewertungsoptionen ist (siehe Abschnitte 4.1.1.1 und 4.1.1.2). Bei den qualitativen Optionen geht es darum, nach Ausschluss von ATB die Bewertung „in erheblichen Maß unzureichend“ zu rechtfertigen, ohne dabei im Zuge einer quantitativen Analyse zu differenzieren.

Option C1: Zweistufige Differenzierung auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren

Ein Vorgehen, um zu einer differenzierten Qualitätsbewertung zu gelangen, stellt ein zweistufiger Mix aus quantitativer Bewertung und anschließender qualitativer Fachbewertung dar (Abbildung 8). In einem solchen Bewertungsszenario würde zunächst – analog zum bisherigen Vorgehen im PlanQI-Regelbetrieb – anhand eines Referenzbereichs quantitativ klassifiziert werden, ob ein Krankenhaus eine statistische Auffälligkeit aufweist. Nach Ausschluss von ATB könnte „unzureichende Qualität“ festgestellt werden. Die quantitative Analyse würde in Bewertungsoption C1 für jeden einzelnen Qualitätsindikator eines umfassenden Qualitätsindikatorensatzes zwischen „erwartbarer“ und „unzureichender Qualität“ differenzieren. Es gäbe also unter Berücksichtigung der stochastischen Unsicherheit (Feststellung von statistischen Auffälligkeiten) eine quantitative Klassifizierung in zwei Qualitätsniveaus anhand eines Referenzwerts. Diese Variante würde in Abgrenzung zu Option B1, die ebenfalls nur einen Referenzwert kennt, nicht die direkte Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ zulassen. Hingegen würde der Qualitätsindikator in Stufe 1 bezogen auf das PlanQI-Verfahren nur als quantitatives Aufgreifkriterium für die dann in Stufe 2 folgende qualitative Fachbewertung fungieren. Ein statistisch auffälliges Indikatorergebnis würde in einem Fachgremium diskutiert und unter Berücksichtigung besonderer Umstände qualitativ bewertet. In dieser Option erfolgt die Klassifizierung in „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ qualitativ mithilfe eines Expertengremiums auf Ebene der Einzelindikatoren. Eine solche standardisierte und möglichst objektive Bewertung allein anhand von qualitativen Kriterien wäre jedoch herausfordernd (siehe hierzu oben „Quantitative oder qualitative Bewertung“). Bei Auswahl dieser Bewertungsoption können zu den Kriterien zur Bewertung abstrakte Ausarbeitungen in Teil B erfolgen. In der Gesamtschau könnte für das Indikatorenset betrachtet werden, wie viele und welche Qualitätsindikatoren als „rot“, „gelb“ oder „grün“ klassifiziert sind.

Für die Feststellung von „**guter Qualität**“ wird diese Option angesichts der tendenziell geringeren Eingriffsintensität des zugeordneten Planungszwecks Kapazitätsausweitung in die Berufsfreiheit als zu komplex und zu aufwendig eingeschätzt, obwohl sie dadurch, dass mehrere Qualitätsindikatoren einbezogen werden, eine Aussage zur Versorgungsqualität einer ganzen Bezugseinheit zuließe. Mithilfe der Option C1 soll eine Differenzierung der Qualitätsbewertung ermöglicht werden, weshalb eine qualitative Bewertung auch nach Ausschluss der ATB erfolgt. Eine solche Differenzierung ist jedoch gegenwärtig nicht notwendig innerhalb des Spektrums der „guten Qualität“ (vgl. zu „guter Qualität“ Abschnitt 4.2).

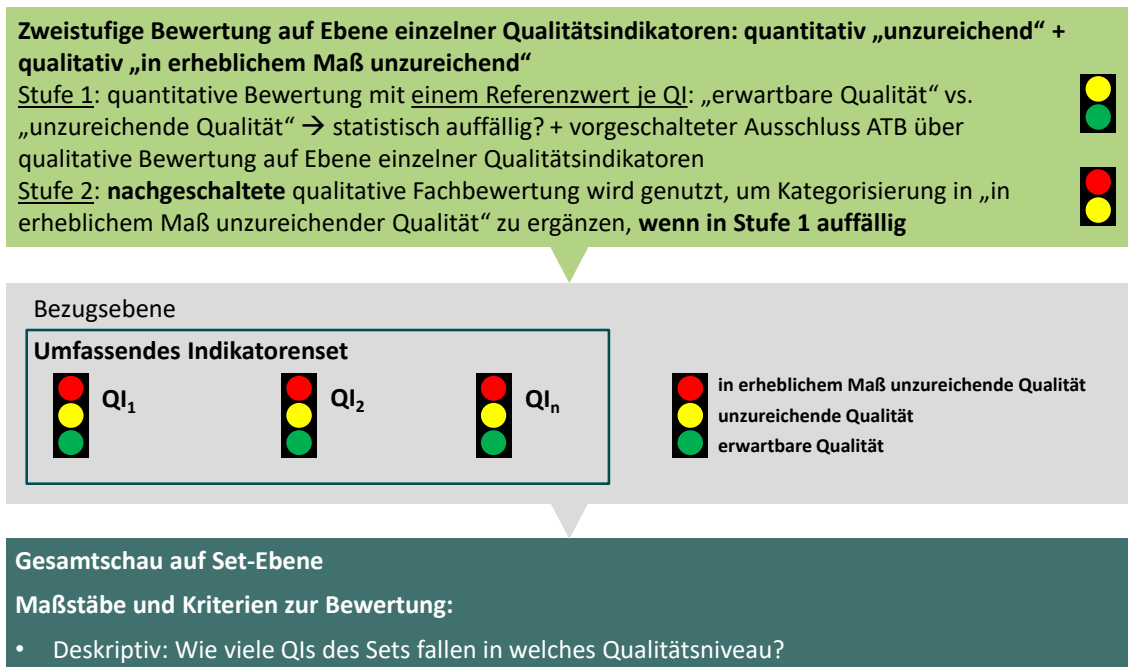


Abbildung 8: Option C1: Zweistufige Bewertung auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren mit Gesamtschau auf Set-Ebene

Option C2: Zweistufige Differenzierung auf Ebene eines Index

Auch bei Option C2 erfolgt die Differenzierung der Bewertung in zwei Stufen (Abbildung 9). In der ersten Stufe wird (nach dem Ausschluss von ATB) aus den Qualitätsindikatoren des Sets einer Bezugseinheit ein Index gebildet, der auf Ebene des gesamten Sets eine quantitative Bewertung anhand eines Referenzwerts zulässt, der die Unterscheidung zwischen „erwartbar“ und „unzureichend“ erlaubt (unter Berücksichtigung von stochastischer Unsicherheit durch Feststellung statistischer Auffälligkeiten). In Stufe 2 wird dann auf Basis dieses quantitativen Bewertungsergebnisses und bei Berücksichtigung besonderer Umstände unter Zuhilfenahme ergänzender Informationen eine qualitative Fachbewertung durchgeführt: Bei einem Index-Ergebnis, das in Stufe 1 statistisch auffällig ist, würde das Indikatorenset in einem Fachgremium diskutiert und qualitativ bewertet werden, um ggf. „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ feststellen zu können. In der Gesamtschau auf der Ebene des Indikatorensets könnten die Indexergebnisse und die Bewertungsergebnisse Entscheidungen unterstützen.

Obwohl eine Qualitätsaussage zu „**guter Versorgungsqualität**“ für eine Bezugsebene aufgrund des Einbezugs mehrerer Qualitätsindikatoren möglich wäre, wird diese Option für die Feststellung von „guter Qualität“ angesichts der tendenziell geringeren Eingriffsintensität des zugeordneten Planungszwecks als zu komplex und aufwendig eingeschätzt. Eine Differenzierung der Qualitätsbewertung ist bei „guter Qualität“ nicht erforderlich (vgl. „gute Qualität“ Abschnitt 4.2).

Ergänzend könnten für die Bezugsebene binäre nicht fallbezogene Mindestanforderungen an Struktur- und prozessnahe Strukturqualität (im Sinne von Abschnitt 4.1.2) eingesetzt werden – diese würden allerdings keinen Beitrag zur Differenzierung der Qualitätsbewertung leisten.

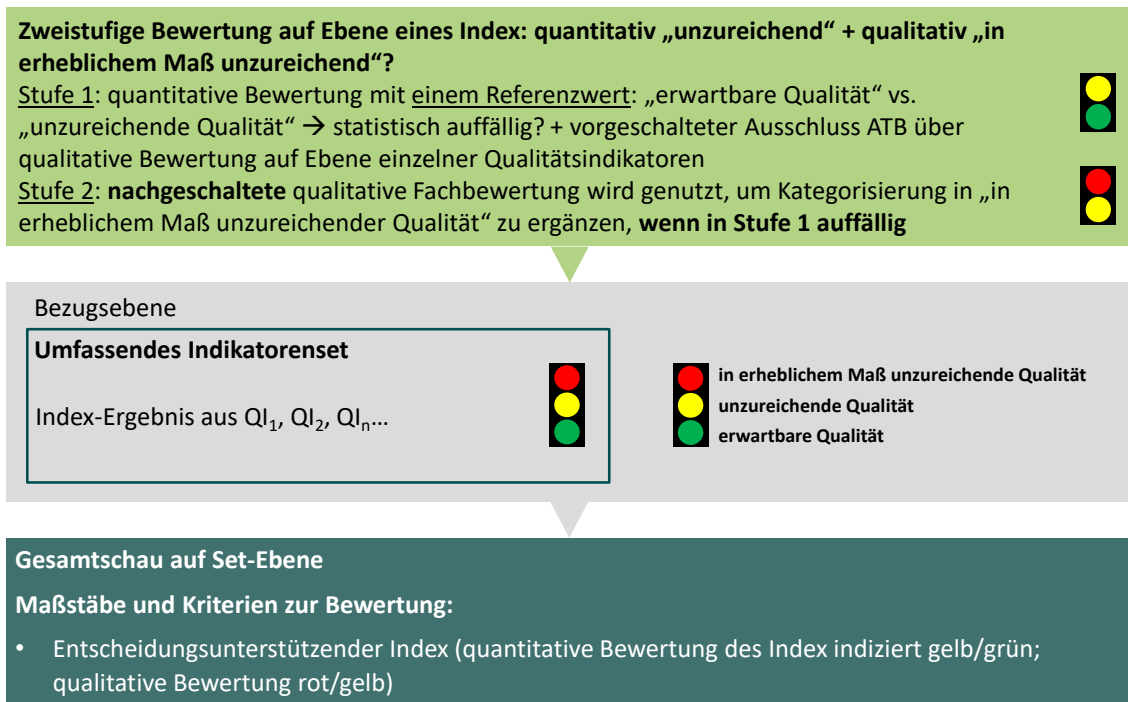


Abbildung 9: Option C2: Zweistufige Bewertung mit Index und (erklärende) Gesamtschau

Option D: Zweistufige Differenzierung in der Gesamtschau

Option D umfasst eine Bewertung in zwei Stufen, bei der eine quantitative mit einer qualitativen Bewertung verknüpft wird. Stufe 1 der Bewertung ist identisch mit Stufe 1 bei Option C1: Es erfolgt auf Ebene eines einzelnen Qualitätsindikators eine quantitative Bewertung anhand eines Referenzwerts unter Berücksichtigung stochastischer Effekte durch die Feststellung statistischer Auffälligkeiten. Bei einer solchen statistischen Auffälligkeit erfolgt ein Stellungnahmeverfahren zum Ausschluss von ATB, wie es im laufenden PlanQI-Verfahren in § 11 der plan. QI-RL vorgesehen ist. Auf diese Art und Weise kommt es in der ersten Stufe quantitativ zu einer Differenzierung zwischen „erwartbarer“ und „unzureichender Qualität“ (Abbildung 10).

Die weitere Differenzierung zwischen „unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ erfolgt erst qualitativ in der Zusammenschau aller Qualitätsindikatoren auf Ebene des gesamten Qualitätsindikatorenssets. Die Ergebnisse eines Standorts für eine Bezugseinheit würden in der Gesamtschau in einem Fachgremium diskutiert und unter Berücksichtigung besonderer Umstände unter Zuhilfenahme ergänzender Informationen qualitativ bewertet, mit dem Ziel eine Differenzierung zwischen „unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ vornehmen zu können. Dabei könnten die Qualitätsdimension, in der das Qualitätsdefizit festgestellt wird, und auch Anzahl und Ausmaß der „unzureichenden“ Ergebnisse berücksichtigt werden. Eine solche standardisierte und objektive Bewertung anhand von qualitativen Kriterien wäre herausfordernd (siehe hierzu Abschnitt 4.1.1 zur quantitativen oder qualitativen Bewertung sowie bei entsprechender Auswahl dieser Bewertungsoption Teil B dieses Berichts).

„Eine gesamthafte Betrachtung von Ergebnissen mehrerer Indikatoren könnte ebenso bei der Beurteilung von ‚guter Qualität‘ herangezogen werden“ (IQTIG 2018a: 94). Eine Qualitätsaus-sage zu guter Versorgungsqualität für eine Bezugsebene wäre aufgrund des Einbezugs mehrerer Qualitätsindikatoren möglich. Jedoch erscheint Option D aufgrund des Aufwands nicht hierfür geeignet, da zum einen eine weitere Differenzierung der Qualitätsbewertung nicht gefordert ist und zum anderen angesichts der geringeren Eingriffsintensität des zugeordneten Planungs-zwecks als zu komplex und zu aufwendig eingeschätzt wird (vgl. zu „guter Qualität“ Abschnitt 4.2).

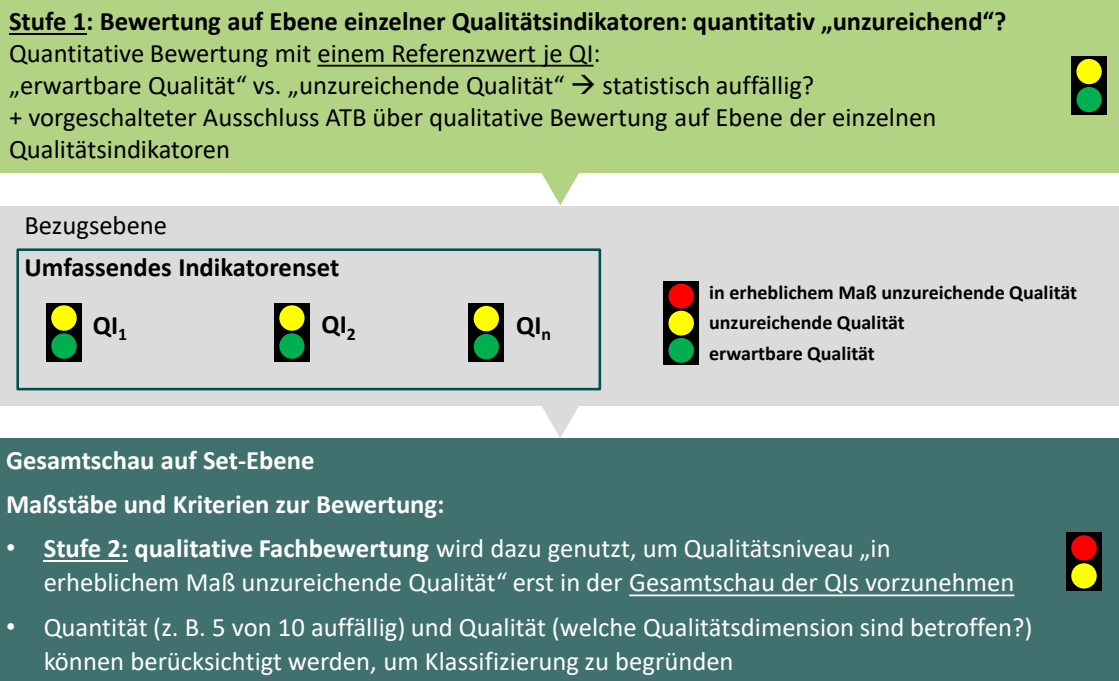


Abbildung 10: Variante D: Zweistufige Gesamtschaubewertung

4.1.2 Verzicht auf die differenzierte Qualitätsbewertung bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Bewertungsoptionen E und F)

Zwar sieht der Gesetzgeber in der Begründung zum KHSG eine Differenzierung der Bewertung zwischen „unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ vor, was vom BMG in seiner Auflage an den G-BA bestätigt wurde (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015, BMG 2017: 1). Jedoch ergeben sich aus den gesetzlichen Grundlagen und juristischer Literatur Hinweise, dass eine weitere Differenzierung der Qualitätsbewertung nicht für alle Planungszwecke erforderlich bzw. vom Gesetzgeber intendiert war (siehe „Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke“). Auch in einem der Experteninterviews wird betont, dass bei der Qualitätsbewertung aus Gründen der Komplexität eher nicht differenziert werden sollte:

[Eine weitere Differenzierung der Qualität] führt nur zu endlosen Diskussionen. Da kann man sich eh nicht darüber unterhalten. Man hatte schon Mühe zu messen, den Indikator zu finden, zu interpretieren. Und wenn man da noch eine Bandbreite gibt – ja, das ist noch eine Dimension mehr, die diskutiert werden kann. (Expl 6 AnGes PlanQI 2020)

Option E: Mindestanforderungen an die Strukturqualität zur Qualitätsbewertung

Gleichzeitig mit der Forderung nach einer differenzierten Qualitätsbewertung gibt das KHG in § 8 Abs. 1a den Planungszweck der Aufnahme in den Krankenhausplan vor (vgl. IQTIG 2018a: 13). Wie im „Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke“ erläutert, liegen zum Zeitpunkt einer erstmaligen Aufnahme einer Bezugs- bzw. Organisationseinheit in den Krankenhausplan jedoch noch keine Qualitätsinformationen aus dem laufenden Betrieb vor. Vielmehr kann es sich demnach nur um Kriterien der Struktur- und ggf. prozessnahen Strukturqualität im Sinne von qualitätsbezogenen strukturellen bzw. prozeduralen Grundvoraussetzungen (vgl. Expl 14 Klin PlanQI 2020) bzw. prospektiven Mindestanforderungen an die Strukturqualität handeln (vgl. IQTIG 2018a: 13, 24).

Im Kontext des Auftrags zur Neukonzeption der Entwicklung von PlanQI gemäß § 136c Abs. 1 SGB V werden unter dem Term „Mindestanforderungen“ ausschließlich nicht fallbezogene, strukturelle und prozedurale Mindestanforderungen verstanden. Damit werden ausschließlich dichotome Ausprägungen als Mindestanforderungen in Bezug auf die Messdimension der Strukturqualität definiert: Ist eine für die Versorgungsqualität essenzielle (ggf. prozessnahe) Struktur vorhanden bzw. implementiert? Die Überprüfung, ob und wie sich Mindestanforderungen auch für fallbezogene Indikatoren in Bezug auf die Messdimensionen der Prozess- und Ergebnisqualität eignen, erfolgt in einer separaten Beauftragung im Kontext der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (G-BA 2020a).

Mittels Mindestanforderungen an die Strukturqualität kann geprüft werden, ob Leistungserbringer die Voraussetzungen für die Leistungserbringung erfüllen (vgl. IQTIG 2018a: 22). Die Mindestanforderungen lassen sich konkret auf personelle Anforderungen, wie Personaluntergrenzen oder Qualifikation, sowie auf räumliche, technische, medizinische und organisatorische Strukturanforderungen beziehen (vgl. IQTIG 2018a: 24). Dabei können auch prozessnahe Strukturanforderungen wie beispielsweise die Durchführung von Fallkonferenzen Anwendung finden. Mindestanforderungen an die Strukturqualität im Kontext von PlanQI müssten gewährleisten, dass sie für die Erbringung medizinisch sinnvoller Prozesse und für das Erreichen guter patientenrelevanter Ergebnisse mit hinreichender Begründung unverzichtbar sind (siehe dazu Abschnitt 5.3.1; vgl. Expl 2 Recht PlanQI 2020). Mindestanforderungen an die Strukturqualität bzw. deren Niveaus müssen dem Stand der Wissenschaften entsprechen. Als Voraussetzung zur Aufnahme in den Krankenhausplan (Schritt 1) wären sie im Sinne von Mindestanforderungen dann auch von Krankenhäusern im laufenden Betrieb zu erfüllen. Die Nichteinhaltung könnte demnach schlüssig mit der Herausnahme aus dem Krankenhausplan nach § 8 Abs. 1b KHG sanktioniert werden (vgl. Expl 11 KHP PlanQI 2020).

In Österreich und in der Schweiz wird eine solche Krankenhausplanung über Mindestanforderungen bereits praktiziert, wie die beiden Exkurse (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Österreich“ und „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz“) zeigen. Auch in NRW wird – basierend auf dem Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ (PD 2019) – eine solche auf strukturelle Mindestanforderungen beruhende Krankenhausplanung eingeführt.

Bei strukturellen Mindestanforderungen, die erfüllt werden müssen, wird jedoch eine Differenzierung der Bewertung in verschiedene Qualitätsniveaus ausgeschlossen. Dies wird auch in einigen der Experteninterviews so gesehen (z. B. auch Expl 4 WiFo PlanQI 2020):

Also bei der Struktur würde ich mal sagen: Wenn ich eine Hüfte machen will, dann muss ich diesen OP haben, da kann ich nicht einen halben OP haben, da kann ich keinen Viertel-OP haben, entweder habe ich ihn oder ich habe ihn nicht. Da kann ich sagen: 100 % muss erfüllt sein. (Expl 10 QS/QM PlanQI 2020)

Also das Problem erschließt sich mir, ganz offen gesagt, nicht so ganz [...]: Das ist doch eine klare Antwort: Wenn die die Qualität überhaupt nicht erfüllen, dann erfüllen sie die nicht. Und dann kommt es auf die Frage, ob das „in erheblichem Maße unzureichend“ oder [...] „unzureichend“ ist, gar nicht mehr an. (Expl 12 Recht PlanQI 2020)

In einem weiteren Experteninterview wird dagegen die Ansicht vertreten, dass eine weitere Differenzierung theoretisch möglich wäre:

Es wird dann eben so diskutiert, ob es dann zwei oder drei Fachärzte einer bestimmten Fachrichtung an der Stelle geben muss. Dann kann man natürlich sagen: Also wenn drei das Kriterium ist und es gibt nur zwei, dann ist es vielleicht unzureichend. Und wenn es dann nur einer ist, dann ist es in erheblichem Maße unzureichend. (Expl 15 QS/QM PlanQI 2020)

Eine solche Differenzierung ist jedoch nach Auffassung des IQTIG zwar mit manchen Struktur Anforderungen³⁵, jedoch nicht mit Mindestanforderungen an die Strukturqualität im Speziellen zulässig: Wenn eine Mindestanforderung an die Strukturqualität nicht eingehalten wird, liegt unmittelbar „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ vor – ohne dass sie von „unzureichender Qualität“ abgegrenzt werden muss. Während also mithilfe von Mindestanforderungen an die Strukturqualität eine Differenzierung zwischen „unzureichender Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ nicht vorgenommen werden kann, wäre eine Unterscheidung verschiedener Versorgungsstufen oder Levels der Strukturqualität hingegen möglich (vgl. Expl 11 KHP PlanQI 2020), die ggf. aber nicht für alle Bundesländer passend wären (Expl 15

³⁵ Werden Strukturqualitätsanforderungen nicht im Sinne von Mindestanforderungen eingesetzt, wäre bei anderen Skalenniveaus eine weitere Differenzierung der Qualitätsbewertung möglich. Siehe dazu in Abschnitt 5.3.5 zu Strukturqualität.

QS/QM PlanQI 2020). Auch in Österreich erfolgt eine Differenzierung der Mindestanforderungen nach Versorgungslevel (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Österreich“). Die verschiedenen Vor- und Nachteile von Strukturqualitätsanforderungen sind in Abschnitt 5.3.5 aufgeführt.

Die Expertinnen und Experten äußerten sich in den Interviews überwiegend positiv hinsichtlich der Anwendung von strukturellen Mindestanforderungen zum Zweck der Krankenhausplanung: So wird in einem der Interviews ausgeführt, dass in der Formulierung und Messung derartiger Mindestanforderungen der eigentliche Zweck von PlanQI läge und wenn es nicht möglich sein sollte, solche Mindestanforderungen an die Versorgung zu formulieren, das ganze Verfahren in seiner Existenz zu hinterfragen wäre:

Weil wenn man – die Idee, die dahintersteckt, ist ja keine falsche Idee, dass man sagt: Es muss doch irgendwas geben, wo man sagt: Okay, das kann überhaupt nicht in der Versorgung auftauchen als Einrichtung. – Wenn es sowas nicht geben sollte, kann man dieses Instrument vergessen. Das gibt es seit fünf Jahren, spielt keine Rolle, also gut, was soll's, dann wird es einfach über die Vorschrift aufgehoben, auf Wiedersehen. Das ist kein Untergang. Aber wenn es in der Tat so was gleichwohl geben sollte, dann, finde ich, kann man ja auch die Frage diskutieren, ob dann bezogen auf ein derartiges Element aus dem Bereich der Strukturqualität, ob man dann, sagen wir mal, die Vorschriften, den Apparat so weiterentwickelt, dass er auch da zu vernünftigen Ergebnissen kommt. (Expl 12 Recht PlanQI 2020)

In diesem Interview wird auch ausgeführt, dass Mindestanforderungen an die Versorgung der ursprünglichen Intention des Gesetzgebers am ehesten entsprechen:

Die Diskussion 2014 oder 2015 oder wann das gewesen ist, die war irgendwie auch – die war natürlich nicht so [unverständlich], wie Sie das jetzt führen können, aber die war irgendwie auch eine andere. Das kam ja aus der Diskussion heraus: Es gibt zu viele Häuser, die Kassen kündigen keine Häuser, da passiert nichts, die kriegen keine Häuser aus dem Plan. Also deswegen die Idee: Okay, wir nehmen Indikatoren aus dem Bereich der Qualität – das war ja damals die berühmte Qualitätsoffensive – und das ist sozusagen das Vehikel, mit dem diese planerischen Entscheidungen erleichtert oder ermöglicht werden nach der schlichten Vorstellen: Es muss doch Indikatoren geben, die sagen: Wenn ein Haus das nicht erfüllt, darf es natürlich nicht im Plan sein oder darf es nicht aufgenommen werden. Darum ging es damals und so würde ich es auch immer wieder jetzt auffassen. (Expl 12 Recht PlanQI 2020)

Unter den Vertreterinnen und Vertretern der Bundesländer, die am Expertenworkshop teilgenommen haben, gab es mit Blick auf die bundeseinheitlichen Mindestanforderungen an die Strukturqualität unterschiedliche Pole: Während die einen sie als hilfreich bezeichneten, hinterfragten andere wegen des einheitlichen Qualitätsniveaus deren Nutzen. Es bestünde das Risiko, dass einzelne Krankenhäuser ihre zuvor hohe Qualität auf ein Mindestmaß absenken würden –

diese Erfahrungen habe man bereits in der Notfallversorgung bei der Personalausstattung gemacht. Zudem sei es schwierig, bei unterschiedlichen regionalen Gegebenheiten bundesweit einheitliche Anforderungen bzw. ein einheitliches Qualitätsniveau zu stellen. Jedoch muss hinsichtlich des zweiten Punkts festgestellt werden, dass regionale Unterschiede nicht zu unterschiedlichen Qualitätsniveaus führen sollten. Zudem werden die aktuellen Strukturanforderungen in den Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität auch bundesweit einheitlich gefordert.

Zur Planaufnahme muss ein Leistungserbringer die Erfüllung der strukturellen Mindestanforderungen prospektiv als Planung (Absichtserklärung bzw. Nachweis durch Planungsunterlagen) vorlegen. Eine Prüfung der Einhaltung der strukturellen (ggf. prozessnahen) Mindestanforderungen bezüglich der Aufnahme in den Krankenhausplan bzw. der Herausnahme aus dem Krankenhausplan erfolgt dann im Nachgang in der laufenden Versorgung (vgl. IQTIG 2018a: 17). Zur Erhebung der Strukturmerkmale sind sowohl die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation beim Leistungserbringer als auch die Vor-Ort-Prüfung durch eine Begehung der Einrichtung in Betracht zu ziehen (vgl. IQTIG 2018a: 22). „Möglichkeiten zur Qualitätskontrolle umfassen beispielsweise die Auswertung von Sekundär- und Abrechnungsdaten sowie die Durchführung von Audits durch die Planungsbehörde, ggf. in Kooperation mit den Kostenträgern und/oder einem unabhängigen Institut.“ (Vogel et al. 2020: 344) Eine Ausarbeitung der Erhebungs- und Prüfungsmethodik könnte bei der Auswahl des entsprechenden Szenarios durch den G-BA in Teil B der Beauftragung erfolgen.

Mit Mindestanforderungen an die Strukturqualität ist zwar eine Differenzierung der Qualitätsbewertung zwischen „unzureichender Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ nicht möglich. Bei einem Verzicht auf die Differenzierung der Qualitätsbewertung ergibt sich trotzdem die Möglichkeit, in der Krankenhausplanung Informationen zur Einhaltung von strukturellen Mindestanforderungen an die Versorgung für die jeweilige Bezugsebene zu verwenden. Diese Option E der Bewertung ist in Abbildung 11 dargestellt: Die zweiphasige Ampel (rot/grün) verdeutlicht die binäre Bewertungslogik, in der eine derartige Mindestanforderung an die (ggf. prozessnahe) Struktur entweder erfüllt oder nicht erfüllt werden kann – eine Abstufung des Erreichungsgrads ist nicht möglich. Gegebenenfalls kann ein Ausschluss von ATB über eine qualitative Bewertung vorgenommen werden – jedoch ist dies bei gut spezifizierten Strukturindikatoren ggf. nicht erforderlich (vgl. Döbler und Arens 2020: 48, 60). Bei Mindestanforderungen erfolgt die Bewertung absolut und nicht relativ zu einem anderen Qualitätsniveau. Aus fachwissenschaftlicher Perspektive der Qualitätssicherung muss eine solche absolute Bewertung über die Evidenzlage und die fachliche Einschätzung bei der Entwicklung der strukturellen Mindestanforderung gerechtfertigt werden (siehe Abschnitt 5.3.5).

Binäre Bewertung auf Indikatorebene

(Gegebenenfalls prozessnahe) Anforderungen an die Strukturqualität: erfüllt vs. nicht erfüllt
+ ggf. Ausschluss ATB über qualitative Bewertung auf Indikatorebene

Bezugsebene

Indikatorenset aus nicht fallbezogenen
(ggf. prozessnahen) Strukturindikatoren



QI₁



QI₂



QI_n



nicht erfüllt
erfüllt

Gesamtschau auf Set-Ebene**Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung:**

- Quantität der Ergebnisse (z. B. 5 von 10 QI nicht erfüllt) bedingt ein Scoring, KEIN Schwellenwert
- Landesplanungsbehörde entscheidet, ob sie den Score akzeptiert und trotzdem mit dem Krankenhaus/der Fachabteilung/der Leistungsgruppe plant
- KEINE Differenzierung über Anzahl der nicht erfüllten Anforderungen möglich

Abbildung 11: Option E: Qualitätsbewertung mithilfe von Mindestanforderungen in Form von nicht fallbezogenen (prozessnahen) Strukturindikatoren

In der Gesamtschau auf Ebene des Indikatorensets werden den Landesplanungsbehörden die Erfüllung oder Nichterfüllung der einzelnen Anforderungen, sowie die entsprechenden Anzahlen, dargestellt – ein Schwellenwert einer Zahl an zu erfüllenden Anforderungen kann als Kriterium zur Bewertung jedoch nicht gebildet werden, da es sich um ein Set an Mindestanforderungen handelt, von denen jede einzelne erfüllt werden muss. Die Anzahl der nicht erfüllten Qualitätsvorgaben spielt dann letztlich keine Rolle. Trotzdem könnte die Landesplanungsbehörde aus planerischen Gesichtspunkten aufgrund einer oder mehrerer nicht erfüllter Vorgaben entscheiden, die Nichterfüllung einzelner Anforderungen zu akzeptieren und das Krankenhaus für die jeweilige Einheit nicht aus dem Plan herauszunehmen. Dieser Spielraum wird auch in den Experteninterviews für die Schweiz auf Kantonebene entsprechend beschrieben:

Aber – ja, es gibt zum Beispiel bei den Intensivstationen von der Fachgesellschaft Vorgaben, Quadratmetervorgaben für einen Behandlungsplatz. Und wenn jetzt alles erfüllt ist – außer es fehlt ein halber Quadratmeter oder so was, deshalb haben die das Zertifikat nicht bekommen. Da haben wir uns als Kanton die Freiheit genommen und gesagt: Egal. Die Qualität stimmt, alles ist in Ordnung, das Zertifikat ist nur aufgrund dieses halben Quadratmeters nicht erteilt, das ist uns egal, es gibt trotzdem einen Leistungsauftrag. Das ist einfach diese Möglichkeit, auch darauf eingehen zu können. Ja, ich denke, das ist schon noch wichtig, insbesondere auch zur Akzeptanz letztendlich, wenn die Krankenhäuser sehen, dass Leute, die mit Sachverstand und Augenmaß an die Sache rangehen, das ist sicher besser akzeptiert und auch weniger bekämpft letztendlich. (Exp1 6 AnGes PlanQI 2020)

Für die Feststellung „**guter Qualität**“ kann nicht auf Mindestanforderungen zurückgegriffen werden, da die Einhaltung von Mindestanforderungen als Standard zu betrachten ist und sich daher nicht dafür eignet, „gute Qualität“ abzubilden. Gleichwohl können grundsätzlich mithilfe von anderen Strukturanforderungen auch Aussagen zu „guter Qualität“ getroffen werden.

Option F: Vergleich der Krankenhäuser

Für die Planungszwecke Auswahlentscheidungen nach § 8 Abs. 2 KHG, also Aufnahme (Schritt 2), und Kapazitätsausweitung ist keine differenzierte Qualitätsbewertung und keine Klassifizierung in „unzureichende“ bzw. „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ erforderlich. Vielmehr kann es bei diesen Planungszwecken um Anforderungen an „gute Qualität“ gehen oder um eine Qualität, die nicht im Vergleich eines Krankenhauses zu einem Referenzwert betrachtet wird, sondern im Vergleich einzelner Krankenhäuser miteinander (siehe „Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke“).

Beabsichtigt man den Vergleich aller oder einzelner Krankenhausstandorte z. B. einer Region miteinander, wäre es sinnvoll, nicht nur die letztlich dichotome Einteilung „qualitativ auffällig“ bzw. „Qualitätsdefizit“ versus „qualitativ unauffällig“ bzw. „kein Hinweis auf Qualitätsdefizit“ heranzuziehen. Bei diesem Vergleich der qualitativen Ergebnisse gehen viele Informationen verloren und die Wahrscheinlichkeit, dass zwei oder mehr Krankenhäuser dasselbe Bewertungsergebnis aufweisen, ist groß. Stattdessen wäre es aufschlussreicher, auch Unterschiede von Leistungserbringern innerhalb dieser beiden qualitativen Bewertungen zu berücksichtigen, indem die quantitativen Ergebnisse der Qualitätsindikatoren in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden.

Allerdings kann ein solcher quantitativer Vergleich keine Ergebnisse darstellen, die qualitativ um ATB korrigiert werden: Das Indikatorergebnis kann sich im Rahmen der (partiellen) Nachberechnungen in der fachlichen Bewertung ändern, indem für einzelne Fälle im Zähler (und in der Grundgesamtheit) aufgrund von akzeptierten ATB entschieden wird, sie herauszurechnen (nachberechneter Schätzer der Qualitätsindikatoren oder „informativer Indikatorwert“; vgl. IQTIG 2020f: 163). Dieser informative Indikatorwert eignet sich jedoch nicht für einen Vergleich zwischen Leistungserbringern, da er nicht auf einer „exakten“ Nachberechnung basiert. Eine exakte Nachberechnung ist nicht möglich, da der Beitrag zum Indikatorergebnis eines herauszurechnenden ATB nicht immer eindeutig ist (vgl. IQTIG 2020f: 161).

Auch würden bei einem Vergleich der quantitativen Indikatorergebnisse Krankenhäuser mit Datenvalidierung und solche ohne sowie Krankenhäuser mit Stellungnahmeverfahren bzw. darauf basierenden Nachberechnungen und solche ohne nachberechnete Daten eingeschlossen. In einem zusätzlichen Schritt könnten Datenvalidierung und Stellungnahmeverfahren bzw. fachliche Bewertung für ausgewählte Vergleichskrankenhäuser jedoch nachgeholt werden.

Ein Vergleich kann sich – weil eine exakte Nachberechnung nach fachlicher Bewertung nicht vorgenommen werden kann – nur auf quantitative Ergebnisse (vor fachlicher Bewertung) mit qualitativer Auffälligkeitseinstufung beziehen. Vergleicht man die quantitativen Indikatorergebnisse von Leistungserbringern ohne Berücksichtigung statistischer Unsicherheit, ist nur ein einfaches,

wenig valides Ranking möglich. Um die Vergleichsgrundlage zu erhärten, ist bei einzelnen, explizit im Einzelfall zu vergleichenden Krankenhäusern darüber hinaus jeweils eine Sicherstellung der Datengrundlage durch eine Datenvalidierung bzw. Zusicherung sowie ein Ausschluss von ATB erforderlich. Für einen fairen Vergleich ist außerdem die Berücksichtigung statistischer Unsicherheit notwendig.

„Gute Qualität“ an sich kann mit einem Rang-Vergleich nicht bewertet werden. Festgestellt werden kann nur, dass ein Krankenhaus relativ besser ist als ein anderes. Gleichwohl stellt der Vergleich der Krankenhäuser eine Alternative zur Feststellung „guter Qualität“ dar, da die Vergleichsergebnisse ebenfalls für die planerischen Auswahlentscheidungen nach § 8 Abs. 2 KHG, Aufnahme (Schritt 2) und Kapazitätsausweitung, verwendet werden können. Aufgrund des Aufwands eines robusten Vergleichs mehrerer ausgewählter Krankenhäuser miteinander hinsichtlich Statistik, Datenvalidierung und fachlicher Bewertung und aufgrund der Limitationen der Vergleichbarkeit nach einer Nachberechnung könnte sich für Auswahlentscheidungen die Feststellung „guter Qualität“ besser eignen (siehe Abschnitt 4.1.2), bei der Datenvalidierung und fachliche Bewertung ggf. entbehrlich sind.

4.2 Bewertung „guter Qualität“

Die Begründung zum KHSG sieht vor, dass für PlanQI neben der „unzureichenden“ (und der „durchschnittlichen“) auch „gute“ Versorgungsqualität festgestellt wird (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 90). Nach den Ausführungen im „Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke“ können krankenhauserische Auswahlentscheidungen nach § 8 Abs. 2 KHG, also Aufnahme (Schritt 2) und Kapazitätsausweitung, mithilfe von Informationen zum Vorliegen „guter Qualität“ unterstützt werden (vgl. IQTIG 2018a: 13, 21). Dies wird auch in einigen Experteninterviews so gesehen (u. a. Expl 10 QS/QM PlanQI 2020):

Für die Frage der Aufnahme, zusätzlichen Aufnahme in den Krankenhausplan, da wäre die gute Qualität sicherlich ein wichtiger Indikator. (Expl 11 KHP PlanQI 2020)

Wenn wir sozusagen nicht das negative Ende mit der Frage der Sanktionierung, sondern auch die positive Seite – was wäre gute Qualität? Wenn ich jetzt 300 Betten Geriatrie vergeben möchte [...] bei uns eine Frage, woran wähle ich jetzt den Anbieter aus [...], muss ich mir auch überlegen, ob ich Indikatoren habe, die gute oder sehr gute Qualität für Planungszwecke zulässt. (Expl 5 QS/QM PlanQI 2020)

Bei der Feststellung „guter Qualität“ muss unterschieden werden zwischen „guter Qualität“ in einem Qualitätsaspekt – in einem Indikator – und „guter Versorgungsqualität“. Um „gute Versorgungsqualität“ insgesamt für eine Bezugseinheit festzustellen, muss auf mehrere Indikatoren zurückgegriffen werden. Zum einen darf keine „unzureichende Qualität“ in einem Indikator vorliegen und zum anderen müssen mehrere Indikatoren „gute“ Ergebnisse zeigen (vgl. IQTIG 2018a: 100).

Nach Auffassung des IQTIG bezeichnet „außerordentlich gute Qualität“ ein Qualitätsniveau, bei dem in allen betrachteten Qualitätsaspekten mindestens die erwartbaren Standards erreicht wurden und in einigen oder allen Qualitätsaspekten noch höhere Anforderungen erreicht wurden.³⁶ Seit Einführung der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V werden weiterhin die Begrifflichkeiten „höherwertige Qualitätsanforderungen“ und „qualitativ hochwertige stationäre Versorgung“ verwendet.

Für die Feststellung bzw. Bewertung einer „guten Qualität“ können abhängig von der Bezugsebene Indikatoren aller Messdimensionen genutzt werden: Nicht fallbezogene Strukturindikatoren können Voraussetzungen definieren, die nur ausgewählte Krankenhäuser zur Bildung spezifischer (z. B. hochqualifizierter) Zentren in der Versorgung einer Region erfüllen müssen, die demnach zu krankenhauplanerischen Auswahlentscheidungen eingesetzt werden können (IQTIG 2018a: 24). Diese sind dann nicht mehr als Mindestanforderungen bzw. Versorgungsstandard an alle Krankenhäuser zu verstehen.

Bei Prozess- und Ergebnisqualität müssten für die Bestimmung „guter Qualität“ nach Auffassung des IQTIG Qualitätsaspekte identifiziert werden, die im Bereich der „guten Qualität“ messen, und damit Qualitätsindikatoren entwickelt werden, die die Bewertung auf dem Spektrum der „guten Qualität“ ermöglichen: So kann beispielsweise durch das Nichtauftreten von Komplikationen oder das Einhalten aller geforderten Prozesse noch nicht von „guter Qualität“ ausgegangen werden, wenn dies den Standard definiert und den Referenzbereich „unzureichende Qualität“ abgrenzen soll. Ein solches Indikatorergebnis, das nicht „unzureichend“ ist, ist nicht automatisch als „gute Qualität“ einzuschätzen, da quantitativ unauffällige Standorte nicht qualitativ bewertet werden und insbesondere auch nicht überprüft wird, ob Validitätsprobleme vorliegen. Zudem wird aktuell durch statistische Tests nur festgestellt, dass nicht ausreichend Evidenz (im Sinne des gewählten Signifikanzniveaus) für ein Qualitätsproblem vorliegt.

Dies wird in einem Experteninterview anders gesehen: Demnach kann auch ein Qualitätsergebnis, das bei einem Qualitätsindikator erzielt wird, der eigentlich im Bereich der „unzureichenden Qualität“ misst, ebenfalls für „gute Qualität“ sprechen (z. B. häufig bestimmte erwünschte Prozesse durchgeführt, wenige Komplikationen; vgl. Expl 4 WiFo PlanQI 2020). Problematisch bei einer Definition von „guter Qualität“ könnte – was auch der Auffassung in einem Experteninterview entspricht (Expl 6 AnGes PlanQI 2020) – sein, dass man neben der „guten Qualität“ als neuen Standard vergleichsweise schlechtere Qualität bei anderen Krankenhäusern im Gesundheitswesen akzeptiert. Die Bandbreite der Qualität solle daher auf der guten Seite nicht weiter ausdifferenziert werden (Expl 6 AnGes PlanQI 2020). Nach Auffassung in einem Experteninterview fängt die „gute Qualität“ bereits bei der Erfüllung der Mindestanforderung an (Expl 10 QS/QM PlanQI 2020).

³⁶ Im Spektrum der „guten Qualität“ ist innerhalb der PlanQI keine weitere Differenzierung beispielsweise zwischen „guter“ und „ausgezeichneter Qualität“ erforderlich. Der Auftrag des G-BA macht hierzu keine Vorgaben. Der Gesetzgeber sah im Zusammenhang mit Qualitätszu- und -abschlägen in § 136b Abs. 1 Nr. 5 SGB V bzw. § 5 Abs. 3a KHEntgG zwar eine Bewertung mit „außerordentlich guter Qualität“ vor, jedoch wird das Verfahren voraussichtlich mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz aufgrund von Umsetzungshindernissen abgeschafft.

Durch die Wahl unterschiedlicher Aspekte und Indikatoren für „gute“ und „unzureichende Qualität“ kann vermieden werden, dass das Erreichen von Mindeststandards, also die „erwartbare Qualität“, bereits als „gute Qualität“ bezeichnet wird. Für solche Qualitätsaspekte soll das „Potential zur Verbesserung“ (IQTIG 2019a: 57) als Auswahlkriterium für das Qualitätsmodell in einem Risiko für ein Qualitätsdefizit bestehen, nicht unbedingt ein unter den Krankenhäusern weit verbreitetes Defizit. Ein Aspekt, mit dessen Hilfe „gute Qualität“ gemessen wird, könnte z. B. die Vernetzung mit anderen Leistungserbringern sein (Expl 13 KHP PlanQI 2020). Sollten Indikatoren, die im Spektrum „unzureichender Qualität“ messen, zur Bewertung mit „guter Qualität“ eingesetzt werden, müssten sie zunächst hinsichtlich ihrer Eignung hierfür geprüft werden und es müssten Abwägungen zwischen Sensitivität und Spezifität vorgenommen werden (siehe Abschnitt 5.3.5). Dies kann jedoch nur zulasten einer der beiden Eigenschaften gehen.

4.3 Diskussion: Ausgestaltungsspielraum der Länder

Der Auftragstext „Bei der Entwicklung der Bewertungskriterien und -maßstäbe ist zu berücksichtigen, dass diese praktikabel sein sollen, ohne den notwendigen Ausgestaltungsspielraum der Länder zu stark einzuschränken.“ (G-BA 2020b: 2) drückt die Schwierigkeiten zur Auslegung des erforderlichen Ausgestaltungsspielraums der Länder aus: Die Feststellung der „unzureichenden Qualität“ erfolgt nach § 11 Abs. 8 Satz 2 der geltenden plan. QI-RL durch das IQTIG (siehe auch G-BA 2016b). Dagegen soll die Feststellung der „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ nicht durch das IQTIG erfolgen: Der G-BA übermittelt „einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse [...] sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern“ (§ 136c Abs. 2 SGB V). „Die Festlegungen müssen den Ländern eine fundierte fachliche Grundlage dafür zur Verfügung stellen, [...] auch ‚eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität‘ festzustellen“ (BMG 2017: 1). Den Landesplanungsbehörden der Bundesländer müsse ein Beurteilungsspielraum zur Ausfüllung der unbestimmten Rechtsbegriffe in § 8 KHG verbleiben. Worin genau dieser Beurteilungsspielraum oder Ausgestaltungsspielraum liegt und wie groß er sein soll, ist nicht klar umrissen: Dem BMG zufolge sollen „die Festlegungen und Entscheidungsgrundlagen, die der G-BA den Ländern zur Verfügung stellt, [...] diese nach dem Willen des Gesetzgebers in die Lage versetzen, qualitätsorientierte Planungsentscheidungen zu treffen“ (BMG 2017: 2) – die Indikatoren werden in der Gesetzesbegründung auch als „zusätzliche Grundlage für Planungsentscheidungen“ bezeichnet (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 2). „Zutreffend ist, dass die Länder die abschließende planungsrechtliche Entscheidung treffen müssen, ob ein Krankenhaus ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herausgenommen bzw. nicht in diesen aufgenommen wird“ (BMG 2017: 3 f.).

Die Länder können die PlanQI bei der Planfeststellung aus dem Krankenhausplan ausschließen (§ 6 Abs. 1a KHG): „Die Planungshoheit der Länder bleibt in jedem Fall dadurch gewahrt, dass sie nach § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG die Geltung der Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise ausschließen oder einschränken sowie weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung machen können.“ (BMG 2017: 4) (vgl. Expl 2 Recht PlanQI 2020, Expl 12 Recht PlanQI 2020). Darüber hinaus haben die Bundesländer die Möglichkeit, „die planungsrelevanten Indikatoren nicht in die Feststellungsbescheide der einzelnen Plankrankenhäuser zu überneh-

men“ (Metzner 2017: 48). Der Krankenhausplan selbst habe, so Metzner (2017), keine Außenwirkung, diese wird erst durch die Feststellungsbescheide ausgelöst. Damit wären die PlanQI für die Krankenhäuser nicht „maßgeblich“ nach § 6 Abs. 1a Satz 1 KHG.

Der G-BA scheint allerdings der Auffassung zu sein, dass die Entscheidungshoheit der Bundesländer über die Aufnahme oder Herausnahme eines Krankenhauses in den oder aus dem Krankenhausplan tangiert sei, wenn diese die Feststellung der „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ nicht selbst übernehmen:

Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) scheint die Planungshoheit der Länder hochzuhalten, da er davor zurückscheut, die für eine negative Planungsentscheidung wesentliche Voraussetzung, das Vorliegen einer in „erheblichem Maße“ unzureichenden Qualität, zu beschreiben. (Metzner 2017: 45)

Begründet wird diese Auslegung mit dem bestehenden Automatismus, dass die Landesplanungsbehörden ein Krankenhaus nach § 8 Abs. 1b KHG aus dem Krankenhausplan herausnehmen müssen, sollte es „nicht nur vorübergehend“ „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ aufweisen. Den Landesplanungsbehörden müsste folglich ein Beurteilungsspielraum bei der Ausgestaltung nicht nur des unbestimmten Rechtsbegriffs „nicht nur vorübergehend“, sondern auch bei der Ausgestaltung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ zukommen (vgl. G-BA 2017b: 4). Burgi (2019) zufolge ist bei der Feststellung „nicht nur vorübergehend“ „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ „von der Eröffnung eines Beurteilungsspielraums auszugehen, der folgerichtig nur eingeschränkt gerichtlicher Überprüfung zugänglich ist“ (Burgi 2019: 186). Der G-BA geht sogar davon aus, dass es sich bei dem Beurteilungsspielraum der Landesplanungsbehörden um einen „fachlichen“ Spielraum handeln muss: So forderte er im Auftrag vom 18. April 2019 an das IQTIG, dass die Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung so ausgestaltet werden müssen, „dass der für die Länder erforderliche *fachliche* [Hervorhebung nur hier] Bewertungsspielraum erhalten bleibt“ (G-BA 2019: 1).

Hieraus ergibt sich die Herausforderung, dass die fachliche Bewertung der Qualitätsergebnisse nicht durch das IQTIG, sondern durch die Landesplanungsbehörden anhand der übermittelten Maßstäbe und Kriterien erfolgen soll. Gemäß der Beratungen in der Arbeitsgruppe PlanQI im G-BA sollten die Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung hierbei nicht zu algorithmisch sein, damit der Ausgestaltungsspielraum der Länder groß genug bleibt bzw. vermeiden wird, dass ihnen die Bewertungsentscheidung schon vorgegeben wird („faktische Vorprägung“; G-BA 2017b: 5). Gleichzeitig sollen die Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung geeignet, umsetzbar und praktikabel sein.

Die fachliche Qualitätsbewertung muss jedoch im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens sowohl einzelne Patientenfälle als auch die verschiedenen, sehr heterogenen medizinisch-fachlichen ATB berücksichtigen. Der Katalog zu berücksichtigender ATB muss aus fachwissenschaftlicher Sicht gepflegt und ständig erweitert werden. Gegebenenfalls müssen (partielle) Nachberechnungen angestellt werden. Dies kann nicht durch Übergabe fixer fachwissenschaftlich

hergeleiteter Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung an die Landesplanungsbehörden und Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vermittelt werden. In den Landesplanungsbehörden kann es an fachlicher Expertise zur Anwendung medizinisch-fachlicher Kriterien und methodischer Kompetenz mangeln, wie auch mehrere Expertinnen und Experten (auch: Expl 13 KHP PlanQI 2020) feststellen:

[...] die Länderministerien sind in aller Regel nicht so ausgestattet, dass [sie] da [bei der fachlichen Bewertung] in die Tiefe gehen können. (Expl 11 KHP PlanQI 2020)

Zudem könnte es bei Anwendung der Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung sowohl durch die Landesplanungsbehörden als auch die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen – ggf. rein theoretisch – zu Unterschieden des Bewertungsergebnisses zwischen den jeweiligen Feststellungen kommen. Viel wahrscheinlicher ist jedoch eine sehr heterogene Praxis zwischen den einzelnen Bundesländerbehörden (Expl 13 KHP PlanQI 2020). Einige Expertinnen und Experten konstatieren, dass eine Qualitätsbewertung durch die Landesplanungsbehörden nicht unabhängig sei und ggf. durch andere Faktoren und krankenhausplanerische Belange verzerrt wäre (Expl 2 Recht PlanQI 2020, Expl 4 WiFo PlanQI 2020). Ein Abgleich eines quantitativen Wertes mit einem (oder mehreren) vorgegeben Referenzwert(en) wiederum könnte von jeder Behörde geleistet werden, wäre praktikabel und würde die Bewertungsheterogenität einschränken, könnte jedoch zu algorithmisch sein und den geforderten Ausgestaltungsspielraum zu sehr einschränken.

Sinnvoll erscheint es aus fachwissenschaftlicher Sicht daher, die fachliche Qualitätsbewertung dem IQTIG bzw. dem G-BA zu überlassen und den Landesplanungsbehörden den Spielraum zu geben, was sie mit diesen fachlichen Qualitätsbewertungen krankenhausplanerisch entscheiden wollen (vgl. Metzner 2017). Dies würde die Planungshoheit der Länder nicht gefährden, da neben der Qualität weitere Faktoren und auch die „räumliche Dimension“ (vgl. G-BA 2020b: 5) zu berücksichtigen sind. Dies wird auch von Expertinnen und Experten (vgl. auch Expl 11 KHP PlanQI 2020) so gesehen:

Die Maßstäbe und Kriterien, was ist das überhaupt? Da kann man sich natürlich auch überlegen, das klarer zu machen. Was soll denn geliefert werden? Es soll ja im Grunde auf wissenschaftlicher Basis eine Bewertung [...] erfolgen. [...] Ich meine, dass eine Frage, die – wo ein wissenschaftliches Institut, das eigens dafür gegründet ist, eine Bewertung abgibt [...]. Wie gesagt, unsere Frage, die juristisch zu prüfen ist, im Ermessen ist dann die Frage der Verhältnismäßigkeit: ist das ein Dauerzustand oder gibt es da gute Gründe in der Argumentation, dass das besser wird und, und, und. Da haben wir einen erheblichen Spielraum noch hinsichtlich der Rechtsfolgen, aber nicht hinsichtlich der Frage: Ist das Murks, was da gemacht worden ist, oder nicht? [...] Ja. Die rechtliche Bewertung aufseiten der Länder. (Expl 13 KHP PlanQI 2020)

Wir wollen eine objektive Bewertung, ob das, was da gemacht [wird] in den Krankenhäusern, ob das gute Qualität, schlechte Qualität oder in erheblichem Maße – nicht unzulässige, sondern in erheblichem Maße unzureichende Qualität ist oder unzureichende. So, das wollen wir – und zwar nicht so, dass jeder sich was Anderes denkt als Land, jeder das anders bewertet, sondern dass das irgendwie nach objektiven Maßstäben so gemessen ist, dass wir da nur noch unser Ermessen ausüben müssen: Aha, hat der ausreichend dargelegt, das Krankenhaus, dass es besser wird, oder gibt es Entschuldigungsgründe dafür oder „Mensch, das ist jetzt einmal vorgekommen, wird nie wieder vorkommen“, das ist die Idee bei der Sache. Das fand ich auch jetzt zu den Indikatoren, die es jetzt gab, war das okay. [...] das Ermessen erstreckt sich ja dann auf andere Dinge als auf diese Frage. Ist das nicht nur vorübergehend oder ist das ein Ausreißer oder, oder, oder – gibt es dafür nachvollziehbare Gründe, wird es besser – all das ist Ermessenssache. Ich finde, ich selbst bin ansonsten der Auffassung, dass es möglichst umfassende Bewertungen zu dieser Frage aus qualitativer Hinsicht geben soll, die uns in der Qualitätsfrage nicht viel Spielraum lässt. (Expl 13 KHP PlanQI 2020)

Da ist [...] ein Ergebnis, das scheint ja bundesweit durch Vergleiche auf der Bundesebene dann eben so zu sein, dass es wirklich unterhalb des Schwellenwerts ist, aber für uns ist das „Ich kenne das und der ist immer so nett gewesen zu mir und meine Frau ist da auch behandelt worden und das ist super gewesen, deswegen kann das nicht sein, also können wir den Laden nicht schließen“, so nach dem Motto. Gut, da menscht es dann eben. Aber das ist nicht objektiv. Also ich würde sagen, es sollte dabei bleiben, dass man sagt „Die Bewertung, da haben wir uns drauf geeinigt und das lassen wir jetzt mal so“ und nicht „Da gibt’s jetzt noch Entscheidungsspielraum“. (Expl 4 WiFo PlanQI 2020)

Die Ausführungen sollen die widersprüchlichen Anforderungen an die Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung zeigen: Einerseits ist es geboten, dass der G-BA, das IQTIG oder andere Institutionen im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung die Qualitätsbewertung vornehmen und das Qualitätsniveau „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ feststellen, weil bei diesen Institutionen die dafür notwendige fachliche Expertise vorliegt. Andererseits wird verlangt, dass die Länder die Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ selbst vornehmen, da ansonsten in ihre Planungshoheit eingegriffen und ihr Ausgestaltungsspielraum eingeschränkt würde. Auch die sogenannte Opt-out-Klausel in § 6 Abs. 1a KHG, dass die Länder die Indikatoren ausschließen können, löst diesen Widerspruch nicht: Die Bundesländer haben dadurch einen Anreiz, PlanQI auszuschließen. Länder, die dies nicht tun, werden durch die Kopplung von Qualitätsbewertung mit „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ und Planherausnahme dazu gezwungen, ein Krankenhaus (ganz oder teilweise) aus dem Plan zu nehmen.

Für diese Herausforderung hinsichtlich des Ausgestaltungsspielraums bestehen verschiedene Lösungsmöglichkeiten: Eine Möglichkeit bestünde darin, dass der G-BA nicht nur „Auswertungsergebnisse und Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung“ an die Landesplanungsbehörde und die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen weitergeben, sondern **Auswertungsergebnisse mitsamt den Ergebnissen der Qualitätsbewertung** – wie es gegenwärtig für die „unzureichende Qualität“ nach der plan. QI-RL schon gelebt und erprobt wird (siehe Abschnitt 6.6):

Also eigentlich ist es ja der G-BA. Das ist die einzige Institution, die mir im Moment im System einfallen würde, die genug Autorität hat, um da auch – wissen Sie, das IQTIG erhebt die Daten, macht mit seinen Gremien die entsprechende Detailarbeit und wenn dann rauskommt, nach statistischer oder mathematischer Analyse ist dieses Zentrum auffällig und dann guckt sich ein Expertengremium dann auch noch das System an und kommt zu der Meinung, dieser Standort ist in erheblichem Maß auffällig, dann geht es an die – das ist so wie eine Geschworenengerichtbarkeit, wo dann zum Schluss der Richter das Urteil fällt. Da muss der G-BA zum Schluss sagen „Okay, das ist in erheblichem Maße auffällig“. (Expl 3 Klin PlanQI 2020)

Die Planungshoheit der Länder bliebe durch die übrigen abzuwägenden Aspekte wie Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und Trägervielfalt (siehe „Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke“), durch die Feststellung von „nicht nur vorübergehend“, durch die Einbeziehung der räumlichen Dimension und durch die Entscheidung zu Aufnahme, Herausnahme oder Verbleib im Krankenhausplan gewahrt. Der **Automatismus** bei der Planumsetzung, dass Krankenhäuser aus dem Krankenhausplan „ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen“ sind (§ 8 Abs. 1b KHG), nimmt den Landesplanungsbehörden diesen Entscheidungsspielraum in der Abwägung mit anderen Faktoren (siehe Abschnitt 6.6). Bei dieser Möglichkeit würde nicht jede einzelne Landesplanungsbehörde, sondern das IQTIG bzw. der G-BA die fachliche Qualitätsbewertung vornehmen, die der G-BA an die Landesplanungsbehörden und Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen weitergibt. Vorteil davon, die fachliche Bewertung am IQTIG vorzunehmen und eine Öffnung der planerischen Entscheidung der Länder zu ermöglichen (Expl 2 Recht PlanQI 2020), wäre auch, dass der G-BA bei der Festlegung des geforderten Qualitätsniveaus nicht mitdenken müsste, ob diese Qualität überhaupt flächendeckend erreicht werden kann. Es könnte ein absolutes erwünschtes Niveau festgelegt werden, von dem die Länder bei den Planungsentscheidungen aber aufgrund von Flächendeckung etc. analog zu der Öffnungsklausel bei Mindestmengen in § 136b Abs. 5 SGB V abweichen können.

Diese Lösungsmöglichkeit zur Ermöglichung eines ausreichenden Ausgestaltungsspielraums wurde auch im Expertenworkshop mit den Vertreterinnen und Vertretern der Landesplanungsbehörden befürwortet: Mit der Auflösung des Automatismus, dass Krankenhäuser bei „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ aus dem Krankenhausplan herauszunehmen sind, wäre die Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ bzw. die Qualitätsbewertung durch das IQTIG bzw. den G-BA zu befürworten. Die Länder könnten dann eine Ursachenanalyse

betreiben und entscheiden, ob und mit welchen verhältnismäßigen krankenhauplanerischen Maßnahmen sie das Qualitätsdefizit adressieren wollten.

Eine weitere Möglichkeit zur Lösung des Widerspruchs wäre der **Verzicht auf die Maßstäbe und Kriterien** zur Bewertung zur Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ durch den G-BA. Der G-BA würde den Landesplanungsbehörden und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen dann nur Qualitätsergebnisse zu „unzureichender Qualität“ übermitteln. Die Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ läge völlig frei im Ausgestaltungsspielraum der Länder. Dies entspräche auch den Vorstellungen einer Interviewpartnerin bzw. eines Interviewpartners:

Und dann [...] ist das [die Bewertung] nicht so sehr eine Frage der methodischen Messbarkeit von Abweichungen bei bestimmten medizinischen Vorgaben, sondern ich kann mir das eigentlich auch dann im Rahmen einer Ermessensentscheidung auch anders vorstellen. Das ist so für mich so ein bisschen der Punkt, dass man sich darüber klar wird: Was ist die Begriffsbildung „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ überhaupt? Und da finde ich schon, dass, wenn man das von der juristischen Seite her entwickelt, dass man dann da vielleicht doch zu anderen Ergebnissen kommt als zu den Ergebnissen, die ich so bisher in der Diskussion gefunden habe. (Expl 12 Recht PlanQI 2020)

An dieser Stelle, könnten dann durch die Landesplanungsbehörden weitere Qualitätskriterien – neben den PlanQI – Berücksichtigung finden:

Die Krankenhausplanung muss deshalb unter Berücksichtigung der Qualität die Zugänglichkeit [...] für den Großteil der Bevölkerung sicherstellen. Da die Steuerung der Versorgung zugunsten von Qualität in einem Spannungsverhältnis zur Zugänglichkeit von Krankenhausleistungen stehen kann, muss die Krankenhausplanung über Instrumente verfügen, einen Ausgleich zwischen diesen Zielen zu finden. (Vogel et al. 2020: 330)

Dies könnten nach Ansicht einer Expertin bzw. eines Experten auch beispielsweise geringe Fallzahlen bei den PlanQI bzw. die Gefahr der Wiederholung eines schlechten Qualitätsergebnisses sein (Expl 13 KHP PlanQI 2020). Demnach würde die eigentliche Qualitätsbewertung durch das IQTIG getrennt von der krankenhauplanerischen Bewertung bzw. Ursachenanalyse durch die Behörden erfolgen.

Da geht es ja nicht um die pure Qualitätsfrage, sondern eben, wie gesagt, diese Aspekte der Verhältnismäßigkeit, der Frage, ob das Einzelfälle sind, ob das vielleicht eine Sache ist – rückblickend, den Chefarzt, den Operateur, denjenigen, der den Fehler verursacht hat, das war entweder mehrfach ein Einzeltäter, der schon gar nicht mehr da ist, oder es war ein strukturelles Problem, was längst gelöst ist oder das wir gerade dabei sind zu lösen und, und, und. (Expl 13 KHP PlanQI 2020)

Wenn man jetzt sagt, man nimmt es [das Qualitätsdefizit] aus anderen Gründen hin, ist es halt eine Planungsentscheidung, die im Rahmen einer Abwägung getroffen wird, aber Sie würden sagen, das ist medizinisch sozusagen unzureichend, gleichwohl. Aber nachdem der Qualitätsbegriff eben so weit, so diffus ist, kann man dem natürlich entgegenhalten, dass Qualität, wenn Sie es weit verstehen, auch das umfasst: dass ich Behandlungsangebote zum Beispiel in einer entsprechenden Nähe habe. (Expl 2 Recht PlanQI 2020)

Zuletzt bietet sich eine weitere Möglichkeit für die Herausforderung zum Ausgestaltungsspielraum an: Statt „Auswertungsergebnisse und Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung“ an die Landesplanungsbehörde und die Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen weiterzugeben, könnte der G-BA die Auswertungsergebnisse um eine **Bewertungsempfehlung** erweitern. Wie die PlanQI selbst nach § 6 Abs. 1a KHG nur als Empfehlungen an die Landesplanungsbehörde gelten, könnten die Ergebnisse der fachlichen Bewertung auch als reine Empfehlungen verstanden werden, die ein Land berücksichtigt, um zu einem eigenen Bewertungsergebnis zu kommen. Dabei könnte sich das Land ebenfalls entschließen, die Bewertungsempfehlungen des G-BA bzw. des IQTIG zu übernehmen:

Wenn der Baukasten, der zur Verfügung gestellt wird, er hinreichend enge Vorgaben enthält, dann vollziehen die [Landesplanungsbehörden] ohnehin nur noch nach. Sie müssen es dann aber selbst fachlich überprüfen und laufen Gefahr, dabei noch Fehler zu machen. [...] Und wenn die Länder hier die Entscheidungskompetenz haben und sagen „Ja, wir übernehmen das Ergebnis vom G-BA, wenn uns das plausibel erscheint, und nach den ganzen Verfahrenskautelen erscheint uns das institutionell abgesichert plausibel“, dann ist das ein Weg, dann ist das eine Entscheidung der zuständigen Stelle des Landes. Und die übernimmt diese Information nur als Empfehlung und macht sie sich dann aufgrund eigener Entscheidungen zu eigen. Und damit ist [man] aus dem verfassungsrechtlichen und rechtlichen Problem draußen. (Expl 9 Recht PlanQI 2020)

Also in dem Augenblick, in dem das Land regelt und vorsieht – das ist eine Empfehlung –, etwa vom IQTIG übernimmt, ist es eine Entscheidung in Landesverantwortung und dann ist es wichtig, dass diese Entscheidung in Landesverantwortung sozusagen von dem Land selbst nach dem von ihm vorgegebenen Prüfstandard beurteilt wird. Das kann sein, dass es sagt: Wir glauben das und übernehmen das, wir haben keinen Grund, daran zu zweifeln, weil es verfahrensrechtlich abgesichert ist. – Aber das muss es wiederum nicht. In dem Augenblick, in dem es sagt „Wir schalten da noch eine Fachstelle dazwischen“, ist das ohne Weiteres möglich und entspricht den verfassungsrechtlichen Vorgaben. (Expl 9 Recht PlanQI 2020)

Dem Bundesland verbliebe die Letztentscheidungsbefugnis zur Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“. Ein Empfehlungscharakter der Bewertung entspräche auch dem Konsens der Länder:

Um [...] eine Entscheidungshilfe zu bieten, ist jeweils eine Empfehlung des IQTIG an den G-BA zur Beurteilung der [...] Qualität zur Weiterleitung an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen vorzusehen. (Anonym 2019b: 4)

Alle drei Lösungsmöglichkeiten würden eine **Trennung zwischen der fachlichen Qualitätsbewertung** durch das IQTIG und den G-BA einerseits und **der juristischen Bewertung und der Krankenhausplanung** durch die Länder andererseits beinhalten. Diese Trennung würde nicht ausschließen, dass die Landesplanungsbehörden bei der fachlichen Qualitätsbewertung durch das IQTIG mithilfe von Fachgremien informativ involviert werden könnten.

Ergänzend könnte eine weitere Lösungsmöglichkeit erwogen werden: In einem Verfahren mit PlanQI könnten verschiedene Qualitätsinformationen aus anderen Verfahren – ggf. samt Bewertung – aufgegriffen werden und den Landesplanungsbehörden im Sinne eines Qualitätsmonitorings zur Verfügung gestellt werden. Diese Informationen wären als zusätzliche Planungsgrundlage neben den weiteren in der Krankenhausplanung aufzugreifenden Kriterien zu verwenden. Dies macht eine Aufhebung des Automatismus zur Herausnahme aus dem Krankenhausplan bei „nicht nur vorübergehend“ „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ im KHG und SGB V erforderlich. Eine Bewertung im Rahmen eines PlanQI-Verfahrens sowie die Feststellung der differenzierten Bewertung „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ wären bei dieser Lösungsmöglichkeit verzichtbar.

4.4 Fazit

Die Bewertungsoptionen können hinsichtlich ihrer Komplexität, ihrer Objektivität, des krankhausplanerischen Nutzens des Aufwands in Entwicklung und Regelbetrieb und des Gestaltungsspielraums der Länder eingeschätzt werden. Tabelle 4 zeigt eine Übersicht der Bewertungsoptionen mitsamt einer zusammenfassenden Einschätzung.

Tabelle 4: Übersicht der Bewertungsoptionen

Bewertungsoption		Einschätzung	Ausgestaltungsspielraum der Länder	
quantitative Differenzierung	auf Basis einzelner QIs	A1 (einzelne QIs, 2 Referenzwerte)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vergleichsweise objektiv ▪ vergleichsweise geringerer Aufwand im Regelbetrieb ▪ ggf. bei kleinen Fallzahlen Klassifikation schwierig ▪ krankenhauplanerischer Nutzen für Herausnahme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Möglichkeit des Ausschlusses einzelner QIs aus dem Krankenhausplan ▪ vergleichsweise größer
		B1 (einzelne QIs, ein Referenzwert, binäre Bewertung)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vergleichsweise objektiv ▪ vergleichsweise geringerer Aufwand im Regelbetrieb ▪ nicht realistisch, dass mehrere QIs in Set entwickelt werden können ▪ krankenhauplanerischer Nutzen für Herausnahme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Möglichkeit des Ausschlusses einzelner QIs aus dem Krankenhausplan ▪ vergleichsweise größer
	auf Basis eines Index	A2 (Index, 2 Referenzwerte)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vergleichsweise objektiv ▪ vergleichsweise geringerer Aufwand im Regelbetrieb ▪ praktisches Maß ▪ vergleichsweise großer Entwicklungsaufwand ▪ krankenhauplanerischer Nutzen für Herausnahme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwierigkeiten bei Ausschluss einzelner QIs aus dem Krankenhausplan ▪ vergleichsweise gering
		B2 (Index, ein Referenzwert, binäre Bewertung)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ vergleichsweise objektiv ▪ vergleichsweise geringerer Aufwand im Regelbetrieb ▪ nicht realistisch, dass mehrere QIs entwickelt werden können ▪ vergleichsweise großer Entwicklungsaufwand ▪ krankenhauplanerischer Nutzen für Herausnahme 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwierigkeiten bei Ausschluss einzelner QIs aus dem Krankenhausplan ▪ vergleichsweise geringer

Bewertungsoption		Einschätzung	Ausgestaltungsspielraum der Länder	
qualitative Differenzierung	auf Basis einzelner QIs	C1 (einzelne QIs, ein Referenzwert, zweistufige Bewertung: quantitativ „unzureichend“, qualitativ „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“)	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung der Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung herausfordernd vergleichsweise höherer Aufwand im Regelbetrieb krankenhausplanerischer Nutzen für Herausnahme 	<ul style="list-style-type: none"> Möglichkeit des Ausschlusses einzelner QIs aus dem Krankenhausplan vergleichsweise größer
	auf Basis eines Index	C2 (Index, ein Referenzwert, zweistufige Bewertung: quantitativ „unzureichend“, qualitativ „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“)	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung der Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung herausfordernd vergleichsweise höherer Aufwand im Regelbetrieb vergleichsweise großer Entwicklungsaufwand krankenhausplanerischer Nutzen für Herausnahme 	<ul style="list-style-type: none"> Schwierigkeiten bei Ausschluss einzelner QIs aus dem Krankenhausplan vergleichsweise geringer; abhängig davon, wer die Bewertung vornimmt
	auf Basis einzelner QIs	D (einzelne QIs, zweistufige Bewertung: quantitativ „unzureichend“ pro QI und ein Referenzwert, qualitativ „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ für QI-Set)	<ul style="list-style-type: none"> Entwicklung der Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung herausfordernd vergleichsweise höherer Aufwand im Regelbetrieb krankenhausplanerischer Nutzen für Herausnahme 	<ul style="list-style-type: none"> Schwierigkeiten bei Ausschluss einzelner QIs aus dem Krankenhausplan vergleichsweise größer
Verzicht auf Differenzierung		E (strukturelle Mindestanforderung, binäre Bewertung)	<ul style="list-style-type: none"> keine Feststellung „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ möglich vergleichsweise geringer Aufwand im Regelbetrieb krankenhausplanerischer Nutzen für Aufnahme (Schritt 1) 	<ul style="list-style-type: none"> gering, auch wenn die Landesplanungsbehörde selbst die Bewertungsentscheidung trifft (dichotom, stark algorithmisch)
		F (Vergleich quantitativer Ergebnisse und qualitativer Auffälligkeitseinstufung)	<ul style="list-style-type: none"> keine Feststellung „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ möglich krankenhausplanerischer Nutzen für Kapazitätsausweitung 	<ul style="list-style-type: none"> äußerst groß

Mit den Bewertungsoptionen E (strukturelle Mindestanforderungen; schematische Darstellung in Abbildung 12) und F (Vergleich) kann nicht zwischen „unzureichender Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ differenziert werden. Diese Differenzierung ist jedoch auch nicht für alle Planungszwecke erforderlich. Die Auswahl einer dieser Lösungsoptionen ginge mit einer Abkehr von den Vorgaben einher, die die Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ fordern. Dennoch könnten die Ergebnisse für die Planungszwecke Aufnahme (Schritt 1; Option E) sowie Aufnahme (Schritt 2) und Kapazitätsausweitung (Option F) eingesetzt werden.



Abbildung 12: Option E: Schematische Darstellung der Qualitätsbewertung mithilfe von Mindestanforderungen in Form von nicht fallbezogenen (prozessnahen) Strukturindikatoren

Abbildung 13 zeigt schematisch die Optionen zur quantitativen Differenzierung. Insgesamt ist bei den quantitativen Optionen eine geringere Heterogenität der Bewertungsergebnisse zu erwarten als bei den Optionen zur qualitativen Differenzierung (schematische Darstellung in Abbildung 14). Option A1 (einzelne Qualitätsindikatoren mit 2 Referenzwerten) hat einen Nachteil darin, dass es insbesondere bei kleinen Fallzahlen zu Schwierigkeiten hinsichtlich der Klassifikation kommen kann. Option B1 (einzelne Qualitätsindikatoren mit einem Referenzwert) wird nicht als realistisch umsetzbar eingeschätzt, da zur Abbildung einer Bezugseinheit mehrere Indikatoren entwickelt werden müssten, die sich durch besondere Unverzichtbarkeit in der Versorgung auszeichnen müssten. Die gleiche Einschätzung gilt für Option B2 (Index mit einem Referenzwert). Der Index, bei dem eine quantitative Differenzierung in „unzureichende“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ vorgenommen wird (Option A2), ist praktisch und verursacht bei der Bewertung im Regelbetrieb nur vergleichsweise geringen Aufwand. Aufwendig und komplex ist er dagegen in der Entwicklung – mit dem Gewinn, dass Gewichtungen im Vorfeld einer Bewertung vorgenommen, explizit getroffen und transparent gemacht werden. Normativ gesetzte Referenzwerte sowie der Index selbst können nachvollziehbar erläutert werden, und die Ergebnisse der Einzelindikatoren könnten den Landesplanungsbehörden mit zur Verfügung gestellt werden, sodass die Möglichkeit einer inhaltlichen (wenn nicht mathematischen) Nachvollziehbarkeit eines Wertes bestünde. Die Kommunikation nur eines einzelnen Wertes könnte einfacher sein als von mehreren Werten. Die Indexwerte könnten jedoch aufgrund der nur partiellen Nachberechnungen nicht zu einem Vergleich der Krankenhäuser herangezogen werden, sondern nur zur Differenzierung der Qualitätsbewertung.

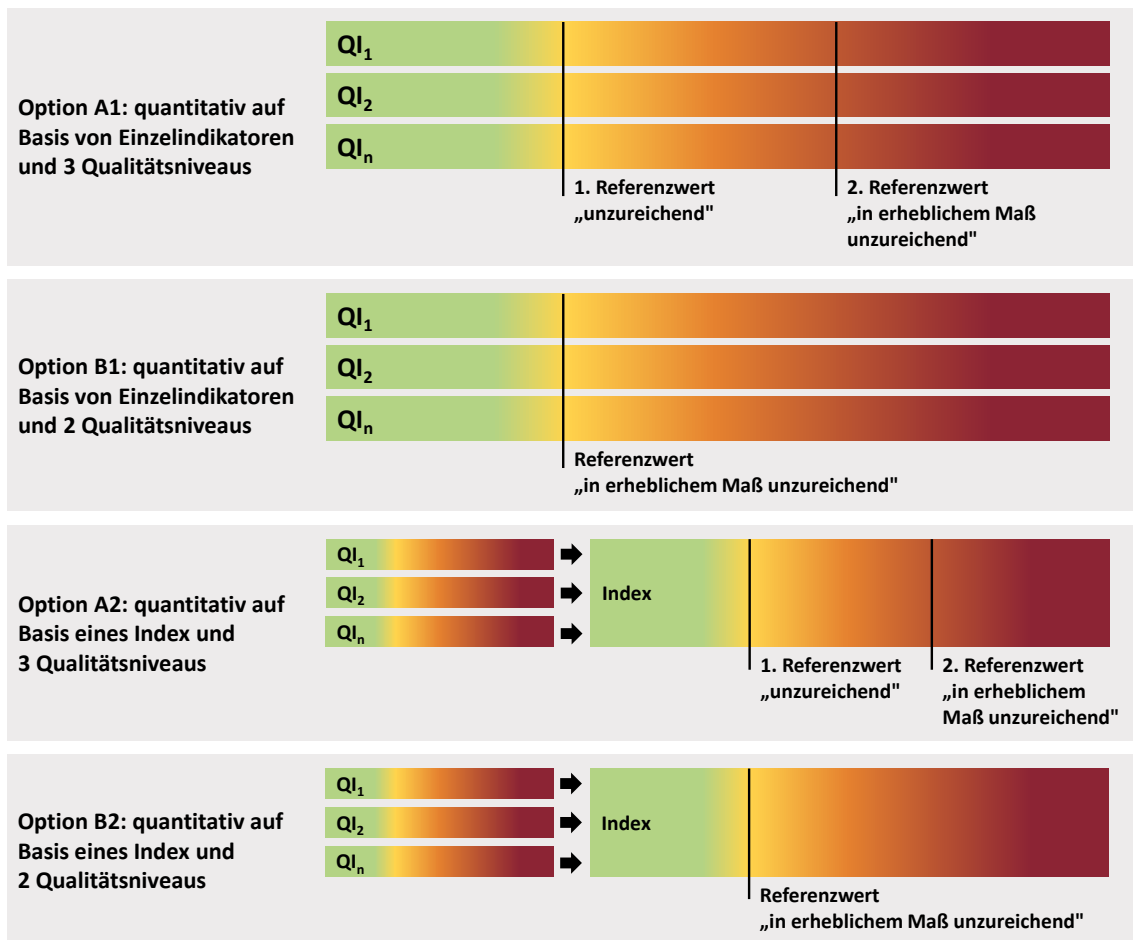


Abbildung 13: Optionen A1, B1, A2, B2: Schematische Darstellung der quantitativen Differenzierung der Qualitätsbewertung

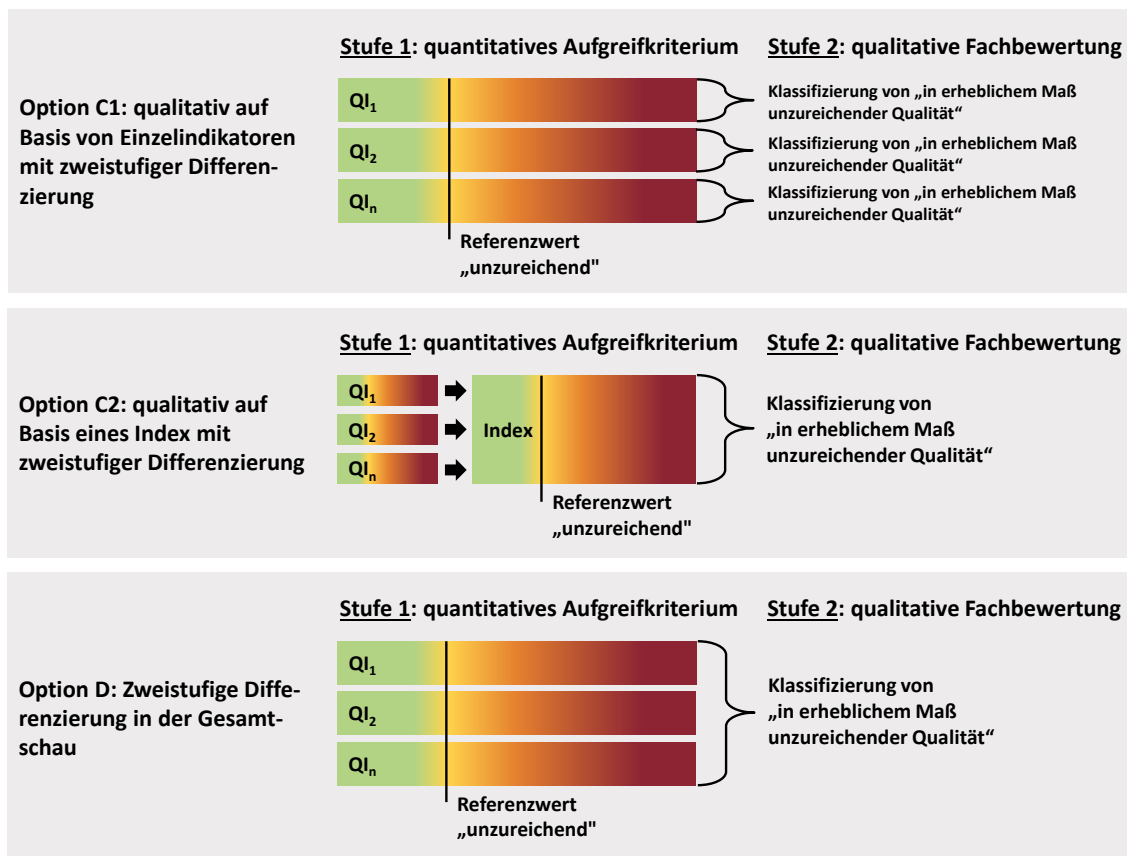


Abbildung 14: Optionen C1, C1, D: Schematische Darstellung der quantitativen Differenzierung der Qualitätsbewertung

Bei allen Bewertungsoptionen, bei denen die Differenzierung zwischen „unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ qualitativ stattfindet (C1, C2 und D), wäre die Entwicklung der Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung herausfordernd. Grundsätzlich kann die Anwendung der Maßstäbe und Kriterien durch den G-BA nur sichergestellt werden, wenn die Bewertung durch die Institutionen der gesetzlichen Qualitätssicherung vorgenommen wird. Alle Varianten gingen mit einem großen Aufwand im Regelbetrieb einher. Grundsätzlich wäre Option C1, bei der die qualitative Differenzierung auf Ebene der einzelnen Qualitätsindikatoren erfolgt, vorstellbar.

Ob sich die einzelnen Optionen neben der Bewertung im Bereich der „unzureichenden Qualität“ auch im Bereich der „guten Qualität“ eignen, wurde jeweils im Abschnitt zu den einzelnen Optionen dargestellt. Grundsätzlich ist eine Differenzierung zwischen verschiedenen Qualitätsniveaus innerhalb der „guten Qualität“ nicht erforderlich. Optionen, die für die Bewertung auf einzelne Indikatoren zurückgreifen, sind für die Feststellung von „guter Versorgungsqualität“ innerhalb einer Bezugsebene nicht geeignet. Bei der Abwägung der Bewertungsoptionen hinsichtlich ihrer Verwendbarkeit für die Feststellung „guter Qualität“ müssen auch der jeweils entstehende Aufwand und die Komplexität einer Bewertung im Vergleich zur Eingriffsintensität des jeweiligen Planungszwecks abgewogen werden. „Gute Qualität“ kann für Auswahlentscheidun-

gen im Rahmen der Krankenhausplanung nach § 8 Abs. 2 KHG (Aufnahme Schritt 2 und Kapazitätsausweitung) sinnvoll herangezogen werden (siehe „Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke“).

Bei Bewertungsoptionen E (strukturelle Mindestanforderungen) verbleibt den Landesplanungsbehörden ein geringer **Ausgestaltungsspielraum**, da eine dichotome Bewertung einzelner struktureller Mindestanforderungen sehr algorithmisch ist. Bei einem Vergleich von Krankenhäusern für eine Auswahlentscheidung nach § 8 Abs. 2 KHG ist der Ausgestaltungsspielraum der Länder als äußerst groß einzuschätzen: Gleichwertig mit der qualitativen Hochwertigkeit nach § 1 Abs. 1 KHG können auch Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie bei gleicher Qualität auch der „Grundsatz der Trägervielfalt“ bei „einer Abwägung [als] zu berücksichtigende Auswahlkriterien“ (Burgi 2019: 184) herangezogen werden. Der Ausgestaltungsspielraum läge dabei nicht in der fachlichen Qualitätsbewertung, sondern in der Abwägung mit den weiteren Faktoren sowie in der krankenhauplanerischen Entscheidung.

Bei den Bewertungsoptionen zur Differenzierung ist der Ausgestaltungsspielraum der Länder abhängig davon, ob die Differenzierung auf Einzelindikatorebene vorgenommen wird oder erst in der Zusammenschau eines Indikatorensets. Zum einen verbliebe den Landesplanungsbehörden bei allen Optionen, bei denen auf Ebene von Einzelindikatoren differenziert würde (Optionen A1, B1 und C1), die Möglichkeit nach § 6 Abs. 1a KHG einzelne Indikatoren aus dem Landeskrankenhausplan auszuschließen. Würde erst auf Ebene von mehreren Qualitätsindikatoren differenziert (Optionen A2, B2, C2 und D), wäre ein Ausschluss einzelner Indikatoren schwierig. Wenn die Differenzierung auf Basis mehrerer Indikatoren vorgenommen würde, entfielen für die Landesplanungsbehörden zum anderen der Schritt, auf Basis der differenzierten Einzelindikatorbewertungen die Feststellung der Qualität für die Bezugseinheit vorzunehmen. Im Vergleich dazu bliebe durch die Zusammenschau mehrerer Indikatorbewertungen auf der Bezugsebene bei den anderen Optionen, bei denen auf Ebene einzelner Indikatoren differenziert wird (Optionen A1, B1, C1, D), ein größerer Ausgestaltungsspielraum für die Landesplanungsbehörden: Sind mögliche Bewertungen mit „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ auf Ebene eines Einzelindikators auch in der Zusammenschau für die Bezugsebene als „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ zu werten? Die Qualitätsbewertung des IQTIG bzw. G-BA auf Einzelindikatorebene hätte also bei diesen Optionen eher den Charakter einer „weichen Ampel“, sodass nach der aktuellen gesetzlichen Regelung kein Automatismus zum krankenhauplanerischen Handeln im Sinne einer „harten Ampel“ hinter der Qualitätsbewertung aus Perspektive der bundesweiten Qualitätssicherung bestehen würde.

Der Ausgestaltungsspielraum durch die Landesplanungsbehörden ist weiterhin abhängig davon, ob sie die qualitative Bewertung selbst oder ob G-BA bzw. IQTIG diese Bewertung vornehmen – jeweils mit Beratung durch ein Expertengremium. Im Vergleich zu Optionen, bei denen die Differenzierung auf Ebene von Einzelindikatoren vorgenommen wird, wird bei den Optionen C2 und D die Bewertung der Bezugseinheit in der Zusammenschau bei der Differenzierung bereits mit vorgenommen, sodass dieser Ausgestaltungsspielraum – sollte die qualitative Bewertung nicht durch die Landesplanungsbehörden vorgenommen werden – eingeschränkt wird. Zu hinterfragen ist der in den Behörden entstehende Aufwand für die Gremienarbeit, sollten sie die

Bewertung selbst vornehmen. Zusätzlich zur Qualitätsbewertung könnten die Behörden eine Ursachenanalyse anschließen, um feststellen zu können, ob und welche krankenhauplanerischen Maßnahmen zu ergreifen wären. Auf dem Expertenworkshop kritisierte dazu eine bzw. einer der Teilnehmenden, dass solche Bewertungsoptionen nicht „verwaltungsarm“ seien, u. a. da mehrere Expertengremiumssitzungen erforderlich würden es und es je nach Besetzung des Fachgremiums zu unterschiedlichen – willkürlichen – Bewertungsergebnissen käme. Innerhalb eines Bundeslandes kennen sich die Bewerberinnen und Bewerber untereinander – dies verhindere den Einsatz objektiver Bewertungskriterien. Würde die qualitative Bewertung durch Institutionen und Gremien des G-BA erfolgen, könnte dagegen die Anwendung von Bewertungskriterien und die Besetzung der Gremien frei von Interessenkonflikten sichergestellt werden. Die Zusammenschau und Bewertung der Bezugseinheit fiel jedoch bei Option D mit der Differenzierung der Qualitätsbewertung zusammen, sodass der Ausgestaltungsspielraum in diesem Fall als gering eingeschätzt würde.

Weiterhin könnte ein quantitativer Index (Optionen A2, B2, C2) zu einer algorithmischen Bewertung führen, weil für die Planungsbehörden der Schritt der Zusammenschau teilweise vorweggenommen wird. Der Ausgestaltungsspielraum der Länder wäre bei einem differenzierenden Qualitätsindex hinsichtlich der fachlichen Bewertung als gering einzuschätzen. Bei den qualitativen Optionen zur Differenzierung C1, C2 und D könnten die Länder zwar die Feststellung der Bewertung übernehmen, müssten dabei jedoch auch mit einem erheblichen Aufwand rechnen.

Alternativ wäre der Ausgestaltungsspielraum der Länder als maximal einzuschätzen, wenn sie die Qualitätsinformationen – neben den in der Krankenhausplanung ohnehin zu berücksichtigenden Kriterien – im Sinne eines Qualitätsmonitorings als zusätzliche Entscheidungsgrundlage erhalten würden.

Grundsätzlich sollten nach Auffassung des IQTIG Qualitätsbewertung und Entscheidungen zu krankenhauplanerischen Maßnahmen strikt getrennt bleiben und nur die Qualitätsbewertung durch das IQTIG bzw. den G-BA vorgenommen werden. Der Ausgestaltungsspielraum der Bundesländer müsste über die Berücksichtigung weiterer Planungsfaktoren und die Entscheidung ausgefüllt werden, ob und welche krankenhauplanerischen Maßnahmen im Einzelfall ergriffen werden (siehe Abschnitt 4.3).

5 Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Im Rahmen der Beauftragung des IQTIG zur Neukonzeption der Entwicklung von PlanQI gemäß § 136c Abs. 1 SGB V wurden in Teil A Nr. 3 vier verschiedene Prüfaufträge erteilt, welche die Entwicklung von neuen PlanQI adressieren (G-BA 2020b: 2): Es soll geprüft werden, ob sich eine Verkürzung der Entwicklungsdauer für die neuen PlanQI als möglich erweist und welche Vor- und Nachteile daraus resultieren würden (Teil A Nr. 3a; siehe Abschnitt 5.1). Des Weiteren ist zu prüfen, inwiefern eine Integration der Entwicklung von PlanQI und von Indikatoren für andere datengestützte QS-Verfahren nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (Qualitätsförderung) methodisch sinnvoll ist (Teil A Nr. 3b; siehe Abschnitt 5.2). Die Entwicklung von Eignungskriterien schließt den Prüfauftrag Nr. 3 ab: Dabei gilt es zu prüfen, inwiefern sich die neu entwickelten Qualitätsindikatoren aufgrund ihrer Eignung den unterschiedlichen Zwecken der Krankenhausplanung zuordnen lassen (Teil A Nr. 3d; siehe Abschnitt 5.3). Zuletzt soll auch geprüft werden, ob eine Nutzung von vorhandenen Qualitätsindikatoren, die bereits gemäß QSKH-RL bzw. DeQS-RL Anwendung finden, als Grundlage für die neukonzipierten PlanQI möglich ist (Teil A Nr. 3c; siehe Abschnitt 5.4).

5.1 Verkürzung der Entwicklungszeiten

Für den Prüfauftrag unter Teil A Nr. 3a soll untersucht werden, inwiefern die Entwicklungszeit für PlanQI verkürzt werden kann. Hierzu kann das IQTIG auf parallele Arbeiten zur Weiterentwicklung der „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG bzw. ein der AG Methodenpapier zur Verfügung gestelltes Diskussionspapier zur „Prüfung methodischer Ansätze zur Verkürzung der Verfahrensentwicklungszeiten der indikatorbasierten gesetzlichen Qualitätssicherung“ (IQTIG 2020c) zurückgreifen. Zudem wurden zu der Thematik Literatur (siehe Abschnitt 2.1) und die Experteninterviews (siehe Abschnitt 2.2) ausgewertet.

Die Entwicklung und Umsetzung eines externen indikatorbasierten QS-Verfahrens – und damit auch die Entwicklung von PlanQI – ist ein anspruchsvoller und dementsprechend zeitaufwendiger Prozess, da an ein solches Verfahren hohe methodische und fachwissenschaftliche Anforderungen gestellt werden. Ein wichtiges Ziel der Qualitätssicherung ist allerdings auch, erkannte Verbesserungspotenziale in der Gesundheitsversorgung zeitnah zu adressieren. Es besteht somit ein Zielkonflikt zwischen methodisch-fachwissenschaftlichen Anforderungen und möglichst kurzer Zeitdauer bis zur Verfügbarkeit von PlanQI.

Die Entwicklungszeiten der QS-Verfahren für den Verwendungszweck der Qualitätsförderung betragen bisher ca. 39 Monate. Diese Nettoentwicklungszeit ist aufgliedert in Konzeptstudie (9 Monate), gefolgt von der Entwicklung dokumentations- und sozialdatenbasierter Qualitätsindikatoren (18 Monate) und der Machbarkeitsprüfung (12 Monate) bzw. der parallel beauftragten Entwicklung von Patientenbefragungen (30 Monate). Zu der Nettoentwicklungszeit kommen zusätzlich die Beratungs- und Beschlusszeiten des G-BA hinzu. Nach der Entwicklung erfolgt der

Aufbau des Regelbetriebs sowie die Spezifikation von Datenerfassungsinstrumenten und Indikatorrechenregeln (6 Monate; Veröffentlichung zum 30. Juni eines jeden Jahres), deren Umsetzung durch Softwarehersteller erneut 6 Monate benötigt und die zum Beginn eines Jahres zur Verfügung stehen. Durch diese nachgelagerten Prozesse werden mindestens weitere 12 Monate Zeit für den Aufbau des Regelbetriebs benötigt – hinzu kommt nochmals eine Beratungszeit zur Spezifikation. In der Summe vergehen von der Beauftragung des IQTIG mit einer Konzeptstudie bis zur Aufnahme des Regelbetriebs eines QS-Verfahrens inklusive Beratungs- und Beschlusszeiten des G-BA mindestens fünf bis sechs Jahre. Erste Maßnahmen zur Behebung des ursprünglichen Qualitätsdefizits können im Rahmen der DeQS-RL nach einem Jahr Regelbetrieb ergriffen werden. Krankenhausplanerische Konsequenzen hinsichtlich einer Herausnahme aus dem Krankenhausplan sollen nach der aktuellen gesetzlichen Vorgabe ergriffen werden, wenn eine „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ „nicht nur vorübergehend“ auftritt (Abbildung 15).

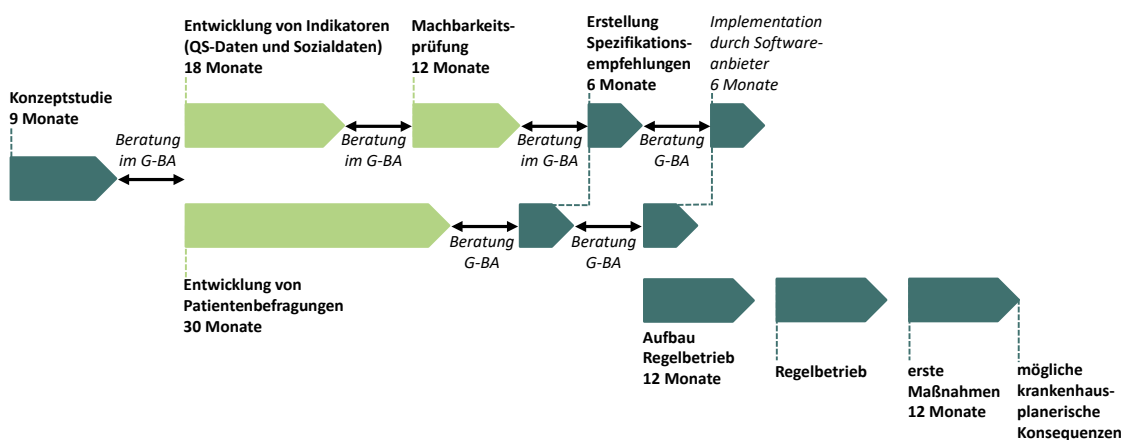


Abbildung 15: Schritte der dokumentations- und sozialdatenbasierten Verfahrensentwicklung (oben) und der Entwicklung von Patientenbefragungen (Mitte) sowie krankenhauplanerische Maßnahmen und Konsequenzen (unten)

Die Dauer der Entwicklungszeiten für QS-Verfahren werden in den Beratungen des G-BA, aber auch in Presse und Öffentlichkeit (BDA 2019, Hamberger 2013) häufig für zu lang gehalten, so dass nicht rechtzeitig auf bestehende Qualitätsdefizite mit neuen Leitlinien oder medizinischen Entwicklungen reagiert werden könne (vgl. Expl 3 Klin PlanQI 2020).

Erforderlich sei „ein schneller lernendes System“ (Expl 3 Klin PlanQI 2020). Das Verständnis für die Entwicklungszeiten ist generell als gering zu bezeichnen, was eine Aussage in einem Experteninterview widerspiegelt:

Ja, ich verstehe eigentlich überhaupt nicht, warum das so lange dauert, weil das eigentlich meines Erachtens alles nur so gesunder – größtenteils – Menschenverstand ist, was da irgendwie angelegt wird, das ist ja jetzt keine Wissenschaft, bei der man Jahre im Labor stehen muss und pipettieren, um das rauszufinden, sondern das sind ganz viele politische Sätze und die kann man relativ schnell machen und sich auf irgendwas Vernünftiges einigen. (Expl 4 WiFo PlanQI 2020)

In einem weiteren Experteninterview wird hingegen eine andere Auffassung vertreten:

Also eher bin ich dafür, dass man sich mehr Zeit nehmen sollte, auch wenn das schwierig ist, gerade vom G-BA gefordert [wird] [...]. Es ist nichts schlimmer als mit einer – ich nenne das jetzt mal so – heiß gestrickten Nadel was zu machen und dann im Nachgang festzustellen: Ah, ich habe jetzt doch ein paar Dinge nicht berücksichtigt, ich würde lieber ein Jahr länger investieren als ein Jahr kürzer investieren und dafür dann was Vernünftiges zu haben. [...] Also ich bin nicht für Verkürzung, ich bin mehr für Ruhe und ordentliches Arbeiten. [...] Man sollte eine Sache machen und die dann vernünftig und dann gucken, wie sie ist, und dann kann man weitergucken, aber nicht fünf Sachen gleichzeitig. Das überfordert alle. Das überfordert auch die Krankenhäuser. (Expl 10 QS/QM PlanQI 2020)

Für das Diskussionspapier zur „Prüfung methodischer Ansätze zur Verkürzung der Verfahrensentwicklungszeiten der indikatorbasierten gesetzlichen Qualitätssicherung“ (IQTIG 2020c) wurde die Methodik der Verfahrensentwicklung des IQTIG im Hinblick auf eine schnellere Verfügbarkeit von indikatorbasierten QS-Verfahren geprüft. Um mögliche Ansätze zu identifizieren, die zu einer beschleunigten Entwicklung von QS-Verfahren führen, wurden grundsätzliche methodische Möglichkeiten zur Projektbeschleunigung ermittelt, auf die Entwicklung von QS-Verfahren angewendet sowie weitergehende Modifikationen der Entwicklungsmethodik erörtert. Diese Möglichkeiten wurden im Diskussionspapier ausführlich erörtert und werden im Folgenden kurz – insbesondere auch mit dem Blick auf PlanQI – beschrieben. Für den vorliegenden Prüfauftrag wurden darüber hinaus weitere Optionen geprüft. Insgesamt ergeben sich die folgenden Optionen:

- Verzicht auf die Entwicklung eines Qualitätsmodells
- Verzicht auf einzelne methodische Schritte
- gemeinsame Durchführung von Indikatorenentwicklung (auf Basis von QS-Dokumentations- und Sozialdaten) und Machbarkeitsprüfung
- schmales QS-Verfahren für einen Qualitätsaspekt
- Entwicklung von Mindestanforderungen an die Strukturqualität
- Verwendung recherchierter Indikatoren

Prüfergebnisse finden sich in den Abschnitten 5.1.1 bis 5.1.6, Fazit und Optionen zur Verkürzung in Abschnitt 5.1.7.

5.1.1 Verzicht auf die Entwicklung eines Qualitätsmodells

Auf ein Qualitätsmodell kann nach Ansicht des IQTIG insbesondere bei PlanQI nicht verzichtet werden: Gemäß der Methodik des IQTIG wird die wissenschaftliche Herleitung der in einem Themenbereich relevanten Qualitätsthemen (Qualitätsaspekte) unter Einbindung der Patientinnen und Patienten durch die Erarbeitung eines Qualitätsmodells ermöglicht (IQTIG 2019a: 42 ff.). Die Qualitätsaspekte können einerseits hinsichtlich der Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbrin-

ger und andererseits (für den Planungszweck der Herausnahme aus dem Krankenhausplan) hinsichtlich des Verbesserungsbedarfs geprüft werden. Erst auf der Basis des Qualitätsmodells bzw. der Qualitätsaspekte kann ein Set von Qualitätsindikatoren entwickelt werden, das diese Aspekte inhaltsvalide abbildet. Die breite Abdeckung über die Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts für Qualität (IQTIG 2020e) und die Inhaltsvalidität sind bei PlanQI zentral: Nur dann ist eine Qualitätsaussage bzw. eine Bewertung für eine Bezugseinheit möglich (siehe Abschnitt 5.3.5). Eine Reduktion des Umfangs bei der Entwicklung von Qualitätsaspekten, -merkmalen und -indikatoren sowie bei der Themenerschließung erscheint als Ansatzpunkt für die Entwicklung eines QS-Verfahrens auch mit PlanQI, das die relevanten Qualitätsthemen adressieren soll, daher nicht möglich. Für ein Qualitätsmodell werden aus verschiedenen Informationsquellen abgeleitete Gesichtspunkte der Versorgung zu Qualitätsaspekten zusammengefasst. Durch einen Verzicht dieser Gruppierung könnte sogar ein größerer Aufwand entstehen: In diesem Fall müssten die Selektion und die Prüfschritte, die sonst auf Ebene der Qualitätsaspekte durchgeführt werden, später auf Ebene von abgeleiteten Qualitätsmerkmalen vorgenommen werden. Für den G-BA bestünde keine Möglichkeit zur Zustimmung zum oder Reaktion auf das Qualitätsmodell aus selektierten Aspekten – beraten werden müssten stattdessen kleinteiligere Merkmale.

5.1.2 Verzicht auf methodische Schritte

Im Diskussionspapier zur „Prüfung methodischer Ansätze zur Verkürzung der Verfahrensentwicklungszeiten der indikatorbasierten gesetzlichen Qualitätssicherung“ (IQTIG 2020c) wurde die Möglichkeit des Verzichts auf einzelne methodische Schritte ausführlich erörtert: Die in den „Methodischen Grundlagen“ dargestellten Schritte sind für eine angemessene Entwicklung eines QS-Verfahrens entlang der Eignungskriterien für Qualitätsmessungen unverzichtbar (IQTIG 2019a: 135 ff.). Da die methodischen Schritte der Entwicklung in der Regel aufeinander aufbauen, d. h. die Ergebnisse des jeweils vorherigen Schrittes für die weitere Entwicklung benötigt werden, kann kein Schritt entfallen. Im Diskussionspapier wurde an dieser Stelle festgestellt, man könne innerhalb einer Machbarkeitsprüfung auf Rückmeldeberichte und Musterauswertungen verzichten – für PlanQI wird dies jedoch nicht so gesehen (IQTIG 2020c): Die Machbarkeitsprüfung soll sicherstellen, dass die entwickelten Qualitätsindikatoren die Eignungskriterien des Messverfahrens (Objektivität, Datenqualität, Reliabilität, Validität und Praktikabilität der Messung) so weit wie möglich erfüllen (IQTIG 2019a: 66). Ihre methodischen Elemente wie die Probedokumentation und Nachbefragung der teilnehmenden Leistungserbringer, die Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien des QS-Filters sowie die Proheberechnungen der Qualitätsindikatoren dienen damit unmittelbar der Entwicklung des Indikatorensets für das beauftragte QS-Verfahren. Für PlanQI könnten je nach gewählter Option für die Bewertung (siehe Abschnitt 4.1) neue Auswertungsstrategien bzw. Darstellungen zur Bewertung vorgesehen sein. Daher sollte insbesondere bei PlanQI auf die Erstellung von Rückmeldeberichten und Auswertungen sowie Visualisierung in Musterberichten bei neuen Bewertungskonzepten zunächst nicht verzichtet werden.

5.1.3 Gemeinsame Beauftragung von Indikatorenentwicklung (auf Basis von QS-Dokumentations- und Sozialdaten) und Machbarkeitsprüfung

Die Trennung von Indikatorenentwicklung und Machbarkeitsprüfung wird im Diskussionspapier zur „Prüfung methodischer Ansätze zur Verkürzung der Verfahrensentwicklungszeiten der indikatorbasierten gesetzlichen Qualitätssicherung“ (IQTIG 2020c) ausführlich diskutiert. Methodisch sind die Aufgaben der Indikatorenentwicklung und der Machbarkeitsprüfung eng miteinander verwoben. Qualitätsindikatoren machen die Qualitätsaspekte und Qualitätsmerkmale eines Themenbereichs einer Messung zugänglich. Diese Operationalisierung schließt die genaue Festlegung des Messverfahrens und der Auswertung der erhobenen Daten mit ein (Döring und Bortz 2016: 222 ff., IQTIG 2019a: 42 ff.). Während im Teilprojekt der Indikatorenentwicklung in Bezug auf die Operationalisierung vorwiegend die Fragen beantwortet werden, auf Grundlage welcher Informationen und mit welcher Berechnungsvorschrift die Qualitätsmerkmale angemessen abgebildet werden können und mit welchen Datenflüssen dies erreicht werden kann, beschäftigt sich die Machbarkeitsprüfung mit der Optimierung der verfahrenstechnischen Umsetzung, insbesondere des Erhebungsinstruments. Das Indikatorenset nach Abschluss der Indikatorenentwicklung ist daher als vorläufig anzusehen und ohne getestete Datenfelder noch nicht regelbetriebsbereit. Zudem können im Rahmen der Machbarkeitsprüfung zutage tretende notwendige Anpassungen am Erhebungsinstrument Auswirkungen darauf haben, ob und wie sich die interessierenden Qualitätsmerkmale abbilden lassen. Das Indikatorenset wird folglich erst nach Abschluss der Machbarkeitsprüfung als finales, fertig operationalisiertes Indikatorenset zur Einführung in den Regelbetrieb empfohlen (IQTIG 2019a: 66).

Das IQTIG beabsichtigt daher eine Anpassung der Methodik, die die Entwicklung von QS-Dokumentations- und sozialdatenbasierten Qualitätsindikatoren als einen integrierten Prozess von der Entwicklung der Qualitätsindikatoren bis einschließlich der empirischen Pilottestung der QS-Dokumentationsbögen begreift. Dies ist analog zum methodischen Vorgehen bei der Entwicklung von Patientenbefragungen, bei der kognitiver Pretest und Standard-Pretest ebenfalls integrale Bestandteile der Indikatorenentwicklung sind (IQTIG 2019a: 78).

Ein Zeitgewinn entstünde bei einer gemeinsamen Beauftragung von Indikatorenentwicklung und Machbarkeitsprüfung hauptsächlich durch den Verzicht auf die Beratungszeiten des G-BA zwischen vorläufig entwickelten Qualitätsindikatoren und Beginn der Machbarkeitsprüfung. Die Möglichkeit für eine Beteiligung nach § 137a Abs. 7 SGB V bestünde dabei weiterhin vor Beginn der Machbarkeitsprüfung, sodass die Ergebnisse des Beteiligungsverfahrens noch in die Entwicklung einfließen können.

5.1.4 Schmales QS-Verfahren für einen Qualitätsaspekt

Die Adressierung eines begrenzten, wichtigen Qualitätsproblems kann für die Qualitätsförderung ein Anlass für die Entwicklung eines „schmalen“ QS-Verfahrens sein. Wie das Rahmenkonzept für Qualität des IQTIG (2019a: 16 ff.) deutlich macht, ist Qualität jedoch mehrdimensional und geht mit einer Vielzahl von Anforderungen an die Versorgungsqualität einher (siehe auch IQTIG 2020c). Die breite Abdeckung über die Qualitätsdimensionen des IQTIG-Rahmenkonzepts

für Qualität (IQTIG 2020e) spielt dabei insbesondere bei PlanQI eine wichtige Rolle, wenn für eine ggf. größere Bezugsebene bewertet werden soll.

In Abgrenzung zu der Verkürzungsmöglichkeit, die unter Abschnitt 5.1.1 erörtert wird, wird bei dem hier beschriebenen Ansatz zur Entwicklung eines schmalen QS-Verfahrens für einen Qualitätsaspekt nicht nur auf die Entwicklung eines Qualitätsmodells – im Sinne der Gruppierung von versorgungsrelevanten Gesichtspunkten zu Aspekten – verzichtet, sondern es wird ein Qualitätsaspekt vom G-BA vorgegeben. Die meisten methodischen Schritte der Verfahrensentwicklung hängen nicht oder nur unwesentlich davon ab, ob das zu bearbeitende Thema breit angelegt oder eingegrenzt ist. Beispielsweise müssen eingeschlossene Literaturquellen auch dann im Volltext untersucht und bewertet werden, wenn im Folgenden nur wenige Aspekte aus ihnen verwendet werden. Der Aufwand für die Durchführung von Fokusgruppen und von Experteninterviews ändert sich ebenfalls nicht dadurch, dass ein schmaleres Thema in den Blick genommen wird.

Wird das Ziel verfolgt, alle wichtigen qualitätsrelevanten Aspekte in einem Themenbereich mit einem QS-Verfahren zu adressieren, lässt sich die Entwicklung eines indikatorbasierten QS-Verfahrens aufgrund der hohen methodischen und fachlichen Anforderungen nur wenig beschleunigen. Die methodischen Schritte von Beginn der Konzeptstudie bis zum Abschluss von Machbarkeitsprüfung bzw. Befragungsentwicklung gemäß den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2019a: 50 ff.) erscheinen notwendig, um eine inhaltsvalide Abbildung der Qualitätsaspekte in einem Themenbereich zu erzielen.

In der Summe könnte die Nettoentwicklungszeit für ein schmales Verfahren bei ca. 29 bis 30 Monaten liegen und damit ca. 10 Monate kürzer als bei einem vollständigen QS-Verfahren sein. Trotzdem ergibt sich auch bei einem schmalen Verfahren ein inhaltlich und umsetzungstechnisch bedingter Zeitbedarf von mindestens vier bis fünf Jahren nach Entwicklungsbeginn inkl. Beratungszeiten im G-BA, bevor der interessierende Qualitätsaspekt durch indikatorbasierte Maßnahmen der Qualitätssicherung adressiert würde. Wird auf eine umfassende Entwicklung zu allen selektierten Qualitätsaspekten im Qualitätsmodell verzichtet und werden stattdessen nur Qualitätsindikatoren zu einem Aspekt entwickelt, ist die Abbildung der Qualität einer Bezugseinheit – wie bei PlanQI intendiert (siehe Abschnitt 3.1) – nicht möglich. Beispielsweise kann aus einem Messergebnis, das niedrige Komplikationsraten einer Behandlung zeigt, keine Aussage abgeleitet werden, dass die Behandlung insgesamt eine „erwartbare Qualität“ zeigt.

5.1.5 Entwicklung von Mindestanforderungen an die Strukturqualität

Im Folgenden wird erörtert, ob die ausschließliche Entwicklung von Anforderungen an die Strukturqualität oder prozessnahe Strukturqualität zu einer Verkürzung der Entwicklungszeit bzw. der einzelnen Schritte führen kann. Den Ausgangspunkt bilden Hinweise in der Literatur:

Die Entwicklung dieser Indikatoren erfordert voraussichtlich keinen übermäßigen Aufwand. Zwar ist der Aufwand für die Analyse der fachlich-wissenschaftlichen Legitimation voraussichtlich vergleichbar mit dem bei der Entwicklung von Prozess- und Ergebnisindikatoren, jedoch erscheint die Operationalisierung tendenziell weniger aufwändig. (Döbler und Arens 2020: 65)

Auch in NRW wurden strukturelle Mindestanforderungen an die Qualität für die Krankenhausplanung erarbeitet. Dabei liegen zwischen dem Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ (August 2019; PD 2019) und dem angedachten Einstieg in eine auf Strukturanforderungen in Leistungsgruppen basierende Krankenhausplanung (Ende 2021; Expl 1 WiFo PlanQI 2020) nur zweieinhalb Jahre. Dort wurden aufbauend auf dem Gutachten verschiedene Arbeitsgruppen zur Definition der Leistungsgruppen und Leistungsbereiche sowie zur Aufstellung von Qualitätsanforderungen gebildet (Expl 1 WiFo PlanQI 2020).

Grundsätzlich muss festgestellt werden, dass die Dauer für die Entwicklung von Strukturanforderungen stark von der Größe der Einheiten der Bezugsebene bzw. von der Anzahl der zu entwickelnden Anforderungen abhängt. So ist mit der Entwicklung von Strukturqualitätsindikatoren sicher ein größerer Aufwand verbunden, wenn sie für ein Fachgebiet oder eine Leistungsgruppe entwickelt werden, als wenn sie für einzelne Leistungen entwickelt werden (siehe Abschnitt 3.1).

Auf die methodischen Elemente einer **Konzeptstudie** kann bei der Entwicklung von Strukturanforderungen nicht verzichtet werden – auch bei der Erstellung von Strukturanforderungen, die im Rahmen von Zertifizierungen eingesetzt werden, werden teilweise aufwendige Workshops durchgeführt sowie Patientinnen und Patienten einbezogen (Bungard et al. 2011). Ein Qualitätsmodell ist in jedem Fall auch bei der Entwicklung von (ggf. prozessnahen) Strukturanforderungen bzw. -indikatoren erforderlich: Die selektierten Qualitätsaspekte sollen die Bezugsebene möglichst umfassend abbilden. Ein Qualitätsmodell ist auch deshalb bei Strukturanforderungen erforderlich, weil es als Grundlage für die Entscheidung des G-BA zu einer Weiterbeauftragung dient.

Während der **Entwicklung des (dokumentationsbasierten) Qualitätsindikatorensets** werden die in der Konzeptstudie ausgewählten Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen konkretisiert und ein Umsetzungskonzept für das QS-Verfahren erarbeitet. Bei Mindestanforderungen an die Strukturqualität muss – wie bei fallbezogenen Indikatoren – eine merkmalsbezogene systematische Literaturrecherche durchgeführt werden, um einen Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel nachzuweisen. Jedoch wird sich aus der Literatur nicht zu allen Merkmalen ein solcher Zusammenhang zeigen lassen. Daher muss im Expertengremium über die Anforderung sowie das Niveau der Anforderung beraten werden und eine sachgerechte Begründung gefunden werden (siehe Abschnitt 5.3.1). Hierbei müssen neben den fachlich-ärztlichen oder -pflegerischen Expertinnen und Experten auch Vertreterinnen und Vertreter der Landesbehörden für Krankenhausplanung bzw. ggf. weiterer Adressaten von PlanQI involviert werden. Gegebenenfalls ist eine generische Übertragung von Arten von Qualitätsanforderungen (z. B. Anforderung an Qualifikation, an Verfügbarkeit von Labor etc.) und sogar Datenfeldern einschließlich Ausfüllhinweisen innerhalb einer Bezugsebene, z. B. von einer Leistungsgruppe auf eine andere, im Sinne einer methodischen Standardisierung möglich. Im Gegensatz zu fallbezogenen Indikatoren müssen bei nicht fallbezogenen Mindestanforderungen an die Strukturqualität keine Referenzbereiche, Risikofaktoren, Indizes und Rechenregeln recherchiert bzw. erstellt bzw. Proberechnungen für Sozialdatenindikatoren durchgeführt werden. Da diese Arbeitsschritte jedoch im Prozess der Entwicklung der strukturellen Qualitätsindikatoren parallel zu anderen Arbeitsschritten durchgeführt werden, ist durch den Wegfall keine zeitliche Einsparung

möglich. Bei weiteren Beauftragungen auf der gleichen Bezugsebene zu einer anderen Einheit (z. B. auf der Ebene Fachgebiet von einer Entwicklung für die Innere Medizin auf eine Entwicklung für die Geriatrie) kann z. B. das Datenflusskonzept von einer Einheit auf die andere übertragen werden.

Im Rahmen einer **Machbarkeitsprüfung** muss auch bei Strukturanforderungen geprüft werden, aus welchen internen Quellen bzw. Akten der abgefragte Dateninhalt stammen kann, mit welchem Aufwand ein Standort diese Information erfassen kann und ob und inwiefern die eingetragenen Inhalte den erwarteten Inhalten entsprechen.

Die Machbarkeitsprüfung kann auch als erste Erprobung in der Praxis gesehen werden, die generell, also nicht nur bei (ggf. prozessnahen) Strukturanforderungen von einer Interviewpartnerin bzw. einem -partner als notwendig gesehen wird:

In der Entwicklung würde ich auch immer einen Probelauf mit einbeziehen, also ich würde es ein Jahr dann – also wenn ich eine Entwicklung fertig habe, es ein Jahr erst ausprobieren, bevor es überhaupt scharfgeschaltet wird, also das, was wir eigentlich früher auch immer gemacht haben. (Expl 10 QS/QM PlanQI 2020)

Eine Machbarkeitsprüfung kann bei (teilweise prozessnahen) Strukturanforderungen nicht wegfallen, da die erfassten Datenfelder und Ausfüllhinweise in jedem Fall einem Pretest unterzogen werden müssen. Da jedoch nur eine Einrichtungsbefragung und keine fallbezogene Dokumentation getestet werden muss, ist die Zahl der zu erhebenden Datensätze im Vergleich zur fallbezogenen Dokumentation und damit der Aufwand der Machbarkeitsprüfung geringer.

Für eine Machbarkeitsprüfung werden bei dokumentations- und sozialdatengestützten Verfahren mit Prozess- und Ergebnisindikatoren 12 Monate benötigt. Bei reinen Strukturanforderungen und prozessnahen Strukturanforderungen ohne Fallbezug in der Einrichtungsbefragung könnte dieser Zeitraum auf 9 Monate reduziert werden. Ob bei weiteren Machbarkeitsprüfungen auf der gleichen Bezugsebene durch den erprobten Datenfluss und die bestehenden Berichtsformate (Musterberichte) eine weitere Verkürzung der Machbarkeitsprüfung vorgenommen werden kann, kann gegenwärtig nicht abgeschätzt werden.

Gegebenenfalls wäre vorstellbar, eine Machbarkeitsprüfung bei Strukturindikatoren in den Schritt der Entwicklung von Qualitätsindikatoren zu integrieren (siehe Abschnitt 5.1.3).

Bevor ein PlanQI-Verfahren mit Strukturanforderungen und prozessnahen Strukturanforderungen in den Regelbetrieb gehen kann, muss zunächst der Datenfluss erarbeitet und eine **Spezifikation** oder – ggf. als Übergangslösung – ein **Servicedokument** mit integrierten Ausfüllhinweisen (PDF-Formular, Online-Formular oder Excel-Tabelle) bereitgestellt werden. Die Erstellung einer Spezifikation des Nachweisverfahrens bzw. der Strukturabfrage umfasst

- die EDV-technische Aufbereitung der Dokumentation und der Datenübermittlung,
- die Prozesse zum Datenfehlermanagement,
- die EDV-technischen Vorgaben zur Datenprüfung und

- ein Datenprüfprogramm für die Daten der Nachweise, insbesondere zur Überprüfung von Vollständigkeit und Plausibilität.

Gegebenenfalls muss auch die Dauer für die sich anschließende Softwareentwicklung eingeplant werden.

Ein Projekt zum Aufbau des Regelbetriebs könnte entfallen, weil ein QS-Verfahren mit einer Einrichtungsbefragung deutlich einfacher ist, da keine fallbezogenen Daten erhoben werden müssen und keine komplexen Analysen mit Rechenregeln aufgebaut werden müssen. Statt einer zusätzlichen Erprobung (siehe hierzu IQTIG 2018a: 78) könnten Übergangsregelungen zum Aufbau der Strukturen bei den Leistungserbringern vorgesehen werden. Zudem könnten Strukturqualitätserhebungen im Unterschied z. B. zu Falldokumentationen der Leistungserbringer auch unterjährig eingeführt werden.

5.1.6 Verwendung recherchierter Indikatoren

Angestoßen durch den Gedanken, dass durch die Übernahme von Qualitätsindikatoren, die in Fachgesellschaften oder von anderen Wissenschaftlerinnen bzw. Wissenschaftlern entwickelt wurden, aufwendige Entwicklungsarbeiten am IQTIG vermieden werden können (u. a. Expl 8 Klin PlanQI 2020), wird die Recherche bestehender Qualitätsindikatoren und deren Verwendung in Rahmen der Qualitätssicherung, hier im Rahmen des Verfahrens PlanQI im Folgenden diskutiert. In den „Methodischen Grundlagen V1.0“ wurde die Recherche nach national oder international publizierten Qualitätsindikatoren als Teil der Indikatorenentwicklung der gesetzlichen Qualitätssicherung beschrieben. Die recherchierten Indikatoren sollten dabei als Hinweise für die Entwicklung der Qualitätsmerkmale dienen (IQTIG 2017: 50): Diese Indikatoren werden gegenwärtig zwar nicht für die Ableitung der Qualitätsmerkmale und die Operationalisierung zu Indikatoren genutzt, können aber bei der Operationalisierung und Bildung von Referenzbereichen Hinweisgeber sein.

Auch Autorinnen und Autoren von Leitlinien gehen selbst davon aus, dass ihre entwickelten Indikatoren übernommen werden können und sehen die Festlegung von Qualitätsindikatoren „als bedeutsam für ein etwaiges zukünftiges Qualitätssicherungsverfahren“ (Arnold et al. 2019: 38): In S3-Leitlinien werden Qualitätsindikatoren abgeleitet zur „Messung des Umsetzungsgrades von Leitlinien und damit [...] [zur] Beurteilung der Behandlungsqualität in der Gesundheitsversorgung“ (Arnold et al. 2019: 35). Statt einer direkten Übernahme von Qualitätsindikatoren werden gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2019a: 60) bei der Indikatorenentwicklung (u. a.) aus Leitlinien Qualitätsmerkmale abgeleitet und daraus wiederum Qualitätsindikatoren entwickelt – wie es unter anderem nach einer gesonderten Prüfung, „inwieweit die [...] verfolgten Zwecke kongruent sind“, auch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (äzq 2009: 15) vorschlägt.

Bevor auf die Vor- und Nachteile einer Übernahme recherchierter Qualitätsindikatoren eingegangen wird sowie eine Schätzung des eingesparten Zeitaufwands vorgenommen wird, wird zunächst das mögliche Vorgehen zur Verwendung von recherchierter Qualitätsindikatoren beschrieben. Als erster Arbeitsschritt nach einer Konzeptstudie würde eine Festlegung der

Recherchequellen sowie die eigentliche internationale Recherche von Qualitätsindikatoren erfolgen. Als Recherchequellen können dabei u. a. Indikatoren Datenbanken wie von Dynamed, der Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), dem National Health Service (NHS) oder der Technischen Universität Berlin (TU Berlin) dienen.³⁷ Die recherchierten Qualitätsindikatoren würden den Aspekten des Qualitätsmodells zugeordnet. Wie in der dokumentations- und sozialdatenbasierten Indikatorenentwicklung könnten alternativ Merkmale abgeleitet werden, zu denen die recherchierten Indikatoren dann zugeordnet werden. Für Qualitätsaspekte bzw. Qualitätsmerkmale, zu denen keine (brauchbaren) Qualitätsindikatoren oder keine ausreichende Zahl an Indikatoren recherchiert werden konnten, würde ggf. nachgelagert eine Beauftragung für die Arbeitsschritte einer klassischen Indikatorenentwicklung erfolgen.

Die recherchierten Qualitätsindikatoren müssten anschließend anhand der Eignungskriterien für PlanQI (siehe Abschnitt 5.3) hinsichtlich ihrer Eignung als PlanQI geprüft werden, wobei die Eignungskriterien des Messverfahrens sowie des Bewertungskonzepts zwar leitend bei der Operationalisierung sind, aber erst anhand von Daten im Regelbetrieb überprüft werden können. Bei mittelbar patientenrelevanten Indikatoren müsste je nach Quelle der recherchierten Qualitätsindikatoren (nicht aus S3-Leitlinien) eine umfangreiche Literaturrecherche zum Zusammenhang des geforderten Prozesses mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel analog zum Vorgehen erfolgen, das im Abschlussbericht „Weiterentwicklung zur Eignungsprüfung weiterer Indikatoren, Herstellung eines Fachabteilungsbezugs und zur Entwicklung von Maßstäben und Kriterien zur Bewertung“ (IQTIG 2019b) beschrieben ist. Grundsätzlich wird nach der bestverfügbaren Evidenz gesucht, daher reicht ggf. ein Konsens im Expertengremium, um zu einer sachgerechten Begründung zu finden (siehe Abschnitt 5.3.1). Da recherchierte Indikatoren sehr häufig nicht ausreichend operationalisiert sind, müsste im Weiteren die Operationalisierung erfolgen: Entweder müssen Datenfelder entwickelt werden oder die ggf. bei den recherchierten Qualitätsindikatoren genannten Datenfelder müssen geprüft werden. Eine Berechnungsvorschrift (Rechenregel) muss entwickelt und ggf. genaue Abgrenzungen z. B. von zeitlichen Aspekten vorgenommen werden. Gegebenenfalls müsste eine Anpassung der Qualitätsindikatoren auf den deutschen Kontext sowie auf die Zielpopulation erfolgen, sodass sie der Beauftragung entspricht.

³⁷ Dynamed: <https://www.dynamed.com/quality-improvement/quality-and-outcomes-framework-indicators> (abgerufen am 20.11.2020).

WHO: <https://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr> (abgerufen am 20.11.2020).

AHRQ: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/all_resources.aspx (abgerufen am 20.11.2020) und https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2019/Empirical_Methods_2019.pdf (abgerufen am 20.11.2020).

OECD: <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm> (abgerufen am 20.11.2020)

NHS: https://www.gov.uk/search/all?keywords=quality+indicators&level_one_taxon=8124ead8-8ebc-4faf-88ad-dd5cbcc92ba8&order=relevance (abgerufen am 20.11.2020).

NICE: <https://www.nice.org.uk/Standards-and-Indicators/index> (abgerufen am 20.11.2020).

TU Berlin: https://www.seqmgw.tu-berlin.de/menue/inpatient_quality_indicators/g_iqi_definitions_handbuecher/ (abgerufen am 20.11.2020).

Wenn für einige Qualitätsaspekte bzw. -merkmale statt einer Neuentwicklung fremdentwickelte Qualitätsindikatoren recherchiert werden, bestehen zahlreiche Nachteile: Ob Qualitätsindikatoren gefunden werden, ist u. a. abhängig davon, ob für eine Indikation im Rahmen der Leitlinienentwicklung eine Finanzierung gewährleistet war, ob die Entwicklung von Qualitätsindikatoren priorisiert worden ist und ob vor Entwicklung einer Leitlinie bereits Qualitätsindikatoren vorhanden waren. Es ist zudem abhängig von der Einschätzung der Leitlinienautorinnen bzw. -autoren zur Implementierbarkeit der Qualitätsindikatoren sowie der Motivation der Autorinnen und Autoren (Arnold et al. 2019). So wurden nur in 35 von 109 deutschen Leitlinien Qualitätsindikatoren entwickelt (Deckert et al. 2019).

Die Motivation der Autorinnen und Autoren von Leitlinien könnte reduziert werden, wenn eine Verwendung im Rahmen von PlanQI im Raum stünde. Tatsächlich wurden in manchen Leitlinien aus „Angst vor Kontrolle durch Qualitätsmessung/Evaluation“ keine Qualitätsindikatoren entwickelt (Arnold et al. 2019: 39)³⁸. Somit könnte sich die gesetzliche Qualitätssicherung bei der Verwendung fremdentwickelter Indikatoren von interessenpolitisch geprägten Faktoren abhängig machen.

Werden Indikatoren aus Leitlinien und anderen Quellen entnommen, ohne dass zunächst ein Qualitätsmodell entwickelt wurde, müsste sichergestellt werden, dass die Perspektive der Patientinnen und Patienten noch Berücksichtigung findet. Recherchierten Qualitätsindikatoren liegen unterschiedliche Entwicklungsmethodiken zugrunde (Arnold et al. 2019), sodass eine standardisierte Grundlage nicht mehr gewährleistet ist. Zudem bilden recherchierte Qualitätsindikatoren häufig nicht die Qualitätsaspekte und -merkmale ab, die im Qualitätsmodell entwickelt worden sind. Ein Verbesserungsbedarf liegt nicht notwendigerweise vor, da mit den Indikatoren ggf. auch nur ein Monitoringzweck (z. B. Einführung einer Leitlinie) erfüllt wird.

Darüber hinaus sind recherchierte Qualitätsindikatoren älter als neu entwickelte und beinhalten damit ein höheres Risiko, auf veralteten Informationen, Gewichtungen oder Grundannahmen zu beruhen. Publierte Qualitätsindikatoren sind zudem in der Regel auch nicht ausreichend operationalisiert (z. B. Ein- und Ausschlusskriterien, Risikoadjustierung) und ihre zugrunde liegende Evidenz ist oft unzureichend untersucht oder beschrieben: Nur 2 % der 109 identifizierten Qualitätsindikatoren aus den in der Studie zufällig ausgewählten deutschen Leitlinien wurden als quantitatives Maß mit Referenzbereich aufbereitet (Deckert et al. 2019). Keiner der 109 Qualitätsindikatoren war eindeutig und spezifisch definiert (Deckert et al. 2019). Häufig waren ihre konkrete Zielsetzung und ihr Zweck (Qualitätsmanagement/Qualitätssicherung, Qualitätsförderung/Qualitätssteuerung, externe Bewertung, Veröffentlichungsfähigkeit etc.) innerhalb der Qualitätsmessung nicht formuliert. In der Regel ist auch über die Anwendung solcher Qualitätsindikatoren und empirische Ergebnisse aus diesen Qualitätsindikatoren nichts bekannt. Insgesamt ist davon auszugehen, dass auf Grundlage der für diese Indikatoren verfügbaren Informationen ihre Eignung für die Qualitätsmessung entsprechend den Eignungskriterien des IQTIG (IQTIG 2019a) in der Regel nicht hinreichend beurteilt werden kann.

³⁸ Die qualitative Studie untersuchte mittels semistrukturierter Interviews mit Autorinnen und Autoren von S3-Leitlinien, deren Gründe für den Verzicht auf die Formulierung von Qualitätsindikatoren.

Die Übertragbarkeit international recherchierter Qualitätsindikatoren auf den deutschen Versorgungskontext kann eingeschränkt sein, sowohl hinsichtlich der Datenerhebung als auch inhaltlich. Auch rechtliche Hindernisse könnten bei der Übernahme von fremdentwickelten Qualitätsindikatoren auftreten (Copyright).

Der erhoffte **Vorteil** einer Übernahme von recherchierten Qualitätsindikatoren wäre eine Zeiteinsparung bis zur Adressierung von Qualitätsdefiziten mit entsprechenden Handlungsansätzen zur Verbesserung des Qualitätsproblems bzw. bis zur Einsetzbarkeit für die Krankenhausplanung. Da eine Eignungsprüfung, in vielen Fällen die Operationalisierung und die Evidenzrecherche erfolgen müssen, ist an dieser Stelle jedoch keine Verkürzung der Entwicklungszeiten zu erwarten. Wenn die Eigenentwicklung von Qualitätsindikatoren und ein Rückgriff auf existierende Qualitätsindikatoren miteinander verknüpft werden, entstünde darüber hinaus zusätzlicher Aufwand durch eine Abstimmung zwischen beiden Vorgehensweisen.

5.1.7 Fazit und Optionen

Aus den Möglichkeiten, die im der AG Methodenpapier zur Verfügung gestellten Diskussionspapier zur „Prüfung methodischer Ansätze zur Verkürzung der Verfahrensentwicklungszeiten der indikatorbasierten gesetzlichen Qualitätssicherung“ (IQTIG 2020c) ausführlich vorgestellt sind, ergeben sich für PlanQI keine zusätzlichen oder anderen Optionen zur Verkürzung der Entwicklungszeiten. Ein schmales QS-Verfahren für einen Qualitätsaspekt bietet sich für PlanQI nicht an, da dabei dann keine Abbildung einer Bezugseinheit möglich ist. Hinsichtlich der in diesem Rahmen zusätzlich diskutierten Optionen lassen sich hingegen bei der reinen Entwicklung von strukturellen Mindestanforderungen (siehe Abschnitt 5.1.5) gegenüber einer Erhebung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren insgesamt von der Konzeptstudie über die Indikatorenentwicklung bis zur Machbarkeitsprüfung 3 Monate einsparen, indem die Machbarkeitsprüfung um 3 Monate verkürzt wird. Insgesamt ist der Aufwand sicher stark abhängig von der Größe der Einheit der Bezugsebene und damit der Anzahl der abgeleiteten Qualitätsmerkmale. Ob und inwiefern durch eine Zusammenfassung von Indikatorenentwicklung und Machbarkeitsprüfung oder bei der Beauftragung mit weiteren Einheiten auf einer Bezugsebene bei Strukturindikatoren weitere Entwicklungszeiten eingespart werden können, kann erst nach den ersten Entwicklungserfahrungen abgeschätzt werden.

Die Verwendung recherchierter Indikatoren (siehe Abschnitt 5.1.6) weist zahlreiche gravierende Nachteile auf – eine Verkürzung der Entwicklungszeiten kann dabei nicht erzielt werden.

Abschließend bleibt festzustellen, dass sich bei PlanQI wegen der äußerst komplexen Bewertung (siehe Kapitel 4) und den ggf. größeren Bezugseinheiten (z. B. Fachgebiete; siehe Abschnitt 3.1) keine Verkürzungen der Entwicklungszeiten gegenüber den Entwicklungszeiten für qualitätsfördernde Verfahren ergeben können. Für sehr dringende Qualitätsdefizite empfiehlt das IQTIG daher, von einer Beauftragung der Entwicklung von PlanQI abzusehen.

5.2 Integrierte Entwicklung

Für den Prüfauftrag Nr. 3b soll untersucht werden, inwiefern eine integrierte Entwicklung von PlanQI und Indikatorenentwicklungen im Rahmen der datengestützten Qualitätsförderung methodisch sinnvoll ist. Aufbauend auf dem „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2018a) wird hier auf Ergebnisse der Literaturrecherchen (siehe Abschnitt 2.1) sowie der Experteninterviews (siehe Abschnitt 2.2) zurückgegriffen.

Aus methodischer Sicht sollen Indikatoren unter Kenntnis ihres Verwendungszwecks entwickelt werden, da unterschiedlich gewichtete Eignungskriterien bzw. spezielle Anforderungen an die Indikatoren angelegt werden müssen (siehe Abschnitt 5.3) oder sich das Bewertungskonzept (siehe Kapitel 4) unterscheiden kann. Auch laut äzq (2009: 12) ist „aus methodischer Sicht [...] vor die Entwicklung von Indikatoren die Frage nach ihrer Zweckbestimmung und nach den beabsichtigten Nutzern der erzeugten Information zu stellen“ (Rubin et al. 2001, McGlynn 1998): Die Nutzer der datengestützten Qualitätssicherung sind die Leistungserbringer selbst. Sie erhalten die Gelegenheit, rückgemeldete Qualitätsprobleme zu identifizieren und zu beheben (Qualitätsförderung). Dagegen sind die Nutzer von PlanQI die Landesbehörden für Krankenhausplanung sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Diese setzen die neu zu entwickelnden Indikatoren darüber hinaus für unterschiedliche Planungszwecke (Schritt 1 und 2 der Aufnahme, Planherausnahme und Kapazitätsausweitung) ein. Obwohl demnach unterschiedliche Nutzer und Planungszwecke im Vordergrund stehen, ist eine integrierte Entwicklung von PlanQI und Qualitätsindikatoren im Rahmen der datengestützten Qualitätsförderung aus fachwissenschaftlicher Sicht grundsätzlich dann möglich, wenn die resultierenden Qualitätsindikatoren für beide Zwecke oder innerhalb eines gemeinsamen Qualitätsindikatorensets und für dieselbe Bezugseinheit genutzt werden sollen. Dabei ist sicherzustellen, dass die allgemeinen Eignungskriterien und spezifischen Anforderungen erfüllt werden (siehe Abschnitt 5.3). Methodisch ist eine gemeinsame Entwicklung denkbar, wenn Qualitätsindikatoren gemeinsam für beide Verwendungszwecke im Regelbetrieb eingesetzt werden sollen. Dies ist dann der Fall, wenn

- eine differenzierte Qualitätsbewertung vorgenommen wird und sich je nach Bewertungsergebnis entweder Qualitätsförderung oder krankenhauplanerische Konsequenzen im Sinne des Planungszwecks der Herausnahme aus dem Krankenhausplan anschließen,
- einzelne Qualitätsindikatoren für Qualitätsförderung und einzelne Indikatoren im Set als PlanQI für den Planungszweck der Herausnahme aus dem Krankenhausplan genutzt werden oder
- Indikatoren dazu genutzt werden, Krankenhäuser im Vergleich zu betrachten, um eine krankenhauplanerische Auswahlentscheidung im Sinne einer Kapazitätsausweitung zu treffen.

Grundsätzlich sollte jedoch bei der Entwicklung der Zweck der Krankenhausplanung im Gegensatz zur Qualitätsförderung im Vordergrund stehen. Die entwickelten Indikatoren können dann leicht *zusätzlich* für Qualitätsförderung genutzt werden.

Sollen dagegen in einem QS-Verfahren ausschließlich PlanQI genutzt werden und in einem anderen Themenbereich ausschließlich alternative QS-Maßnahmen (siehe Abschnitt 3.2), ist eine

gemeinsame Entwicklung grundsätzlich nicht zielführend. Dies ist beispielsweise auch dann der Fall, wenn nur Mindestanforderungen und keine Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren oder nur Indikatoren zur Messung von „guter Qualität“ entwickelt werden sollen. Sinnvoll ist, dass die Entscheidung, welche QS-Maßnahme gewählt wird, erst bei genauer Beschreibung des Qualitätsproblems getroffen wird. In diesem Fall wäre es angezeigt, die Entscheidung im Anschluss an die Konzeptstudie zu treffen.

Auch die Expertinnen und Experten in den Interviews halten es für sinnvoll, PlanQI und andere Qualitätsindikatoren in Abhängigkeit von der Bezugsebene (Expl 1 WiFo PlanQI 2020) bzw. vom Planungszweck (Expl 5 QS/QM PlanQI 2020) gemeinsam zu entwickeln:

Also das [eine gemeinsame Entwicklung] ist überall da sinnvoll, wo die Leistungsgruppe so eng definiert ist, dass sie schon fast eine Einzelleistung darstellt und dann halt auch für den einzelnen Qualitätsindikator relevant ist. Wenn ich aber eine Leistungsgruppe breit definiere, dann bin ich mir nicht so sicher. (Expl 1 WiFo PlanQI 2020)

Also ich sehe nicht, dass das unterschiedliche Welten sind. [...] Wenn ich sehe: In einem planungsrelevanten Bereich ist die Qualität der Versorgung nicht so, wie sie sein sollte, dann muss ich mit qualitätsfördernden Maßnahmen versuchen, das zu begradien, oder ich fliege raus aus der Versorgung, das ist relativ klar. Also das, was ich zur Steuerung brauche, ist auch das, was ich gleichzeitig auch für mein Qualitätsmanagement brauche und die qualitätsfördernden Maßnahmen. Deswegen weiß ich gar nicht, wieso da so ein Riesenunterschied gemacht wird, ich verstehe den nicht. Theoretisch ist mir der unklar. Denn ich entwickle diese Indikatoren gemeinsam und die können für alle diese Zwecke eingesetzt werden. Ein Indikator, der sich nur eignet zu planen, wüsste ich nicht. Was soll das dann sein? (Expl 4 WiFo PlanQI 2020)

In einem Experteninterview wird hingegen die Auffassung vertreten, dass die getrennte Nutzung auch eine getrennte Entwicklung impliziere (Expl 3 Klin PlanQI 2020).

5.2.1 Konzeptstudie zur Bildung eines Qualitätsmodells bzw. zur Herleitung von Qualitätsaspekten

Das IQTIG hat bereits im „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2018a) dargestellt, dass die Erstellung eines Qualitätsmodells im Rahmen einer Konzeptstudie integriert erfolgen kann, dies aber nicht muss. So sollte bei der Entwicklung der Verwendungszweck der Krankenhausplanung im Vergleich zur Qualitätsförderung im Vordergrund stehen. Die Entwicklung eines Qualitätsmodells ausschließlich für den Verwendungszweck der Qualitätsförderung ist weiterhin sinnvoll. Eine Konzeptstudie allein zur Entwicklung eines Qualitätsmodells für Krankenhausplanung ist abhängig vom Planungszweck: Geht es um die Auswahl bei Kapazitätsausweitung im Sinne von „guter Qualität“ oder um Mindestanforderungen, die für eine Aufnahme und Verbleib im Krankenhausplan eingesetzt werden sollen, kann auch ein Qualitätsmodell nur hierfür erstellt werden.

Ob integriert entwickelt wird, muss auch anhand der Bezugseinheit bzw. des Versorgungsbereichs und des geplanten Planungszwecks entschieden werden (IQTIG 2018a: 67). Die Themenerschließung sowie die Identifikation von patientenrelevanten Qualitätsaspekten der Versorgung und später die Einschätzung hinsichtlich der grundsätzlichen Erfassbarkeit erfolgen dabei unabhängig vom Verfahrenszweck (IQTIG 2018a: 68). Nach der klassischen Selektion der Qualitätsaspekte anhand von allgemeinen Kriterien (z. B. Beeinflussbarkeit) (IQTIG 2019a: 56 f.) erfolgt die spezifische Selektion bezüglich des Verfahrens- und Planungszwecks (z. B. hinsichtlich des Bestehens eines Qualitätsdefizits bei Indikatoren für die Herausnahme aus dem Krankenhausplan) (IQTIG 2018a: 69).

Ist die Ausprägung des Qualitätsproblems nicht ausreichend bekannt, kann auch ein Ergebnis der Konzeptstudie sein, dass auf ihrer Basis erst beschlossen wird, welche/r Verfahrens- bzw. Planungszweck/e anvisiert wird/werden.

Der Umfang einer Konzeptstudie hängt zum einen von der Größe der zu betrachtenden Einheit ab (Bezugsebene) und wird bei Fachgebieten und Leistungsgruppen sicher größer sein als für die bisherigen Leistungsbereiche, die eher einzelnen Leistungen entsprechen. Zum anderen ist von einem im Vergleich mit dem Verfahrenszweck Qualitätsförderung größeren Anzahl an selektierten Qualitätsaspekten auszugehen, da nicht bei allen Planungszwecken ein bestehender einrichtungsübergreifender Verbesserungsbedarf ein Auswahlkriterium ist (siehe Abschnitt 5.3.1).

In einer Konzeptstudie zur Ermittlung von Qualitätsaspekten besteht insgesamt trotz einiger Unterschiede hinsichtlich des Vorgehens für die verschiedenen Verwendungszwecke keine Veranlassung eine verfahrenszweckspezifische Entwicklung vorzunehmen (IQTIG 2018a: 69), außer es wird im Vorhinein ein von der Qualitätsförderung losgelöster Regelbetrieb von PlanQI anvisiert oder es bestehen Unterschiede hinsichtlich der Bezugsebene.

5.2.2 Indikatorenentwicklung

Für eine Indikatorenentwicklung wurde im „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2018a: 74) eine getrennte Entwicklung nach Verfahrenszweck vorgeschlagen sowie dass der Planungszweck im Vorfeld einer Entwicklung von Qualitätsindikatoren für den Verfahrenszweck Krankenhausplanung festgelegt wird. Grundsätzlich besteht sowohl die Option, eine Indikatorenentwicklung gemeinsam oder getrennt vorzunehmen. Eine getrennte Indikatorenentwicklung sollte dann eingeplant werden, wenn die Qualitätsindikatoren zukünftig im Regelbetrieb getrennt voneinander erfasst und geregelt werden. Wird die Krankenhausplanung dabei allerdings als eskalierende Konsequenz zur Qualitätsförderung auf Basis derselben Indikatoren bzw. desselben Sets an Indikatoren angesehen, ist eine gemeinsame Entwicklung der Indikatoren angezeigt. In diesem Fall würden bei den entwickelten Indikatoren (bzw. dem Teil der Indikatoren, die geeignet sind) abhängig vom Qualitätsniveau, das vom einem Krankenhaus im Regelbetrieb erreicht wird, im Sinne eines eskalierenden Verfahrens unterschiedliche Handlungsanschlüsse (z. B. Qualitätsförderung, Herausnahme aus dem Krankenhausplan) ausgelöst.

Wenn Qualitätsindikatoren im Sinne von Mindestanforderungen an die Strukturqualität zum ersten Schritt der Aufnahme in den Krankenhausplan angestrebt werden, ist eine getrennte Entwicklung zielführend, da diese nicht für die Qualitätsförderung genutzt werden können. In anderen Fällen ist eine Ex-ante-Festlegung, welche Messdimension gewählt wird, nicht sinnvoll. So erscheint auch aus Sicht der Länder „eine Vorwegfestlegung hinsichtlich einer bestimmten Art von Indikatoren, z. B. Prozess- oder Strukturindikatoren [...] verfrüht“ (Anonym 2019b: 4).

In den Interviews wurde von den Expertinnen und Experten einerseits eine gemeinsame Entwicklung präferiert (Expl 4 WiFo PlanQI 2020, Expl 5 QS/QM PlanQI 2020). So sollten die Indikatoren gemeinsam entwickelt und je nach Eignungskriterien für einen Verfahrenszweck und Planungszweck unterschieden werden (Expl 5 QS/QM PlanQI 2020; siehe Abschnitt 5.3).

Andererseits wurde in einem Experteninterview eine getrennte Entwicklung empfohlen, da sich je nach Verfahrenszweck unterschiedliche Qualitätsanforderungen ergäben (Expl 3 Klin PlanQI 2020). Auch wenn Indikatoren unterschiedlicher Messdimensionen entwickelt werden (z. B. nur Strukturanforderungen), wurde in einem anderen Experteninterview eine gemeinsame Entwicklung bevorzugt (Expl 4 WiFo PlanQI 2020).

Die Konkretisierung der Qualitätsaspekte zu Qualitätsmerkmalen erfolgt unabhängig vom Verfahrens- oder Planungszweck. In den Expertengremien zur Diskussion und Finalisierung der Qualitätsmerkmale (und später zur Finalisierung des Qualitätsindikatorensatzes) müssen Nutzerinnen und Nutzer der Landesplanungsbehörden involviert sein. Auch die Operationalisierung der Qualitätsmerkmale, inklusive der Entwicklung von Datenfeldern und Ausfüllhinweisen sowie der Bestimmung von Risikofaktoren, und die Zusammenführung zu einem Qualitätsindikatorensatz erfolgen weitgehend unabhängig vom anvisierten Verwendungszweck der Qualitätsindikatoren.

Die Entwicklung von Referenzbereichen und Indizes stehen im Zusammenhang mit dem Bewertungskonzept (siehe Kapitel 4). Die Entwicklung des Bewertungskonzepts für PlanQI ist abhängig vom anvisierten Planungszweck (siehe „Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke“). Soll eine differenzierte Qualitätsbewertung vorgenommen werden, kann je nach Bewertungsoption zusätzlich die Entwicklung von mehreren – ggf. anderen als für die Qualitätsförderung (vgl. Expl 5 QS/QM PlanQI 2020) – Referenzbereichen sowie eine Indexbildung erforderlich werden. Dies kann jedoch auch im Rahmen einer integrierten Entwicklung gemeinsam mit Qualitätsindikatoren für die Qualitätsförderung erfolgen.

5.2.3 Machbarkeitsprüfung

Sobald die konzeptionelle Phase der Indikatorenentwicklung abgeschlossen ist, sollte eine Machbarkeitsprüfung (u. a. Überprüfung und Optimierung der QS-Dokumentation, des QS-Filters, der Qualitätsindikatoren sowie Rückmeldeberichte für teilnehmende Leistungserbringer (IQTIG 2019a: 67 f.)) sowie eine sich anschließende Erprobung im Regelbetrieb erfolgen (empirische Phase). Sollen die Indikatoren gemeinsam genutzt werden, können Machbarkeitsprüfung und Erprobung im Regelbetrieb gemeinsam erfolgen. Das Vorgehen und die Ziele der Machbarkeitsprüfung entsprechen für den Verwendungszweck Krankenhausplanung denen des Verwendungszwecks Qualitätsförderung (siehe IQTIG 2019a).

Für vorhandene Indikatoren, die bereits im Rahmen der DeQS-RL erhoben und berechnet werden (siehe Abschnitt 5.4), ist eine klassische Machbarkeitsprüfung nicht notwendig.

Bei einer Erprobung für den Verwendungszweck Krankenhausplanung stehen wiederholt eine Eignungsprüfung sowie die Bewertung der Qualitätsindikatoren im Vordergrund. Bei der Eignungsprüfung werden erneut die Eignungskriterien (siehe Abschnitt 5.3) angewendet unter Einbezug der empirischen Daten aus dem QS-Verfahren und den Datenvalidierungen. Hinsichtlich der Bewertung werden, bezogen auf einzelne Indikatoren, Referenzbereiche gesetzt und Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren mit den Krankenhäusern analysiert. In Bezug auf das Set wird der Index geprüft und ggf. weiterentwickelt.

5.3 Eignungskriterien sowie Eignung nach Planungszweck

Bevor geprüft wird, inwiefern vorhandene Qualitätsindikatoren, die im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung bereits erhoben und ausgewertet werden, „als Grundlage für die neukonzipierten planQI genutzt werden können“ (Teil A Nr. 3c; G-BA 2020b: 2) (siehe Abschnitt 5.4), müssen „Kriterien zur Feststellung der Eignung der planQI entwickelt werden“ (Teil A Nr. 3, Nachsatz; G-BA 2020b: 2). Zur Festlegung von Eignungskriterien erfolgt neben der Prüfung der allgemeinen Eignungskriterien für Qualitätsmessungen (IQTIG 2019a: 135 ff.) eine Prüfung, inwieweit sich PlanQI „aufgrund ihrer Eignung den unterschiedlichen Zwecken der Krankenhausplanung“ (Teil A Nr. 3d; G-BA 2020b: 2) zuordnen lassen. Unter Planungszwecken werden die in Teil A Nr. 1 des Auftrags genannte Aufnahme und Verbleib im Plan, Auswahlentscheidungen der Landesplanungsbehörden (auch im Sinne einer Kapazitätsausweitung) und insbesondere Planherausnahme bzw. die im „Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke“ benannten Zwecke verstanden.

Hierzu wird auf das „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2018a) und den Bericht „Weiterentwicklung zur Eignungsprüfung weiterer Indikatoren, Herstellung eines Fachabteilungsbezugs und zur Entwicklung von Maßstäben und Kriterien zur Bewertung“ (IQTIG 2019b) sowie die in den „Methodischen Grundlagen“ (IQTIG 2019a) ausgeführten Eignungskriterien für Qualitätsindikatoren zurückgegriffen. Inwiefern für PlanQI darüber hinausgehende oder abweichende Eignungskriterien bestehen, wurde auch in den Experteninterviews (siehe Abschnitt 2.2) thematisiert. Die Ergebnisse der Literaturrecherche (siehe Abschnitt 2.1) sollen ebenfalls zu diesen Fragestellungen einbezogen werden.

PlanQI sollen als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen zu einer Sicherung und Verbesserung der Versorgungsqualität bzw. – so die Begründung zum KHSVG – einer „qualitätsgesicherten Krankenhausversorgung“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 50) führen und „für eine Weiterentwicklung der qualitativen Standards“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 1) eingesetzt werden. Diese angestrebten Qualitätsverbesserungen werden nicht unmittelbar über eine Rückmeldung an den Leistungserbringer und dessen Bemühungen zur Verbesserung erreicht. Stattdessen soll hauptsächlich durch die Konsequenz der Nichtaufnahme oder Herausnahme aus dem Krankenhausplan sowie angedachte Auswahlentscheidungen eine Verbesserung entstehen. Damit soll insbesondere eine fortgesetzte Leistungserbringung auf dem Niveau „in erheb-

lichem Maß unzureichender Qualität“ verhindert werden. Im Hinblick auf Aufnahme- und Auswahlentscheidungen sollen die Leistungserbringer außerdem durch die potenzielle Verschiebung der Patientenströme in qualitativ bessere Krankenhäuser motiviert werden, ihre Qualität selbst weiter zu verbessern und hoch zu halten (vgl. Berwick et al. 2003).

Aufgrund dieses anderen Verwendungszwecks der Indikatoren ergeben sich laut äzq (2009: 12) „in Abhängigkeit von den perspektivischen Interessen [...] unterschiedliche Anforderungen an die zu entwickelnden Indikatoren“. Grundsätzlich bestehen nach Auffassung des IQTIG jedoch keine Unterschiede zwischen den **allgemeinen Eignungskriterien** für PlanQI und für Qualitätsindikatoren, die zur Qualitätsverbesserung mit anderen Handlungsanschlüssen eingesetzt werden. Dies wird in einem Experteninterview ebenfalls vertreten:

Ja, die [Indikatoren] sollten bisher immer schon so sein, dass die – wenn es heißt, da ist jemand nicht gut und das als Information in die Welt gegeben wird, dann hätte das immer schon stimmen sollen. (Expl 4 WiFo PlanQI 2020)

Allerdings kann das Ergebnis der Eignungsprüfung je nach Verwendungszweck unterschiedlich ausfallen (IQTIG 2019a: 135 f.). Inwiefern sich eine Qualitätsmessung oder ein Indikator für PlanQI eignet, lässt sich u. a. dadurch bestimmen, inwieweit er die allgemeinen Eignungskriterien erfüllt (vgl. Döbler und Arens 2020: 98). Dabei müssen bei PlanQI strengere Maßstäbe angelegt werden als für andere Verwendungszwecke: Die strengeren Anforderungen an die Qualitätsmessung rühren in erster Linie aus den Konsequenzen, die im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung möglich sind. Die Konsequenzen Nichtaufnahme in den, Herausnahme aus dem oder Nichtauswahl für den Krankenhausplan sind für ein Krankenhaus von hoher Relevanz und darüber hinaus dauerhafter im Vergleich zu anderen Maßnahmen der Qualitätssicherung (vgl. Expl 9 Recht PlanQI 2020). Dementsprechend müssten die Indikatoren eine starke fachliche Fundierung und „ein größeres Gewicht haben“ (Expl 9 Recht PlanQI 2020) – so auch die Auffassung in einem Experteninterview:

Und wenn ich jetzt sage „Ja, das hat zur Folge, dass ich diese Abteilung schließe“, natürlich, dann muss das auch höchste Anforderungen im Erfüllen sein im Indikator. Das heißt also, wenn ich die wirtschaftliche Existenz von vielen Menschen da eben mit gefährde, dann ist es klar wichtig, dass das wirklich auch auf einer sicheren Basis steht sowas. (Expl 4 WiFo PlanQI 2020)

PlanQI bräuchten eine „breite wissenschaftliche Grundlage“ (Expl 10 QS/QM PlanQI 2020). Auch im Konsensuspapier der Länder wird eine wissenschaftliche Fundierung der Qualitätsindikatoren verlangt, „um auf Basis der krankenhausespezifischen Auswertungsergebnisse der plan. QI krankenhausespezifische Interventionen durchführen zu können“ (Anonym 2019b: 4).

Die potenziellen Konsequenzen von PlanQI greifen in die grundgesetzlich zugesicherte Berufsfreiheit nach Art. 12 Grundgesetz ein (vgl. Expl 13 KHP PlanQI 2020) und erfordern daher höhere Maßstäbe hinsichtlich der (gerichtlichen) Nachvollziehbarkeit. Im Zusammenhang mit dieser gerichtlichen Nachvollziehbarkeit wird in Diskussionen und auch in den Experteninterviews häufig die Anforderung formuliert, die Qualitätsindikatoren müssten „justiziabel“, „rechtssicher“ bzw.

„gerichtsfest“ sein (vgl. Expl 9 Recht PlanQI 2020, Expl 10 QS/QM PlanQI 2020, Expl 13 KHP PlanQI 2020):

In dem Augenblick, in dem ich zu Qualitätseinstufungen komme, die dem Adressaten weh tun, weil er letztlich [...] entweder sein[en] Status als Plankrankenhaus nicht erhält oder weil der den verliert, geht das Ganze tendenziell vor Gericht und dann müssen die Grundlagen sozusagen gerichtsfest sein. Damit das der Fall ist, müssen sie so abgesichert sein, dass sie hieb- und stichfest sind. Und damit steigen die Qualitätsanforderungen an die Ermittlung dieser Aussage, dieser Bewertung. (Expl 9 Recht PlanQI 2020)

Ferner stellen die Landesbehörden für Krankenhausplanung in ihrem unveröffentlichten Konsensuspapier fest, dass je nach „Eingriffsintensität der jeweiligen krankenhauserischen Maßnahmen [...] die Möglichkeiten der Berufsausübung bzw. der Berufswahl durch den krankenhauserisch vorzunehmenden Eingriff unterschiedlich stark eingeschränkt“ werden und daher „unterschiedlich hohe Anforderungen an die erforderliche Justiziabilität berücksichtigt werden“ müssten (Anonym 2019b: 2).

Wollenschläger schreibt, dass „nur Gemeinwohlbelange von hoher Bedeutung [...] so schwer [wiegen], dass sie gegenüber dem schutzwürdigen Interesse des Krankenhauserträgers an ungehinderter Betätigung den Vorrang verdienen“ (Wollenschläger 2020: 106 f.). Er hebt dabei die unterschiedliche Eingriffsintensität der planerischen Maßnahmen hervor:

Freilich ist zu betonen, dass die Intensität der Grundrechtsbetroffenheit im Kontext der Krankenhausplanung nicht pauschal als besonders hoch angesetzt werden kann, sondern eine Differenzierung anhand der infrage stehenden Rechtsposition notwendig ist. So ist die Neuaufnahme eines Krankenhauses mit einem umfassenden Bettenangebot grundrechtsintensiver als die Streichung weniger Betten. (Wollenschläger 2020: 107)

Burgi zufolge weist die

Ablehnung einer Aufstockung [...] eine geringere Eingriffsintensität [...] als die Ablehnung einer erstmals beantragten Neuaufnahme [auf]; entsprechendes gilt für die Reduzierung eines bereits vorhandenen Bestandes im Verhältnis zur Entscheidung der vollständigen Streichung. (Burgi 2019: 183)

Eine pauschale Zuordnung der geforderten Ausprägung der Eignungskriterien zu einem Planungszweck kann aufgrund der Eingriffsintensität ohne Kenntnis der genauen Planungsentscheidung nicht vorgenommen werden. Ohne Kenntnis der auf den Indikatoren basierenden Planungsentscheidung muss von den Indikatoren insgesamt eine angemessene Erfüllung der allgemeinen Eignungskriterien für Qualitätsmessungen verlangt werden.

Nach Ansicht einer Expertin bzw. eines Experten aber werde die Rechtssicherheit von Indikatoren „eigentlich eher überbewertet“ und spiele nur „im Rahmen der Ausübung des Planungsermessens der Länder“ (Expl 12 Recht PlanQI 2020) eine Rolle.

Im Folgenden werden die allgemeinen Eignungskriterien des IQTIG für Qualitätsindikatoren bzw. Qualitätsindikatorensets in Bezug auf Qualitätsindikatoren für Versorgungssteuerung bzw. Krankenhausplanung diskutiert (siehe Abschnitte 5.3.1, 5.3.2, 5.3.3 und 5.3.4). Die verschiedenen Planungswecke werden – soweit relevant – jeweils bei den Eignungskriterien berücksichtigt. Über die allgemeinen, bereits in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG beschriebenen Kriterien für Qualitätsmessungen hinaus sind für den Verwendungszweck Krankenhausplanung **weitere, spezielle Kriterien** zu benennen (siehe Abschnitt 5.3.5). Diese ergeben sich aus der geforderten Bezugsebene bzw. der Planungseinheit, den sich ggf. anschließenden Konsequenzen und den verschiedenen Planungszwecken.

5.3.1 Eignungskriterien des Qualitätsziels des Indikators

Das Qualitätsziel eines Qualitätsindikators soll eine hohe **Bedeutung für Patientinnen und Patienten** haben (IQTIG 2019a: 138). Außer mit dem Fokus auf Patientensicherheit (vgl. Expl 5 QS/QM PlanQI 2020), wie u. a. in dem „Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2016) mit (drohender) Gefährdung der Patientensicherheit übersetzt, kann diese Bedeutung für Patientinnen und Patienten allerdings darüber hinaus mit den anderen Qualitätsdimensionen erreicht werden (siehe ggf. Teil B des Berichts).

Für die Verwendung für die **Planungszwecke** Aufnahme (Schritt 1) in den und Herausnahme aus dem Krankenhausplan muss eine hohe Bedeutung für Patientinnen und Patienten vorliegen, damit die Handlungskonsequenz angemessen ist:

Der Gesetzgeber hat aber, die hohe Bedeutung des Art. 12 [Grundgesetz] beachtend, nur bei der nicht nur vorübergehend „in erheblichen Maße“ unzureichenden Qualität normiert, dass Patientenschutz in diesem Falle jedenfalls wichtiger ist als Berufsfreiheit. (Metzner 2017: 48)

Das Eignungskriterium „Bedeutung für Patientinnen und Patienten“ wird für Indikatoren, die schwere Komplikationen und Sterblichkeit messen, immer erfüllt sein. Für leichtere Komplikationen wird das Ausmaß der Eignung in diesem Kriterium geringer ausfallen, soweit die Ausprägung, die Intensität und die Dauer der Komplikation schwächer sind (vgl. IQTIG 2019a: 138). Indikatoren mit schwächerer Ausprägung können jedoch für die Planungszwecke Kapazitätsausweitung und Aufnahme (Schritt 2) geeignet sein.

Bei nur mittelbar patientenrelevanten Qualitätszielen muss der Nachweis erbracht werden, dass ein Zusammenhang mit einem unmittelbaren Qualitätsziel vorliegt (Kriterium: **Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel**) (IQTIG 2019a: 139). Insbesondere bei Surrogatparametern (siehe IQTIG 2016) und Strukturanforderungen ist dies herausfordernd. Auch bei der Auswahl von Indikatoren im Rahmen des „Abschlussberichts zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ spielte das Kriterium (interne oder externe) Evidenz eine zentrale Rolle – so wurde ein Zusammenhang der Indikatoren mit einem potenziellen Schadensereignis verlangt (IQTIG 2016: 47). Allerdings kann für diese Evidenz – insbesondere bei

Strukturanforderungen – auch „auf eine konsentrierte Einschätzung von Expertinnen und Experten zurückgegriffen werden“ (IQTIG 2019a: 140), die mit einer sachgerechten Begründung der Indikatoren versehen wird.

Dafür, dass es Evidenz für den Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel geben muss, sprechen sich auch die Expertinnen und Experten aus, mit denen Interviews geführt wurden (Expl 14 Klin PlanQI 2020): Die geforderte Evidenz für den Zusammenhang wird in mehreren Fällen durch die geforderte Justiziabilität (siehe oben) begründet (Expl 9 Recht PlanQI 2020, Expl 10 QS/QM PlanQI 2020): Für PlanQI müsse „höchste Evidenz“ (Expl 9 Recht PlanQI 2020) vorliegen. Diese Evidenz wird einerseits in Literatur bzw. Leitlinien gesehen (Expl 8 Klin PlanQI 2020, Expl 4 WiFo PlanQI 2020): In einem Interview wird gefordert, dass den Indikatoren mindestens zwei Leitlinien zugrunde gelegt werden sollten (Expl 8 Klin PlanQI 2020). Andererseits wird von einigen Expertinnen und Experten auch Evidenz aus Datenanalysen gesehen (Expl 1 WiFo PlanQI 2020, Expl 14 Klin PlanQI 2020).

Einzelne Expertinnen und Experten stellen fest, dass im Fall von Strukturanforderungen jedoch keine Evidenz gefordert werde: Stattdessen würde „a priori“ festgelegt, welche Strukturen erforderlich sind (Expl 1 WiFo PlanQI 2020, Expl 2 Recht PlanQI 2020, Expl 13 KHP PlanQI 2020). Vom IQTIG wird auch bei Strukturanforderungen bzw. den in Abschnitt 4.1.2 beschriebenen strukturellen Mindestanforderungen zum Nachweis eines Zusammenhangs mit einem patientenrelevanten Ziel jeweils die bestverfügbare Evidenz verlangt. Da für Strukturindikatoren aus Leitlinien, die auf Prozessqualität fokussieren, kaum Hinweise für die Ableitung von Merkmalen zu erwarten sind, dürfte in Analogie zu den Mindestmengen der „Beweisgrad der hinreichenden Wahrscheinlichkeit“ reichen bzw. die berechnete Erwartung, „dass die Güte der Leistungserbringung auch von der jeweiligen Struktur beeinflusst ist. Allerdings muss dies mit wissenschaftlichen Belegen untermauert sein“ (Bundessozialgericht Urteil vom 12.09.2012 – B 3 KR 10/12 R)³⁹. Ein Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel kann auch im Regelbetrieb im Rahmen einer Evaluation geprüft werden.

Bei den **Planungszwecken** Aufnahme (Schritt 1) sowie Herausnahme aus dem Krankenhausplan ist hohe Evidenz erforderlich. Bei nur mittelbaren Qualitätszielen⁴⁰ versteht das IQTIG darunter, dass geltende S2e- oder S3-Leitlinien (Empfehlungsgrad A oder B, vgl. IQTIG 2019a: 60), pflegerische Expertenstandards, Datenmaterial, Literatur im Sinne von systematischen Reviews oder internationalen Leitlinien vorliegen müssen (Setzung des IQTIG). Eigene Datenanalysen der QS-Daten sind jedoch vor Beginn eines Regelbetriebs nicht möglich. Für Strukturanforderungen, die für Aufnahme (Schritt 1) sowie Herausnahme aus dem Krankenhausplan eingesetzt werden, kann im Sinne der bestverfügbaren Evidenz auch auf Expertenkonsens zurückgegriffen werden.

³⁹ URL: <https://sozialgerichtsbarkeit.de/sgb/esgb/show.php?modul=esgb&id=157628> (abgerufen am: 20.11.2020)

⁴⁰ Auch bei Indikatoren mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel wird hohe Evidenz gefordert, der Zusammenhang mit einem patientenrelevanten Ziel ist aber häufig per se gegeben. Ein unmittelbar patientenrelevantes Indikatorziel ist dann gegeben, wenn beispielsweise Komplikationen einer Operation auftreten oder über Behandlungsalternativen (nicht) aufgeklärt wurde, d. h. die gemessenen Endpunkte/Outcomes per se Bedeutung für die Patientinnen und Patienten haben und die Endpunkte in der Regel von diesen erfahren werden können (IQTIG 2019a: 139 f.).

Mit dem Eignungskriterium **Potenzial zur Verbesserung** soll geprüft werden, ob und in welchem Ausmaß Bedarf zur Verbesserung der Versorgungssituation, Risiken für Qualitätsdefizite bzw. unerwünschte Qualitätsvariationen bestehen. Die Hinweise auf Verbesserungsbedarfe und -potenziale ergeben sich aus der zusammenfassenden Analyse aller bei der Entwicklung genutzter Informationsquellen, beispielsweise aus dem Umsetzungsgrad von Leitlinienempfehlungen, Fragen der Über-, Unter- und Fehlversorgung, aus der Verteilung oder dem Zeitverlauf von Studienergebnissen (IQTIG 2019a: 57). Auch das äzq (2009: 13) sieht „vor dem Hintergrund der angestrebten Steuerung“ den „Grad der erwartbaren Qualitätsverbesserung“ als methodisches Kriterium.

Für den **Planungszweck** Herausnahme aus dem Krankenhausplan muss ein Verbesserungsbedarf verlangt werden. Besteht kein ausreichender Verbesserungsbedarf, ist ein Indikator aus Gründen des Aufwand-Nutzen-Verhältnisses zu verwerfen. Bei strukturellen Mindestanforderungen wird das Eignungskriterium „Potenzial zur Verbesserung“ jedoch nicht angelegt: Mindestanforderungen bzw. deren Niveaus müssen dem Stand der Wissenschaften entsprechen und gehen nicht vom Status quo der Versorgung oder ggf. der Anzahl der Krankenhäuser, die eine Anforderung erreichen können, aus. Bei der Festlegung der Höhe einer Anforderung bzw. des Qualitätsniveaus spielen auch keine Abwägungen von Aufwand und Nutzen eine Rolle. Aus strukturellen Mindestanforderungen entsteht für die Krankenhäuser kein Anreiz zu einer weiteren Verbesserung über das verlangte Qualitätsniveau hinaus. Wird für eine mögliche Kapazitätsausweitung „gute Qualität“ gemessen, sollte ein Potenzial zur Verbesserung auf hohem Niveau bestehen, ein Verbesserungsbedarf aufgrund von festgestellten Qualitätsdefiziten oder Variationen ist aber nicht erforderlich.

Bei der **Beeinflussbarkeit** durch das Krankenhaus sowie die **Zuschreibbarkeit der Verantwortung** spielen neben dem Handeln des Krankenhauses patientenseitige Faktoren und sonstige Faktoren eine Rolle (IQTIG 2019a: 141 f.). Es muss vor dem Hintergrund der verfügbaren Informationsbasis plausibel erscheinen, dass sich die Versorgungsqualität in einem Qualitätsaspekt durch Anstrengungen der Krankenhäuser steigern lässt (IQTIG 2019a). Die Frage der Zuordnung einer einrichtungsbezogenen Verantwortlichkeit stellt sich dagegen erst auf der Ebene der Qualitätsmerkmale bzw. Qualitätsindikatoren. Wenn mehrere Leistungserbringer das Ergebnis eines Qualitätsindikators beeinflussen können, muss die Verantwortung im Wesentlichen einem Leistungserbringer zugeschrieben werden können (IQTIG 2019a: 150 f.).

Bei PlanQI soll die Beeinflussbarkeit grundsätzlich gegeben sein (vgl. Expl 1 WiFo PlanQI 2020), wobei auch beim Referenzbereich mögliche Faktoren berücksichtigt werden können. Auch das äzq sieht in der „Beeinflussbarkeit des Versorgungshandelns durch die jeweiligen Akteure“ ein besonders hervorzuhebendes Kriterium (äzq 2009: 13). Übereinstimmend nennt auch das Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ die Möglichkeit zur direkten Einflussnahme durch das Krankenhaus als Kriterium für die Eignung eines Qualitätsindikators für die Krankenhausplanung (PD 2019: 744, Vogel et al. 2020: 342). In einem der Experteninterviews wird darauf hingewiesen, dass

[...] es ja manchmal auch durchaus strukturelle Verwerfungen [gibt], die nicht eindeutig in der Verantwortung der jeweiligen Klinik liegen. Und das wäre

wahrscheinlich sowohl inhaltlich als auch juristisch ganz schwer nachzuhalten. (Expl 11 KHP PlanQI 2020)

Bei PlanQI muss die Zuschreibbarkeit der Verantwortung in besonderen Maße gegeben sein, da der betreffende Leistungserbringer mit Konsequenzen rechnen muss (Expl 5 QS/QM PlanQI 2020). Dabei sind insbesondere Schnittstellen zum Rettungsdienst und zur vor- oder nachgelagerten ambulanten Versorgung, aber bei Verlegungen oder Wiederaufnahmen auch zu anderen Krankenhäusern sowie zu anderen Berufsgruppen (Expl 7 AnGes PlanQI 2020) relevant:

Und da ist es natürlich schon so, dass der Einfluss des Krankenhauses ja davon bestimmt wird, [...] wie die Vorbehandlung bisher abgelaufen ist. Deshalb eignen sich vielleicht einige Patientengruppen oder einige Behandlungspfade nicht besonders gut, um Krankenhausqualität zu beurteilen, nämlich all jene, wo die Vorbehandlung, also insbesondere auch bei Chronikern, ja im ambulanten Sektor stattfindet und letzten Endes die Qualität [...] im ambulanten Sektor maßgeblich ist für das, was dann halt auch im Krankenhaus passiert. (Expl 1 WiFo PlanQI 2020)

Bei sogenannten Follow-up-Indikatoren, bei denen der Messzeitpunkt erst deutlich nach dem Krankenhausaufenthalt liegt, nimmt die Beeinflussbarkeit durch den Krankenhausstandort und damit die Zuschreibbarkeit der Verantwortung gegenüber einem früheren Messzeitpunkt tendenziell ab, da andere Leistungserbringer an der Versorgung zunehmend beteiligt sind. A priori kann jedoch zum Zeitraum ohne Kenntnis der Indikation bzw. Erkrankungsentität hierzu keine Aussage getroffen werden.

Auch für Mindestanforderungen an die Strukturqualität – und damit für die **Planungszwecke** Aufnahme (Schritt 1) und Herausnahme aus dem Krankenhausplan – muss die Beeinflussbarkeit durch das Krankenhaus und die Zuschreibbarkeit der Verantwortung grundsätzlich gegeben sein. Dabei können Strukturen nur teilweise unmittelbar durch Krankenhäuser verändert werden (Birkmeyer et al. 2006: 186): So kann beispielsweise die Einhaltung von Mindestmengen nicht vollständig beeinflusst werden.

5.3.2 Eignungskriterien des Messverfahrens

Bevor auf die Eignungskriterien des IQTIG und deren Anwendung für PlanQI bzw. für die verschiedenen Planungszwecke eingegangen wird, sollen hier wenige Ergebnisse aus den Interviews zum geforderten Messverfahren angeführt werden. Die befragten Expertinnen und Experten stellen fest, dass von PlanQI eine „wirklich sichere Messbarkeit“ (Expl 1 WiFo PlanQI 2020) verlangt werde. Auch Vogel et al. (2020) fordern eine „methodisch sichere [...] Messbarkeit der Indikatoren“ (Vogel et al. 2020: 342). Gleichzeitig sollen die Indikatoren hinsichtlich ihrer Messbarkeit einfach sein (vgl. PD 2019: 744):

Und deswegen – also wenn ich das machen müsste, würde ich immer nach irgendwas suchen, was möglichst einfach ist. (Expl 12 Recht PlanQI 2020)

Die **Objektivität der Messung** soll bei Qualitätsindikatoren möglichst hoch sein (IQTIG 2019a: 144) – dies gilt selbstverständlich auch für Strukturqualitätsindikatoren. Eine Erfassungs- bzw. Fragebogengestaltung mit geringem Interpretationsspielraum bei den Datenfeldern und mit verständlichen und eindeutigen Ausfüllhinweisen steigert die Objektivität der Messung. Die Daten für Strukturindikatoren, die nicht auf Fallebene erfasst werden, können durch Einrichtungsbefragungen erhoben werden. Zur Erfassbarkeit mit den verschiedenen Instrumenten zur Datenerfassung, die im Rahmen der Qualitätssicherung zur Verfügung stehen, und deren Verwendbarkeit für die verschiedenen Planungszwecke wird bei Wahl eines entsprechenden Szenarios auf Teil B verwiesen. Eine standardisierte Erhebbarkeit wird auch als Eignungskriterium im Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ (PD 2019: 744) sowie von einem Interviewpartner vorgeschlagen (Expl 1 WiFo PlanQI 2020). Eine Differenzierung des Eignungskriteriums nach **Planungszweck** ist nicht sachgerecht, da für alle PlanQI transparente, objektive und einheitlich vorgenommene Bewertungsergebnisse vorliegen müssen und entsprechend ggf. ungerechtfertigten Konsequenzen vorgebeugt werden muss.

Bei der **Datenqualität** geht es um Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Übereinstimmung von erfasstem und dokumentiertem Wert. Datenqualität kann sichergestellt werden über Spezifikationen der Instrumente zur Datenerfassung, über eindeutige Datenflüsse und eine Überprüfung der Vorgaben im Sinne einer Datenvalidierung mittels Auffälligkeitskriterien oder einem Abgleich mit der Patientenakte (IQTIG 2019a: 145).

Im Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ werden ebenso effektive und effiziente Kontrollmöglichkeiten als Kriterium für die Eignung genannt (PD 2019: 744). Auch Döbler und Arens (2020: 98) schlagen vor, aus „fachlichen Erwägungen“ hinsichtlich einer Datenvalidierung nicht hinter die aktuell in der plan. QI-RL geregelten Vorgaben bei statistischen Auffälligkeiten zurückzufallen, sodass bei der Bewertung verlässliche Daten vorliegen. Zur Art und Weise der Erhebung bzw. Kontrolle der Daten wird auf Teil B verwiesen, sollte ein entsprechendes Szenario gewählt werden.

Für alle **Planungszwecke** muss eine gute Qualität der Daten gefordert werden, um ungerechtfertigten planerischen Konsequenzen vorzubeugen: Schon das bestehende PlanQI-Verfahren sieht daher eine intensive Datenvalidierung insbesondere bei allen statistisch auffälligen Leistungserbringern vor, an die sich eine Datenkorrektur mit Neuberechnung der PlanQI anschließt. Soll die Feststellung von „guter Qualität“ für eine krankenhauserplanerische Auswahlentscheidung ermöglicht werden, könnte in Teil B der Beauftragung ein Konzept zur in diesem Fall erforderlichen Datenvalidierung erstellt werden.

Wie für alle Qualitätsmessungen ist auch für PlanQI ein angemessenes Maß an **Reliabilität der Messung** (IQTIG 2019a: 145 f.) zu fordern – zufallsbedingte Schwankungen der Messungen müssen weitgehend ausgeschlossen werden. Auch im Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ wird eine reliable Messung bei Indikatoren für die Krankenhausplanung verlangt (PD 2019: 744).

Validität der Messung bezeichnet „das Ausmaß, in dem ein Qualitätsindikator das, was er abbilden soll, tatsächlich erfasst“ (IQTIG 2019a: 146). Gemäß IQTIG (2019a: 146) sorgen eine korrekte Indikatorbezeichnung, gut spezifizierte Datenfelder und angemessene Rechenregeln für die Va-

lidität der Messung. Auch nach Solberg et al. (1997) sollen für *accountability*-Zwecke valide Messungen vorliegen. Die Validität der Messung spielt auch bei der Nutzung von Sozialdaten sowie Daten aus Patientenbefragungen eine zentrale Rolle. Zu den verschiedenen verfügbaren Instrumenten zur Datenerfassung und deren Verwendbarkeit für die verschiedenen Planungszwecke wird – bei Wahl eines entsprechenden Szenarios – auf Teil B verwiesen.

Bei neu entwickelten PlanQI ist eine (ggf. integrierte) Machbarkeitsprüfung vorzunehmen, die u. a. die Validität der Messung und die Datenqualität der Dokumentation anhand anonymisierter Fallbesprechungen prüft. Ebenso können die Rückmeldungen aus der Erprobungsphase im Regelbetrieb der Qualitätsförderung (Stellungnahmeverfahren, Vor-Ort-Datenvalidierung) zur Überprüfung der Validität dienen.

Bei der Beurteilung der **Praktikabilität der Messung** spielt der Aufwand für die Dokumentation sowie die Erhebung von erforderlichen Daten beim Leistungserbringer im Regelbetrieb eine wichtige Rolle (IQTIG 2019a: 147). Zu Überlegungen zum Aufwand wird an dieser Stelle auf die Abschnitte zu den verschiedenen Bezugsebenen von PlanQI verwiesen (siehe Abschnitt 3.1). Die Prüfung der Praktikabilität der Messung erfordert bei neuen Qualitätsindikatoren mit Leistungserbringerdokumentationen eine (ggf. integrierte) Machbarkeitsprüfung vor dem Start des Regelbetriebs, bei Patientenbefragungen einen Standard-Pretest. Bezüglich der Sozialdatenerhebungen dient die Prüfung eines anonymisierten Datenpools einer Krankenkasse als Praktikabilitätstest.

Für den **Planungszweck** der Aufnahme (Schritt 1) in den Krankenhausplan bzw. zur Ausnahme aus dem Krankenhausplan können Mindestanforderungen an die Strukturen genutzt werden (siehe Abschnitt 4.1.2). Diese könnten praktikabel in Form einer Einrichtungsbefragung bei den Leistungserbringern abgefragt und/oder von einer Institution mit dem Recht auf Akteneinsicht (z. B. stichprobenweise) geprüft werden. Alternativ könnte auch die Erhebung durch die Institution mit dem Recht auf Akteneinsicht erfolgen. Zur Erhebung muss bei Wahl des entsprechenden Szenarios auf Teil B dieses Berichts verwiesen werden. Insbesondere wenn für krankenhausplanerische Zwecke der gesamte stationäre Bereich mit komplexen Qualitätsmessungen und -bewertungen mithilfe von fallbezogenen Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren abgedeckt werden soll, muss ein besonderes Augenmerk auf die Praktikabilität der Messung gelegt werden.

5.3.3 Eignungskriterien des Bewertungskonzepts

Bei Qualitätsindikatoren ist es zentral, dass mit ihrer Hilfe Qualität in verschiedene Qualitätsniveaus klassifiziert wird (IQTIG 2019a: 147). Bei PlanQI spielen die Qualitätsniveaus Mindestanforderung, „zureichende bzw. erwartbare Qualität“, „unzureichende Qualität“, „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ und „gute Qualität“ sowie Qualität im Vergleich verschiedener Krankenhäuser eine Rolle.

Die **Angemessenheit des Referenzbereichs** oder der Referenzbereiche bestimmt sich dadurch, inwiefern das angestrebte Qualitätsniveau oder die angestrebten Qualitätsniveaus repräsentiert werden (IQTIG 2019a: 148). Da bei Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung relevante

Konsequenzen für Krankenhäuser mit „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ vorgesehen sind, liegt ein besonderes Augenmerk auf einer korrekten Klassifikation der Krankenhäuser in verschiedene Qualitätsniveaus. Der Gesetzgeber bzw. das BMG fordert dabei eine differenzierte Qualitätsbewertung (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015, BMG 2017). Nach der herkömmlichen Bewertungsmethodik wird ein quantitatives Indikatorergebnis mit einem Referenzbereich verglichen – an dem Vergleich entscheidet sich, ob mit einem Krankenhaus ein Stellungnahmeverfahren zur fachlichen Bewertung durchgeführt wird. In der fachlichen Bewertung wird geklärt, ob das quantitative Ergebnis der Qualitätsindikatoren tatsächlich für die Klassifizierung in ein bestimmtes Qualitätsniveau mit einer festgelegten Handlungskonsequenz führt. Daher kommt der Festlegung des Referenzbereichs für die Klassifizierung der Krankenhäuser eine zentrale Rolle zu. Bei einer quantitativen Differenzierung zwischen „unzureichender Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ macht sich zudem an der Lage des Referenzbereichs die Höhe des Qualitätsniveaus fest. Dies kann auch über die Verwendung von mehreren Referenzbereichen (Bewertungsoption A1) und über die Festlegung von einem oder mehreren Referenzbereichen für einen Index aus mehreren Indikatorergebnissen (Bewertungsoption A2) erreicht werden (zur Differenzierung siehe Abschnitt 4.1.1). Unabhängig von der Wahl der dargestellten Option müssen die Referenzbereiche der Indikatoren angemessen zu ihrem Handlungsanschluss gewählt werden.

Bei strukturellen Mindestanforderungen, die dichotome Ausprägungen aufweisen, entfällt die Festlegung eines Referenzbereichs (Option E, siehe Abschnitt 4.1.2).⁴¹ Da nur solche nicht fallbezogenen Anforderungen für den **Planungszweck** der Aufnahme in den Krankenhausplan (Schritt 1 und 2) herangezogen werden können, ist dieses Eignungskriterium für Indikatoren für diesen Planungszweck praktisch irrelevant. Sinngemäß muss jedoch ggf. ein Schwellenwert für eine strukturelle Mindestanforderung festgelegt werden. Für einen Indikator, der „gute Qualität“ misst und der daher für die Kapazitätsausweitung eingesetzt werden kann, ist ein angemessener Referenzbereich, der „gute“ von „erwartbarer Qualität“ abgrenzt, bedeutend. Werden für den Planungszweck Kapazitätsausweitung Krankenhäuser rein quantitativ miteinander verglichen, kommt dem Referenzbereich keine Bedeutung zu.

Die Eignung eines Indikators bemisst sich auch daran, wie korrekt sein Referenzwert „zwischen dem zugrunde liegenden Indikatorwert und einem Vergleichswert unterscheidet, wenn der gemessene Indikatorwert nur eine Schätzung für den zugrunde liegenden Indikatorwert darstellt“ (IQTIG 2019a: 148 f.). Für PlanQI muss die gleiche **Klassifikationsgüte** gefordert werden wie für Qualitätsindikatoren für andere Verwendungszwecke. Bei den aktuellen PlanQI muss ein Indikatorergebnis statistisch signifikant vom Referenzbereich abweichen; dies bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit einer Fehlklassifikation eines Leistungserbringers, dessen zugrunde liegender Parameter innerhalb des Referenzbereichs liegt, im Mittel über alle Fallzahlen ein vorgege-

⁴¹ Gegebenenfalls können bei einrichtungsbezogener QS-Dokumentation ratenbasierte Qualitätsindikatoren auftreten (z. B. Fortbildungsrate), die einen Referenzbereich benötigen. Diese werden hier jedoch nicht als Mindestanforderungen verstanden.

benes Niveau (bei PlanQI $\alpha = 5\%$) nicht überschreitet. Daher empfiehlt das IQTIG, bei neu entwickelten Prozess- oder Ergebnisindikatoren die Bestimmung der fallzahlabhängigen Abweichung mit einer statistischen Berechnungsmethode beizubehalten.

Kleine Fallzahlen in der Grundgesamtheit eines Indikators sind zunächst kein Grund, einen Indikator nicht als PlanQI einzusetzen. Allerdings sinkt die Klassifikationsgüte bei Anwendung eines statistischen Verfahrens bei kleinen Fallzahlen – jedoch führen kleine Fallzahlen bei der Einstufung der statistischen Auffälligkeit nach der PlanQI-Methodik zu mehr falsch negativen Ergebnissen (d. h. fälschlicherweise unauffälligen Krankenhäusern). Etwaige falsch positive Ergebnisse sollen im laufenden PlanQI-Verfahren durch die fachliche Bewertung im Rahmen des Stimmungsverfahrens ausgeglichen werden. Weitere Ausführungen werden in Teil B der Beauftragung erfolgen.

Für den **Planungszweck** Herausnahme kommt der Klassifikationsgüte abhängig von der gewählten Bewertungsoption unterschiedliche Bedeutung zu. Bei Optionen zur Bewertung, bei denen mehrere Referenzwerte benötigt werden (Optionen A), ist die Klassifikationsgüte methodisch bedingt voraussehbar schlechter: Die Unsicherheit bei der Güte der Klassifikation von Auswertungsergebnissen sollte auch bei der Klassifikation von Ergebnissen in mehr als zwei Kategorien Berücksichtigung finden, da ansonsten das Risiko für Fehlklassifikationen von Qualitätsergebnissen groß sein kann (Paddock und Louis 2011). Bei Optionen, bei denen zur Differenzierung zwischen „unzureichender Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ eine qualitative Bewertung vorgenommen wird (Optionen C und D), ist die Klassifikationsgüte der quantitativen Einstufung von geringerer Bedeutung. Allerdings muss dabei festgehalten werden, dass für die Klassifikationsgüte a priori bei der Entwicklung keine Abschätzungen vorgenommen werden können. Werden für die Planungszwecke Aufnahme (Schritt 2) und Kapazitätsausweitung Krankenhäuser miteinander und nicht mit einem Referenzbereich verglichen, kommt der Klassifikationsgüte im Vergleich der Krankenhäuser Bedeutung zu: Sind unterschiedliche Indikatorergebnisse von Krankenhäusern zufallsbedingt?

Die **Angemessenheit der Risikoadjustierung** beschreibt das Ausmaß, in dem durch Risikoadjustierung patientenseitige Einflussfaktoren kontrolliert sind (IQTIG 2019a: 149). Durch den Handlungsanschluss Krankenhausplanung sind hohe Anforderungen an die Risikoadjustierung eines PlanQI zu stellen (vgl. Expl 4 WiFo PlanQI 2020).

Allerdings lässt sich die Güte der Risikoadjustierung nicht vollständig quantifizieren, weshalb eine Zuordnung des Eignungskriteriums zu den Planungszwecken für die Entwicklung oder Auswahl von Indikatoren irrelevant ist. Jedoch kann auf Risiken, die nicht über die in der Qualitätssicherung üblichen Datenquellen erfasst werden können oder die sich wegen niedriger Prävalenz nicht in eine Risikoadjustierung als beeinflussenden Faktor einschließen lassen, noch in der fachlichen Bewertung der quantitativen Ergebnisse eingegangen werden.

5.3.4 Übergreifende Eignungskriterien

Mithilfe des Kriteriums der **Brauchbarkeit** kann beurteilt werden, wie nützlich ein Indikator oder ein Set an Indikatoren für den Adressaten der Messung ist (IQTIG 2019a: 149 f.). Adressaten für PlanQI sind die für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden auf Landesebene sowie die

Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Zudem werden die Ergebnisse nach der plan. QI-RL auch veröffentlicht. Bei der Beurteilung der Brauchbarkeit ist die sehr heterogene Zielgruppe von PlanQI zu beachten: So variieren gewünschter Planungszweck, Planungseinheit und -tiefe sowie das Maß an gewünschtem Ausgestaltungsspielraum bei der Bewertung zwischen den Ländern. Da auch die Strukturen der Krankenhausversorgung ungleich über die Bundesländer verteilt sind, kann es auch hier zu einer unterschiedlichen Einschätzung der Brauchbarkeit kommen. Trotzdem liegt von den Ländern ein Konsensuspapier vor (Anonym 2019b), das vom IQTIG für eine Beurteilung der Brauchbarkeit bei der Zusammenführung und Bewertung des Indikatorensets angewendet werden könnte. Zudem ist es entscheidend, die Landesplanungsbehörden bei der Entwicklung der Qualitätsindikatoren im Rahmen der Expertengremien zu involvieren (IQTIG 2018a: 76), um die Brauchbarkeit im Vorhinein zu adressieren. Zwei der zentralen Aspekte zur Brauchbarkeit sind die geforderte differenzierte Qualitätsbewertung, die sich für den Planungszweck der Herausnahme aus dem Krankenhausplan aus KHSG und Auflage des BMG ergibt (siehe Abschnitt 4.1.1), sowie die gewünschte höhere Bezugsebene, welche sich aus der Begründung des Gesetzes ergibt (siehe Abschnitt 5.3.5).

Die Zahl an Indikatoren kann (unabhängig vom Aufwand in Entwicklung und Regelbetrieb, siehe hierzu Abschnitt 3.1) Einfluss auf die Brauchbarkeit des Sets haben. Auch für die Bewertung durch die Landesplanungsbehörde ist die Zahl an Indikatoren relevant. Nach Solberg et al. (1997) ist für *accountability*-Zwecke eine geringe Zahl an Indikatoren sinnvoll, wobei dies im aktuellen PlanQI-Kontext von der Größe der Bezugsebene und der Zahl an abzudeckenden Bezugseinheiten abhängt. Vor diesem Hintergrund sollte die Brauchbarkeit eines Sets von PlanQI in einem angemessenen Verhältnis zum Aufwand bei Entwicklung und Regelbetrieb (Döbler und Arens 2020: 98, 100) sowie zur Komplexität der Bewertung stehen. Eine Aussage zur Brauchbarkeit von Indikatoren kann jeweils erst im Nachhinein evaluiert werden.

Unerwünschte Wirkungen oder Fehlanreize sind bei allen Qualitätsindikatoren zu beachten (IQTIG 2019a: 150), können aber bei PlanQI, durch die sich ggf. ergebenden Konsequenzen, verstärkt werden. So warnt Berwick (1989) beispielsweise davor, einer „theory of bad apples“ anheimzufallen und dabei das übergeordnete systemische Ziel einer allgemeinen Qualitätsverbesserung (*improvement*) aus dem Blick zu verlieren. Ein starrer Fokus darauf, „faule Äpfel“ zu finden und diese an den Pranger zu stellen oder gleich ganz auszusortieren, kann eine demoralisierende Wirkung auf die Leistungserbringer ausüben (Berwick 1989).

Fehlanreize sollten vermieden (vgl. Expl 1 WiFo PlanQI 2020, Vogel et al. 2020: 342, PD 2019: 744) und bei festgestellten unerwünschten Wirkungen sollten Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Knüpft man an einzelne Indikatoren andere Handlungsanschlüsse als an andere, könnte der Anreiz entstehen, diejenigen mit den schwächeren Konsequenzen zu vernachlässigen (Expl 1 WiFo PlanQI 2020). Nach Auffassung in einem Experteninterview könne bei Strukturvorgaben der Anreiz entstehen, Personal umzuwidmen (Expl 1 WiFo PlanQI 2020).

Unerwünschte Wirkungen sollten bei Indikatoren für alle **Planungszwecke** vermieden werden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Ausprägung solcher Fehlanreize mit der Intensität des als Konsequenz möglichen krankenhauplanerischen Eingriffs zunehmen kann.

5.3.5 Spezielle Anforderungen an planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Neben den allgemeinen Anforderungen an Qualitätsindikatoren bzw. Eignungskriterien, die auch von PlanQI erfüllt werden müssen, ergeben sich einige spezielle Eignungskriterien an PlanQI (vgl. Expl 5 QS/QM PlanQI 2020). Diese resultieren aus der angestrebten Vereinbarkeit mit der Planungseinheit, aus den sich ggf. anschließenden Konsequenzen sowie aus den unterschiedlichen Planungszwecken bzw. der geforderten weiter differenzierten Qualitätsbewertung. Die speziellen Anforderungen könnten auch unter dem Kriterium der Brauchbarkeit (siehe Abschnitt 5.3.4) gefasst werden, sollen hier jedoch ausführlich dargestellt werden.

Aus einem der Experteninterviews geht hervor, dass Indikatoren dann für geeignet erachtet werden können, wenn sie „für planerische Entscheidungen der Länder in größerem Ausmaß“ relevant sind (Expl 12 Recht PlanQI 2020). Was diese Relevanz für die Krankenhausplanung der Länder ausmacht, wird nicht konkreter benannt.

Vereinbarkeit mit Planungseinheit

Eine der zentralen Anforderungen an PlanQI ist die Kompatibilität mit der Planungseinheit oder den **Planungseinheiten**: Die gesetzliche Qualitätssicherung ist an Leistungen oder Indikationen (OPS- oder ICD-Kodes) geknüpft, während die Krankenhausplanung Fachabteilungen fokussiert, die auf Landesebene zumeist nach Fachgebieten festgelegt werden. Somit ergibt sich das Problem, dass Bezugseinheit und Planungseinheit nicht kongruent sind (IQTIG 2018a: 105) (siehe Abschnitt 3.1.2). Gemäß dem Konsenspapier der Länder sollen „Rückschlüsse aus den Qualitätsergebnissen für Indikatorensets auf die Qualität der gesamten (planungsrelevanten) Fachabteilung und/oder entsprechender Kapazitäten“ (Anonym 2019b: 4) gezogen werden.

Um bei Rückschlüssen auf eine Bezugsebene das Ziel einer fairen Bewertung der Qualität bzw. Qualitätsaussage zum Zweck der Krankenhausplanung – im Sinne des *accountability*-Ansatzes – erreichen zu können, ist – wie für alle Qualitätsindikatoren – eine möglichst hohe Inhaltsvalidität zu gewährleisten. Inhaltsvalidität beschreibt, inwieweit das, was gemessen wird, repräsentativ für das Merkmal ist, das gemessen werden soll (Bühner 2011: 36 ff., Hartig et al. 2012: 150 ff., Schmidt-Atzert und Amelang 2012: 145). Inhaltsvalidität ist dabei allgemein für alle Verwendungszwecke auf Ebene des Qualitätsmodells, der Qualitätsmerkmale, der Qualitätsindikatoren sowie in der Zusammenschau der Qualitätsindikatoren auf Ebene des Qualitätsindikatorensets für eine gewählte Bezugseinheit (siehe auch Abschnitt 3.1) im Zuge der Indikatorenentwicklung (IQTIG 2019a: 50 ff.) sicherzustellen. So „müssen Qualitätsvorgaben vor allem sinnvoll mit den medizinischen Bereichen verknüpfbar sein, für die sie Qualitätsstandards sichern sollen“ (Vogel et al. 2020: 342).

Unter Inhaltsvalidität hinsichtlich der Bezugseinheit wird dabei verstanden, inwiefern die Qualitätsindikatoren in der Zusammenschau die Qualität der Versorgung auf der jeweiligen Bezugsebene abbilden – das Optimum wird dabei durch das oder die Qualitätsmodell/e vorgegeben (vgl. IQTIG 2019a: 141). Eine Schwierigkeit dabei ist, dass ein Qualitätsmodell aufgrund bestimmter Kriterien für den Ein- und Ausschluss von Qualitätsaspekten gebildet wird (IQTIG 2019a: 44). Dabei ist eines der Kriterien für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren, die im Rahmen der

Qualitätsförderung genutzt werden sollen, ein bestehender Verbesserungsbedarf. Eine inhaltsvalide Abbildung kann also nicht für die Bezugseinheit direkt gefordert werden, sondern nur für das Set an Qualitätsindikatoren in Bezug auf das jeweilige Qualitätsmodell.⁴² Dabei soll ein Qualitätsindikatorenset möglichst mehrere Qualitätsdimensionen (nach IQTIG-Rahmenkonzept) abdecken.

Je nach Wahl der Bezugsebene muss von einem unterschiedlichen Maß an Validität des gesamten zu entwickelnden Qualitätsindikatorensets ausgegangen werden. Bei Messung der Qualität einer Fachabteilung ist gegenüber der Messung der Qualität einer Leistung von einer geringeren Validität der Messung auszugehen (vgl. Döbler und Arens 2020: 69), unabhängig davon, wie das Set konstruiert wird. In ihrem Memorandum schließt die BÄK die Möglichkeit der Abbildung einer Fachabteilung sogar ganz aus (BÄK 2020: 4, Nr. 7). Bei der Bezugsebene „Leistungsgruppe“ muss eine Verknüpfbarkeit der Qualitätsaussagen zu der jeweiligen Leistungsgruppe, d. h. mit einem Großteil der Leistungen der Leistungsgruppe, gegeben sein (PD 2019: 744).

Auch die Expertinnen und Experten in den Interviews verlangen eine „kongruente Möglichkeit zur Verknüpfung [mit der] Planungsebene“ sowie eine „Vergleichbarkeit von Planungsentscheidungen und untersuchten Qualitätskomplexen“ (Expl 11 KHP PlanQI 2020, auch Expl 1 WiFo PlanQI 2020). In Bezug auf die Indikatoren, die aktuell als PlanQI verwendet werden, stellt eine Expertin bzw. ein Experte fest, dass es

[...] fraglich [sei], ob [man] aus diesen wenigen, wenigen Verstößen, Qualitätsverstößen tatsächlich den Rückschluss ziehen kann, dass diese Konzession jetzt für Gyn oder für Geburtshilfe oder für Mammachirurgie entzogen wird, also das Krankenhaus diesen Leistungskomplex, sage ich jetzt mal, oder diesen Versorgungsauftrag nicht mehr erfüllen darf oder bei Geburten mehr erbringen darf. (Expl 13 KHP PlanQI 2020)

Wird von den Akteuren der Krankenhausplanung entgegen der Empfehlungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018) und anderer Stimmen (PD 2019) an einer Planung auf Ebene von Fachabteilungen festgehalten, wird es erforderlich sein, mehrere Qualitätsindikatoren als Set zusammengefasst zu betrachten. Auch bei einer Planung mit größeren Einheiten, also beispielsweise der Bezugsebene „Leistungsgruppe“, werden mehrere Qualitätsindikatoren im Set in einer Zusammenschau betrachtet. Die differenzierte Qualitätsbewertung kann sich dabei entweder auf Ebene von einzelnen Indikatoren oder erst in der Zusammenschau der Indikatoren ergeben (siehe Abschnitt 4.1.1). Dies spiegeln auch die Aussagen der Expertinnen und Experten wider:

Und man sollte nicht auf einen einzelnen Indikator dann gehen, sondern man sollte dann mindestens mehrere Indikatoren [verwenden]. (Expl 10 QS/QM PlanQI 2020)

⁴² Im Rahmen der Bearbeitung von Teil B der Bauauftragung kann bei Wahl eines entsprechenden Szenarios hierzu vom IQTIG ein Vorschlag unterbreitet werden, bei der Entwicklung von Qualitätsmodellen auf diesen Selektionsschritt ggf. zu verzichten. Dieser Verzicht könnte zu einer direkten inhaltsvaliden Abbildung einer Bezugseinheit führen.

[...] wenn es ein komplexes Indikatorenset ist, das sich zusammensetzt aus mehreren Teilbereichen, in denen offensichtlich unzureichende oder in erheblichem Maße unzureichende Qualität festgestellt wird, [...] bei denen das offensichtlich möglich ist, wäre dann sozusagen ein durchaus härteres Argument. (Expl 11 KHP PlanQI 2020)

Deswegen ja der Mix irgendwie aus einer Grundstrukturvoraussetzung [...], aus Prozessindikatoren, [...] und eben einzelnen Ergebnisqualitätsindikatoren und Befragungen zur Patientenzufriedenheit. (Expl 13 KHP PlanQI 2020)

Spezifität

Sowohl Spezifität („keine falschen Alarme“) als auch Sensitivität („keine wahren Defizite durchgehen lassen“) der gemessenen Qualitätsindikatoren müssen in Bezug auf die Validität einer Qualitätsaussage – unter Berücksichtigung statistischer Unsicherheit und etwaiger Messfehler – im Zuge der Qualitätsbewertung dem Anspruch genügen, krankenhausplanerische Entscheidungen im Sinne der *accountability* zu rechtfertigen (Berwick et al. 2003, Solberg et al. 1997, Chassin et al. 2010, Freeman 2002, Gardner et al. 2018). Bei PlanQI ist aufgrund der Konsequenzen eine hohe Spezifität zentrale Grundvoraussetzung, damit nicht ein (in einem oder mehreren Qualitätsindikatoren) mit „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ bewertetes Krankenhaus in Wirklichkeit keine schlechte Qualität aufweist (falsch positiv; vgl. Expl 4 WiFo PlanQI 2020). Die hohe geforderte Spezifität muss während der Entwicklung eines PlanQI mit der – bei PlanQI in geringerem Maße – relevanten Sensitivität abgewogen werden, damit nicht ein Krankenhaus, das in Wirklichkeit schlechte Qualität aufweist, mit „erwartbarer Qualität“ bewertet wird und damit übersehen wird (falsch negativ; vgl. Stich et al. 2019, Döbler und Arens 2020: 84). Die Spezifität kann z. B. beeinflusst werden, indem bei PlanQI auf höhergradigere Ausprägungen (z. B. stationär behandlungsbedürftige Komplikationen) und bei Qualitätsindikatoren für Qualitätsförderung auch auf niedrigere Ausprägungen sowie Schweregrade (z. B. nicht transfusionspflichtige Blutungen/Hämatome) fokussiert wird. Im Regelbetrieb sollte – zumindest bei Prozess- und Ergebnisindikatoren – eine fachliche Bewertung bzw. der Ausschluss von ATB im Verfahren vorgesehen sein.

Eignung verschiedener Messdimensionen

Neben den genannten Eignungskriterien bringen die Messdimensionen unterschiedliche Implikationen mit sich, die es zu berücksichtigen gilt. Die Begründung zum KHSG war von Beginn des PlanQI-Verfahrens auf „Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität“ angelegt (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 89). Im Gesetz selbst sind die unterschiedlichen Planungszwecke (siehe „Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke“) vorgesehen. Zunächst sind aus der ersten Einführung von PlanQI 2017 nur die Messdimensionen Prozess- und Ergebnisqualität hervorgegangen, weil „in einem ersten Schritt“ (G-BA 2016: 1) nur Indikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung (esQS) ausgewählt worden sind (vgl. Expl 13 KHP PlanQI 2020, vgl. Stich et al. 2019). Bei diesen Qualitätsindikatoren geht es historisch gewachsen um Indikatoren, mit deren Hilfe die Leistungserbringer in erster Linie durch den Vergleich mit anderen Krankenhäusern und

entsprechenden Rückmeldeberichten ihre Qualität selbst und in Zusammenarbeit mit den Landesgeschäftsstellen bzw. Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung verbessern sollen. Bei der Betrachtung werden auch die Erkenntnisse des Gutachtens zur „Krankenhauslandschaft NRW“ (PD 2019) berücksichtigt, das die Qualitätsdimensionen Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität, Mindestmengen und Servicequalität für die Nutzung in der Krankenhausplanung überprüft (PD 2019: 740). Servicequalität wird im vorliegenden Bericht nicht betrachtet, da im SGB V nur die „indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen“ thematisiert werden (§ 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V). Die Eignung von Mindestmengen wird unter Strukturqualität gesondert betrachtet.

Grundsätzlich eignen sich die Messdimensionen Struktur-, Prozess- (einschließlich Indikations-) und Ergebnisqualität. Die grundsätzliche Eignung kann und muss jedoch nach Planungszweck differenziert werden (siehe Abbildung 1). Im „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2018a: 75) wurde bereits ausgeführt, dass PlanQI Prozess- und Ergebnisqualität umfassen können, dass die Strukturqualität aber für die Krankenhausplanung eine größere Rolle spielt als für die Qualitätsförderung. Dabei kann Strukturqualität prospektiv als strukturelle Mindestanforderungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan (Schritt 1) sowie retrospektiv für die Herausnahme aus dem Krankenhausplan gestaltet werden; Indikatoren der Strukturqualität könnten aber auch für das Bewertungsziel „guter“ oder vergleichsweise besserer Qualität infrage kommen. Auch Döbler und Arens (2020: 9) sehen Strukturanforderungen als „prospektiv und retrospektiv nutzbare planungsrelevante Indikatoren“, die „sowohl für die Zulassung als auch für die Planherausnahme bzw. für einen Verbleib im Krankenhausplan eingesetzt werden“ können. Für eine differenzierte Bewertung verschiedener Qualitätsniveaus können Strukturindikatoren im Sinne von Mindestanforderungen nicht herangezogen werden (siehe Abschnitt 4.1.2).

Auch zwei der Interviewpartnerinnen bzw. Interviewpartner vertreten die Ansicht, dass sich (nicht fallbezogene) Struktur- und Prozessvorgaben für die Krankenhausplanung bzw. als Mindestanforderung für die Aufnahme in den Krankenhausplan (Schritt 1) eignen:

Die Krankenhausplanung ist ja langfristiger und – also so, wie ich mir eine Krankenhausplanung vorstellen – [...] ist ja so, dass ich a priori die Vorgaben festlege und die Häuser sich dann daran halten müssen. (Expl 1 WiFo PlanQI 2020)

Also manchmal muss man halt sagen: Manches ist halt die Eintrittskarte. Also das ist ja viel das Thema der Strukturqualität sind viele Aspekte eine Eintrittskarte. Ich muss das bringen, wenn man über das Thema Zulassung redet. (Expl 5 QS/QM PlanQI 2020)

(Fallbezogen gemessene) Prozess- und Ergebnisqualität (und Strukturqualität mit den entsprechenden Skalenniveaus) kann für alle Planungszwecke eingesetzt werden außer für die Planungszwecke Aufnahme (Schritte 1 und 2). Zum Zeitpunkt der Aufnahme in den Krankenhausplan liegen noch keine Daten zur Prozess- und Ergebnisqualität aus der laufenden Versorgung vor.

Messdimension Strukturqualität

Die Begründung zum KHSG zieht neben der Prozess- und Ergebnisqualität „Indikatoren zur Strukturqualität z. B. auch konkrete apparative oder bauliche Anforderungen sowie Maßzahlen zur Personalausstattung in Betracht“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 89). Messungen von Strukturen können in erster Linie dafür genutzt werden, die Rahmenbedingungen („Setting“), unter denen die Versorgung erbracht wird, sicherzustellen. Als Strukturqualitätsindikatoren können z. B. die benötigte Facharztqualifikation und -verfügbarkeit oder Vorgaben zur Intensiv- und Notfallversorgung genutzt werden (PD 2019: 60). Auch Vorgaben zur prozessnahen Strukturqualität z. B. für die Intensiv- und Notfallversorgung sind möglich (PD 2019: 60).

So fokussieren die Qualitätskriterien im ÖSG auch auf die standortbezogene Strukturqualität. Sie werden gemäß § 7 G-ZG im ÖSG festgelegt (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Österreich“) (GÖG 2017: 22). Daneben bestehen im ÖSG weniger konkret gefasste standortbezogene Vorgaben zur prozessnahen Strukturqualität – allgemein und hinsichtlich ausgewählter Versorgungsbereiche (GÖG 2017: 71). In der Schweiz sind für Leistungsgruppen jeweils spezifische Strukturvorgaben einschließlich Mindestfallzahlen definiert (Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Generalsekretariat 2011) (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz“).

Die Qualitätsdimension der „Wirksamkeit“ betreffend können Strukturindikatoren z. B. die Ausstattung der Versorgungseinrichtungen, die Qualifikation und Verfügbarkeit des medizinischen und pflegerischen Personals oder administrative Strukturen sein (Quentin et al. 2019). Die Qualitätsdimension der „Patientensicherheit“ betreffend können z. B. Mindestmengen an bestimmten Leistungen oder die Einhaltung von Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit gefordert werden (Quentin et al. 2019). Analog können – zumindest theoretisch – für jede Qualitätsdimension des IQTIG-Rahmenkonzepts entsprechende Strukturqualitätsindikatoren entwickelt werden, wobei offensichtlich – auch unter Berücksichtigung der dem G-BA bzw. IQTIG verfügbaren Datenquellen – einige Qualitätsdimensionen besser auf Ebene der Strukturqualität abbildbar sind als andere.

Als allgemeiner **Nachteil** von Strukturindikatoren gilt, dass die kausale, klare und eindeutige Verbindung zwischen binärer Nichterfüllung einer Strukturanforderung und der Einhaltung klinisch relevanter Prozesse oder der Erreichung eines patientenrelevanten Outcomes nur schwer nachzuweisen ist (Quentin et al. 2019, Birkmeyer et al. 2006: 186). Insbesondere wenn Strukturindikatoren für sich als mittelbare Surrogatparameter stehen und nicht durch Prozess- und Ergebnisindikatoren ergänzt werden, müssen somit auf Basis von Evidenz aus Leitlinien oder konsensbasierter Annahmen solcherlei Assoziation hergestellt werden (Normand und Shahian 2007). Die Autorinnen und Autoren des Gutachtens zur „Krankenhauslandschaft NRW“ fordern ebenfalls einen „nachgewiesenen bzw. sachlogisch begründbaren Einfluss auf die Ergebnisqualität“ z. B. mithilfe medizinischer Leitlinien oder der Studienlage (PD 2019: 741). Ein solcher Nachweis ist jedoch häufig herausfordernd (siehe dazu die Ausführungen zu „Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel“ in Abschnitt 5.3.1). Gegenwärtig ist für die meisten Anforderungen aus den Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität oder aus den Strukturvorgaben aus den Krankenhausplänen der Länder ein solcher Nachweis nicht erbracht. Die

Robustheit einer wie auch immer abgeleiteten Annahme, dass die geforderte Struktur unabdingbar für das Erbringen einer patientenrelevanten Ergebnisqualität ist, muss so hoch sein, dass eine breite Akzeptanz unter relevanten Stakeholdern gefunden werden kann. Besteht eine Verbindung zwischen Strukturqualität und patientenrelevanten Outcomes, ist dies meist ein probabilistischer Zusammenhang: So kann es einzelne Krankenhäuser geben, die zwar die Strukturqualität nicht erreichen, aber ihre damit in Verbindung stehenden Outcomes trotzdem erreichen. Verlässt man sich daher ausschließlich auf Strukturindikatoren, kann es zu Akzeptanzproblemen seitens der Leistungserbringer führen (Birkmeyer et al. 2006: 186). Birkmeyer et al. (2006: 186) führen jedoch auch an, dass wenn eine Assoziation mit einem patientenrelevanten Outcome besteht, häufig auch eine Assoziation zu weiteren Outcomes besteht, was zu erhöhter Effizienz führen kann, falls der Zusammenhang jeweils stark ist.

Bei entsprechender Konsensfindung ist auch der teilweise in der Literatur und unter Expertinnen und Experten bemühte Kritikpunkt, dass Strukturen häufig nicht unmittelbar und zeitnah durch Krankenhäuser verändert werden könnten (Birkmeyer et al. 2006: 186), ausreichend entkräftet. Falls Strukturkriterien in der Konsensfindung hingegen nur als „Aufgreifkriterium“ für vermeintliche Defizite in der Ergebnisqualität gelten können – sprich kein fachwissenschaftlicher Konsens über die Bedeutung der Strukturereffüllung für die Erreichung eines qualitativ angemessenen Ergebnisses erzielt werden kann –, ist ein entsprechender Strukturindikator für die Bewertung der Qualität zu Zwecken der Krankenhausplanung als ungeeignet einzustufen. Dies gilt verstärkt dann, wenn der Strukturindikator alleine steht und nicht durch Ergebnisindikatoren ergänzt wird, die das gleiche Qualitätsziel verfolgen. Die fachwissenschaftliche Konsensfindung hinsichtlich der Eignung definierter Strukturindikatoren ist im Zuge der Indikatorenentwicklung unter Beteiligung relevanter Stakeholder (z. B. Fachgesellschaften) zu erzielen.

Schrappe (2015: 167) führt an, dass bei Messung der Strukturqualität und bei Verwendung für die Krankenhausplanung die Krankenhäuser einen Anreiz hätten zu investieren, um die Vorgaben zu erfüllen. Damit bliebe, so Schrappe (2015), eine von der Krankenhausplanung ggf. beabsichtigte Zentralisierung aus. Aus Sicht der Qualitätssicherung – wenn krankenhauplanerische Ziele nicht berücksichtigt werden – ist dies allerdings nicht als Nachteil zu betrachten, sondern insgesamt als eine Erhöhung des allgemeinen Qualitätsniveaus. Weiterhin sehen einzelne Expertinnen und Experten die Erhebung einrichtungsbezogener Strukturqualität nicht als Aufgabe der gesetzlichen Qualitätssicherung an (Expl 5 QS/QM PlanQI 2020).

Die größte **Stärke** ist die Effizienz der Strukturindikatoren: Strukturindikatoren können ohne viel Aufwand erhoben und analysiert werden. Die isolierte Bewertung von Strukturindikatoren kann im Sinne einer binären Checkliste operationalisiert werden, Strukturindikatoren sind damit quantitativ effizient handhabbar (Birkmeyer et al. 2006: 186) und einfach zu messen (Quentin et al. 2019: 38). Um eine aussagekräftige Messung zu erzielen, ist trotzdem eine Spezifikation erforderlich. Darüber hinaus muss festgehalten werden, dass Strukturindikatoren auch auf aufwendigen Dokumentationsvorgaben und Berechnungsvorschriften basieren können. Bei gut spezifizierten Strukturindikatoren ist jedoch ggf. keine fachliche bzw. qualitative Bewertung erforderlich (vgl. Döbler und Arens 2020: 48, 60). Eine Nichteinhaltung der Mindestanforderung werde mit „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ bewertet (vgl. Döbler und Arens 2020:

48, 60), falls keine Änderung der gesetzlichen Regelung eine andere Möglichkeit der Bewertung eröffnet (siehe Abschnitt 6.6).

Mehrere Expertinnen und Experten gehen davon aus, dass sich für die Krankenhausplanung statt der bisher genutzten Indikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität eher Indikatoren zur Strukturqualität eignen würden (Expl 1 WiFo PlanQI 2020, Expl 12 Recht PlanQI 2020), da sie verhältnismäßig einfach zu messen seien bzw. nicht fallbezogen erhoben werden müssen (Expl 12 Recht PlanQI 2020): Mit Strukturqualitätsanforderungen könne man den größten Teil der Bedarfe an Krankenhausplanung erfüllen (Expl 4 WiFo PlanQI 2020), daher seien sie praxistauglich (Expl 12 Recht PlanQI 2020). Die Strukturqualität könne als „Eintrittskarte“ für die Teilnahme an der Versorgung bzw. für die Aufnahme in den Krankenhausplan betrachtet werden (Expl 5 QS/QM PlanQI 2020).

Während die Autorinnen und Autoren des Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ zu dem Schluss kommen, dass sich Strukturqualität uneingeschränkt eigne (PD 2019: 741 ff.), da sie generell mit Leistungsgruppen verknüpfbar sei (PD 2019: 745), wird dies im vorliegenden Bericht differenzierter betrachtet: Strukturindikatoren eignen sich als Mindestanforderungen für den Planungszweck der Aufnahme (Schritt 1) in den und der Herausnahme aus dem Krankenhausplan. Für diese Planungszwecke können sie bei entsprechender Entwicklung einen krankenhauserischen Nutzen bringen. Strukturindikatoren, die nicht binär skaliert sind, lassen sich – gemeinsam mit Prozess- und Ergebnisindikatoren – auch zur Differenzierung der Qualitätsbewertung nutzen, sodass sie auch für den Planungszweck der Herausnahme aus dem Krankenhausplan eingesetzt werden können. Für alle Planungszwecke, die mit einem Vergleich der Leistungserbringer einhergehen, können sie ebenfalls eingesetzt werden.

Mindestmengen als Ansatz zur Messung der Strukturqualität (Schrappe 2015: 14 f.) werden in der Literatur teilweise als wichtiger Indikator für die Krankenhausplanung gesehen (Schrappe 2015: 314), obwohl der geografische Zugang sich verschlechtern kann (Schrappe 2015: 167 f.), wenn weniger Krankenhäusern an der Versorgung für eine bestimmte Leistung teilnehmen. In den Interviews wurde dies – abhängig von der Bezugsebene – zum Teil ähnlich gesehen (Expl 1 WiFo PlanQI 2020). So sei „die Mindestfallzahl ein relativ einfaches Mittel in der Anwendung, was relativ viel bringt“ (Expl 6 AnGes PlanQI 2020). Allerdings muss nach Ansicht des IQTIG bei sogenannten „Volume-Outcome-Beziehungen“ die Frage der kausalen Rolle der Behandlungsmenge in Bezug auf patientenrelevante Outcomes je nach Prozedur differenziert analysiert werden (vgl. Birkmeyer et al. 2006: 186). Häufig wird der zugrunde liegende Zusammenhang zwischen Menge und Ergebnisqualität in besserer Struktur- und Prozessqualität verstanden (Russo et al. 2010), sodass die Menge ein Surrogatparameter für Erfahrung der Operateurin / des Operateurs bzw. des Krankenhauses ist (*practice-makes-perfect-Hypothese*) (Vogel et al. 2019: 63). Eine andere Ursache könnte jedoch auch sein, dass Patientinnen und Patienten Zentren mit höheren Fallzahlen deshalb wählen, weil sie bessere Qualität aufweisen (*selective-referral-Hypothese*) (Vogel et al. 2019: 63). Die Frage der Kausalität bei Mindestmengen ist nicht abschließend geklärt (Vogel et al. 2019, siehe auch IQTIG 2019c). In jedem Fall können Mengen – letztlich Patientenströme – häufig nicht unmittelbar durch ein Krankenhaus gesteuert werden (Birkmeyer et al. 2006: 186), womit sich auch hinsichtlich der Zuschreibbarkeit Einschränkungen

ergeben können. Sowohl Österreich als auch die Schweiz setzen Mindestfallzahlen für ihre Versorgungs- bzw. Spitalplanung ein (GÖG 2017: 98, Regierungsrat des Kantons Zürich 2019: 4). In einem Experteninterview wurde angegeben, dass die Mindestfallzahlen in der Schweiz – als einzige Anforderungen – zu einer Konzentration der Versorgung geführt, die Verweildauer gesenkt und die Kosten als indirektes Maß für Komplikationen reduziert haben (Expl 6 AnGes PlanQI 2020).

In Bezug auf die Abbildbarkeit einer Bezugseinheit kann es je nach Einheit Einschränkungen hinsichtlich der Eignung geben (vgl. PD 2019: 741 ff.): Nur wenn das Eingriffs- bzw. Behandlungsspektrum innerhalb einer Einheit (z. B. Fachgebiet oder Leistungsgruppe) relativ homogen ist bzw. wenn einige wenige spezifische Prozeduren eine Einheit im Wesentlichen definieren, ist von einer Inhaltsvalidität hinsichtlich der Bezugseinheit auszugehen (vgl. PD 2019: 745). Alternativ können Mindestmengen gemeinsam mit anderen Indikatoren eingesetzt werden, um eine validere Abdeckung des Versorgungsgeschehens einer Bezugseinheit zu erreichen.

Mindestmengen als Strukturvorgaben sind für die Krankenhausplanung für den **Planungszweck** Herausnahme aus dem Krankenhausplan geeignet. Da die Informationen zu den Fall- oder Leistungszahlen erst retrospektiv vorliegen, ergeben sich für die Aufnahme in den Krankenhausplanung Einschränkungen. Wie bereits ausführlich im Abschlussbericht zur „Prüfung der Ableitung aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen“ dargestellt, muss jedoch festgehalten werden, dass Mindestmengen mit anderen Qualitätsanforderungen flankiert werden sollten, um Fehlanreize zu vermeiden (IQTIG 2018b: 38). Dies sieht auch eine der Expertinnen bzw. einer der Experten so: „Die Mindestmenge alleine deckt das Thema Qualität nicht ab.“ (Expl 11 KHP PlanQI 2020) Weiterhin muss ergänzt werden, dass die sekundäre Verwendung der bestehenden Mm-R für krankenhauplanerische Zwecke nicht sinnvoll ist (vgl. IQTIG 2018a).

Messdimension Prozessqualität

Allgemein können Prozessindikatoren dafür herangezogen werden zu überprüfen, ob die Erbringung der Versorgung nach den evidenzbasierten Prinzipien des *state of the art* erfolgt (Quentin et al. 2019). Hierbei soll hohe Evidenz dafür bestehen, dass das Einhalten der gemessenen Prozesse mit einem besseren patientenrelevanten Outcome plausibel assoziiert ist (Chassin et al. 2010). Da Prozesse dabei aktive Handlungen umschreiben, spiegeln Prozessindikatoren allgemein unmittelbar das wider, was Leistungserbringer tun, und ihre Erfüllung ist in großem Maße durch Leistungserbringer beeinflussbar (z. B. ob der Versorgungsprozess nach geltender Leitlinie erfolgt) (Birkmeyer et al. 2006: 188, vgl. Schrappe 2015: 324). Aufgrund dieser Eigenschaften bilden Prozessindikatoren in „Frameworks“ (NFQ 2020, Fujita et al. 2018, Cheng et al. 2014) zur Messung von Versorgungsqualität die Mehrheit der Indikatoren (Quentin et al. 2019).

Unter Gesichtspunkten des *improvement*-Ansatzes ergeben sich aus der Beeinflussbarkeit derartiger Prozessindikatoren direkte Lern- und Verbesserungsansätze sowohl für individuelle Leistungserbringer als auch auf einer organisatorischen Leistungsebene wie Versorgungsteams oder ganze Fachabteilungen. Folglich sind Verbesserungen unmittelbar umsetzbar und geforderte Prozesse können von Krankenhäusern zumindest theoretisch unmittelbar eingeführt werden (Birkmeyer et al. 2006: 188). Wurden Prozesse bisher nicht eingehalten – und ggf. schlechte

Outcomes riskiert oder gar nachgewiesenermaßen erzielt – lautet die vereinfachte prospektive Hypothese: Falls in Zukunft der geforderte Prozess eingehalten wird, werden bessere Outcomes mit größerer Wahrscheinlichkeit erreicht. Unter Gesichtspunkten des *accountability*-Ansatzes, dem das QS-Verfahren PlanQI zuzuordnen ist, ist das Nichterfüllen von geforderten Prozessen hingegen an unmittelbare Planungszwecke geknüpft. Die Einhaltung eines Prozesses wird aus Perspektive der Qualitätssicherung dafür genutzt zu bewerten, ob ein Standort in der entsprechenden Bezugseinheit Qualitätsanforderungen ausreichend erfüllt, um ihn an der Versorgung teilhaben zu lassen. Diese relevantere Konsequenz im Vergleich zum *improvement*-Ansatz bedingt höhere Ansprüche an die Robustheit der Anforderungen an die Prozessindikatoren, die zum Zweck der *accountability* Anwendung finden sollen (vgl. Chassin et al. 2010). Als weiteren Vorteil für die Bewertung von Versorgungsqualität ist zu nennen, dass Prozesse häufiger auftreten und damit unter stochastischen Gesichtspunkten stabiler messbar sind als mit dem Prozess assoziierte Ergebnisindikatoren (Birkmeyer et al. 2006: 188). Die Einhaltung des Prozesses erhöht auch bei bester Evidenzlage nur die durchschnittliche Wahrscheinlichkeit des Erreichens eines positiven Ergebnisses für eine klar umschriebene Patientenpopulation (Marang-van de Mheen und Nallamotheu 2017) – der Prozess ist in den seltensten Fällen deterministisch für ein positives oder negatives Ergebnis. Nach dieser Logik wird bei einem Krankenhaus präventiv bzw. zu einem früheren Zeitpunkt gemessen, bevor es zu einem wünschenswerten Ereignis oder einem negativen Outcome (z. B. Komplikationen) kommt („präventiver Charakter“) (Schrappe 2015: 324). Andererseits erlauben Prozessindikatoren die Messung unmittelbar patientenrelevanter Prozesse.

Viele Prozessindikatoren müssen bei adäquater Definition der Patientenpopulation, für die der Prozess Anwendung finden soll, nicht risikoadjustiert werden, was den Aufwand reduziert (Birkmeyer et al. 2006: 188, Schrappe 2015: 324). Wichtig ist dabei jedoch, bereits im Zuge der Indikatorenentwicklung genau zu definieren, für welche Patientengruppen Kontraindikationen für den Versorgungsprozess bestehen. Falls solch eine enge Definition der Patientenpopulation nicht hinreichend gelingt, muss der Referenzbereich entsprechend gewählt werden: So kann eine Einhaltung des Prozesses, unter Berücksichtigung von Leitlinienempfehlungen und sonstigen Empfehlungen von Fachexpertinnen und Fachexperten, auch nur in einem Anteil (z. B. 80 % oder 90 %) und nicht zu 100 % gefordert werden (IQTIG 2019a: 159 ff.).

Prozessindikatoren seien bei eher konservativ zu behandelnden chronischen Erkrankungen, bei denen es auf die Koordination der Behandlungsprozesse ankomme, relevanter (Schrappe 2015: 325). Zudem verbessern sich ggf. Prozesse auch in anderen Bereichen, die gar nicht unmittelbar überprüft werden („*spillover*-Effekte“) (Asch et al. 2004, Birkmeyer et al. 2006: 188). Auch das Gutachten zur „Krankenhauslandschaft NRW“ kommt zu dem Schluss, dass Prozessqualität für Krankenhausplanung bei relativ homogenen Eingriffs- bzw. Behandlungsspektren bzw. in Leistungsgruppen geeignet sei, die im Wesentlichen durch einige wenige spezifische Prozeduren definiert sind (PD 2019: 741 ff.).

Auch die Expertinnen und Experten äußern sich zur Eignung von Prozessindikatoren: In einem der Experteninterviews wird die Meinung vertreten, dass die Messung der Prozessqualität zusätzlich zur Strukturqualität für die Krankenhausplanung relevant sei. Begründung hierfür sei in

erster Linie auch die im Vergleich zur Ergebnisqualität bessere Messbarkeit sowie dass diese Indikatoren der Prozessqualität „oft auf organisatorische und strukturelle Schwierigkeiten einzelner Häuser“ hinweisen (Expl 1 WiFo PlanQI 2020). Zwei Expertinnen bzw. Experten sind der Auffassung, dass die Indikationsqualität ganz zentral für die Krankenhausplanung sei (Expl 6 An-Ges PlanQI 2020, Expl 8 Klin PlanQI 2020).

Auf der anderen Seite ist die Bewertung von Prozessindikatoren immer mit fallzahlabhängiger, statistischer Unsicherheit behaftet. Je größer der Einfluss patientenseitiger Faktoren auf das Indikatorergebnis wird, desto wichtiger wird außerdem eine Risikoadjustierung, die allerdings ebenfalls bei geringer Fallzahl unsicherer ist als bei einer großen Fallzahl (Ash et al. 2012).

Wie bei Strukturqualitätsindikatoren ist auch bei Prozessqualitätsindikatoren der Zusammenhang mit einem patientenrelevanten Outcome nicht immer oder nur für bestimmte Indikationen, Diagnosen oder Patientengruppen gegeben (Birkmeyer et al. 2006: 189, Pross et al. 2017). Häufig wird in der Literatur zur Implementierung von aussagekräftigen Prozessindikatoren zur Qualitätsbewertung im Rahmen des *accountability-Ansatzes* pauschal gefordert, dass für die Rechtfertigung des Zusammenhangs zwischen Prozess Erfüllung und Erreichen eines besseren Outcomes Evidenz bestehe muss (Birkmeyer et al. 2006: 185, Shahian et al. 2012, Bruckel et al. 2017) (siehe Abschnitt 5.3.1). Um Fehlschlüsse zu vermeiden, ist dabei eine differenziertere Betrachtung des Zusammenhangs zwischen Qualität auf Prozess- und Ergebnisebene, gerade bei der Qualitätsbewertung im Rahmen des *accountability-Ansatzes*, zur etwaigen Rechtfertigung einer Herausnahme aus dem Krankenhausplan sinnvoll (z. B. *ecological fallacy*⁴³) (Finney et al. 2016).

Für die Qualitätsbewertung auf der Messdimension der Prozessqualität im Kontext von PlanQI hat dies die folgende Bedeutung: Wenn ein geforderter Zusammenhang zwischen Prozess- und Ergebnisqualität nicht aus der Literatur hervorgeht, könnte im Regelbetrieb begleitend oder im Rahmen von Versorgungsforschung ein solcher Zusammenhang datenbasiert überprüft werden. Daher sollten Prozessindikatoren – unter Abwägung zwischen Aufwand und Nutzen – mit vermutlich assoziierten Ergebnisindikatoren flankiert werden:

Prozess- nur dann, wenn man die Ergebnisqualität damit korreliert oder verknüpfen kann. Also das sehe ich zum Beispiel jetzt auch bei den PlanQI: antibiotische Therapie oder Antibiotikagabe bei Kaiserschnitt. Das ist ein reiner Prozessindikator. Die Qualität zeigt sich aber ja nicht darin, dass das gemacht wird, sondern sie zeigt sich darin, wie viele Infektionen Sie hinterher haben. Und wenn Sie jetzt praktisch keine Antibiotikatherapie machen und haben trotzdem nicht mehr Infektionen, dann relativiert sich die Bedeutung dieses Indikators, weil es keine Verknüpfung gibt zwischen der Qualität, des Ergebnisses und der des Prozesses – also für die spezifische Klinik. (Expl 14 Klin PlanQI 2020)

⁴³ Die *ecological fallacy* beschreibt eine fälschliche Schlussfolgerung auf individuelle Ergebnisse (z. B. von Patientinnen und Patienten) aus Ergebnissen, die aus Datenauswertungen auf aggregierter Ebene – sprich einer Gruppe dieser Individuen – (z. B. Krankenhäuser, Fachbereiche etc.) berechnet wurden (Hofstede et al. 2018, Finney et al. 2016, Finney et al. 2011, Marang-van de Mheen und Nallamotheu 2017).

Daher sieht die Expertin bzw. der Experte „die Ergebnisqualität an erster Stelle“ und ist der Auffassung, dass Prozessqualität nur als Ursache für mangelhafte Ergebnisqualität relevant sein kann (Expl 14 Klin PlanQI 2020).

Insbesondere unter Berücksichtigung des Eignungskriteriums „Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer“ (siehe in Abschnitt 5.3.1) (IQTIG 2019a: 141) ist auf das Problem mangelnder Adhärenz durch die Patientin bzw. den Patienten hinzuweisen. Erfüllt der Leistungserbringer die Prozessanforderung und verschreibt z. B. leitliniengerecht ein Medikament, hat er keinen unmittelbaren Einfluss darauf, ob die Patientin bzw. der Patient das Rezept auch einlöst oder gar das Medikament einnimmt. In diesem Fall wäre die Verbindung des Prozesses zum patientenrelevanten Outcome blockiert (Birkmeyer et al. 2006: 189). Im Krankenhaus-Setting erscheint diese Einschränkung durch die kontrollierteren Rahmenbedingung und die überschaubare Verweildauer weniger stark ins Gewicht zu fallen als in einem ambulanten Setting. Aber auch auf Prozessebene müssen nicht in der Macht des Leistungserbringers stehende Einflüsse ausreichend adressiert werden.

Messdimension Ergebnisqualität

Für die Qualitätssicherung im stationären Bereich sind typische Ergebnisindikatoren z. B. die 30-Tages-Mortalität, Komplikationsraten nach Eingriffen, Krankenhauseinweisungen bzw. Wieder-einweisungen oder auch Patient-Reported Outcomes Measures (PROMs) wie Zufriedenheit und Lebensqualität (Birkmeyer et al. 2006: 190, Quentin et al. 2019).

Ergebnisqualitätsindikatoren spiegeln theoretisch sowohl aus Perspektive der Leistungserbringer als auch aus Perspektive der Patientinnen und Patienten das „Endresultat“ der Versorgung wider (Birkmeyer et al. 2006, Quentin et al. 2019). Daher bezeichnen Birkmeyer et al. (2006: 190) Ergebnisindikatoren auch als „direkte Outcome-Messungen“. Insbesondere die Einbeziehung einer starken Patientenrelevanz und die Formulierung eines eindeutigen Versorgungsziels sehen Quentin et al. (2019) als Stärke von Ergebnisindikatoren für eine Qualitätsbewertung für qualitätsorientierte Steuerung im Gesundheitswesen. Donabedian bezeichnet Ergebnisindikatoren aufgrund ihrer unmittelbaren Aussage über ein Versorgungsergebnis gar als „ultimate validators of the effectiveness and quality of medical care“ (Donabedian 2005: 694, Bruckel et al. 2017: 189). Solberg et al. (1997) halten Ergebnisindikatoren deshalb für *accountability*-Zwecke für relevant: Für die Bewertung sei nicht von Interesse, ob und wie ein Prozess durchgeführt werde, sondern nur das Ergebnis habe für externe Steuerung Bedeutung (Solberg et al. 1997). Aus dem gleichen Grund spricht sich auch eine Expertin bzw. ein Experte in einem Interview für die Nutzung der Ergebnisqualität im Rahmen der Krankenhausplanung aus (Expl 14 Klin PlanQI 2020). In der Schweiz gibt es mit dem Einsatz von Ergebnisqualitätsparametern zur Spitalplanung bereits Erfahrungen. Sie wurden im Rahmen eines Qualitätscontrollings gemeinsam mit neuen Mindestfallzahlen pro Operateurin bzw. pro Operateur 2018 eingeführt (Expl 6 AnGes PlanQI 2020).

Eine weitere Stärke der Ergebnisindikatoren liegt nach Birkmeyer et al. (2006: 190) darin, dass – insbesondere bei operativen Eingriffen – direkt widergespiegelt wird, was Leistungserbringer

tun. Ergebnisindikatoren erzielen demnach eine hohe Motivationswirkung für einzelne Krankenhäuser bzw. deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, da Ergebnisse direkt sichtbar werden und in einem Wettbewerbsverständnis ein gutes Abschneiden in relevanten Ergebnissen angeregt wird. Außerdem sind Ergebnisindikatoren mitunter innovationsfördernd, da sie Leistungserbringer dazu ermutigen, neue Versorgungsmethoden – unter Berücksichtigung der Grundsätze evidenzbasierter Medizin – anzuwenden, von denen sie sich bessere Ergebnisse versprechen (vgl. Quentin et al. 2019).

Dieser Reihe von Stärken, die Ergebnisindikatoren zugeschrieben werden, stehen einige Schwächen und Herausforderungen gegenüber, die berücksichtigt werden müssen. Gerade in Bezug auf die Bewertung zu Planungszwecken (*accountability*-Ansatz) erscheint die Ambivalenz mancher vermeintlichen Stärke von Ergebnisindikatoren besonders betonenswert.

Birkmeyer et al. (2006: 191) und die Autorinnen und Autoren des Gutachtens zur „Krankenhauslandschaft NRW“ (PD 2019: 747) stellen auch die Probleme von Ergebnisqualität dar: So kommen Outcomes von Interesse zum Teil selten vor (kleine Fallzahlen) und sie treten ganz am Ende der „Behandlungskette“ auf, sodass es Probleme hinsichtlich der Zuschreibbarkeit geben kann. Zudem unterscheiden sich die Risikoprofile zwischen Krankenhäusern, wodurch eine komplexe Risikoadjustierung erforderlich ist und ggf. nicht alle bestehenden Unterschiede ausgeglichen werden können (Birkmeyer et al. 2006: 191). Schrappe (2015: 324) sieht ebenfalls methodische Probleme hinsichtlich der erforderlichen Risikoadjustierung (vgl. PD 2019: 747, Expl 1 WiFo PlanQI 2020), der Zuschreibbarkeit und der „Benachteiligung kleiner Einrichtungen“. Das Problem der kleinen Fallzahlen von Ergebnisindikatoren ist eine Herausforderung: Die auftretenden Ereignisse unterliegen bei kleiner Grundgesamtheit einer größeren stochastischen Unsicherheit, die für die Bewertung berücksichtigt werden muss (siehe hierzu Teil B der Beauftragung).

Eng mit dieser stochastischen Problemstellung verbunden ist die Frage der kausalen Verantwortlichkeit des Krankenhauses bei Auftreten des negativen Ereignisses: Zum einen gilt es im Zuge einer adäquaten Risikoadjustierung jene Faktoren zu identifizieren, die außerhalb des Wirkungsbereichs des Krankenhauses liegen und unabhängig von der erfolgten Versorgung das Outcome bedingen (Berücksichtigung von *confounding* durch multivariable Risikoadjustierung). Eine große Herausforderung ist dabei zudem, dass die individuellen Risikoprofile (und damit die Ergebnisprognose) der Patientinnen und Patienten zwischen den einzelnen Krankenhäusern nicht zufällig verteilt sind und Ergebnisindikatoren auf eine gemeinsame Bezugsgröße standardisiert werden müssen (Methode der indirekten Standardisierung, siehe IQTIG 2019a: 185).

Zum anderen stellt sich – angenommen die Adjustierung des patientenbedingten *confoundings* funktioniere perfekt – in Bezug auf die kausale Verantwortung die Frage, welches konkrete Handeln eines Krankenhauses das Auftreten eines Ergebnisses bedingt. Das Ergebnis steht nach Birkmeyer et al. (2006: 190) am Ende einer Behandlungskette, die nicht in Gänze nachvollzogen werden kann. Dieser Sachverhalt muss per se kein Nachteil sein, wenn im Sinne einer Bewertung des *accountability*-Ansatzes das Ergebnis für sich genommen als Endergebnis aller Einzelschritte bewertet wird.

Aufgrund ihrer methodischen Limitationen und der mangelnden Verknüpfbarkeit mit Leistungsgruppen oder gar größeren Planungseinheiten (siehe Abschnitt 3.1) sehen die Autorinnen und

Autoren des Gutachtens zur „Krankenhauslandschaft NRW“ Ergebnisindikatoren zunächst als weitgehend ungeeignet für die Krankenhausplanung (PD 2019: 741 ff.). Bereits heute könnten Indikatoren zur Ergebnisqualität „für das Monitoring der Auswirkungen einer Umgestaltung des stationären Leistungsangebotes [...] oder unterstützend zu anderen Qualitätsvorgaben [...] verwendet werden“ (PD 2019: 748). Weiterhin könne mit ihrer Hilfe

[...] dem Risiko einer (weiterbestehenden) Überversorgung aufgrund von einer zu großen Anzahl an qualifizierten Krankenhäusern in einer Region durch gezielte Adressierung vorab und/oder während der Verhandlungen der regionalen Planungskonzepte begegnet werden. In diesem Zuge kann unter anderem Transparenz über die Vergabe von Investitionsmitteln gemäß § 21a [Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes] NRW geschaffen werden und/oder Benchmarks zu verfügbaren Ergebnisqualitätsindikatoren der betreffenden Leistungsgruppen können durchgeführt und vorgestellt werden. (PD 2019: 62)

Statt für die Krankenhausplanung eigneten sich Ergebnisindikatoren nach Ansicht der Autorinnen und Autoren schon jetzt für die Feststellung von „guter Qualität“ (PD 2019: 761). Nach der „Überwindung methodischer Limitationen“, was „mittelfristig realistisch“ sei, eigne sich Ergebnisqualität ebenfalls für die Krankenhausplanung (PD 2019: 782).

Während sich also Expertinnen und Experten für einzelne Messdimensionen aussprechen, plädieren mehrere Expertinnen und Experten für einen **Mix aus den Messdimensionen**. Teilweise besteht dieser Mix nach den Vorstellungen der Expertinnen und Experten nur aus Struktur- und Prozessqualität (Expl 4 WiFo PlanQI 2020) und teilweise aus allen Messdimensionen (Expl 14 Klin PlanQI 2020):

Für die Krankenhausplanung ist es wichtig, dass ich darstelle, dass eine optimale Behandlung stattfindet bei einer bestimmten Leistung, einer bestimmten notwendigen Prozedur. Und optimale Behandlung heißt eben „nach Stand der Wissenschaft und Kunst“, das wiederum bildet sich ab meist in Leitlinien und dann ist für die optimale Behandlung nicht nur der optimale Prozess notwendig, sondern um den optimalen Prozess gewährleisten zu können, brauche ich bestimmte Voraussetzungen, das sind wiederum die Strukturen. (Expl 4 WiFo PlanQI 2020)

Erstens Strukturvoraussetzungen nicht erfüllt, weil: Die haben ja nicht mal einen Arzt, relativ einfach. Zweitens: Strukturvoraussetzungen knapp erfüllt oder nicht erfüllt, aber jetzt bestimmte Prozessindikatoren, das dauert ja immer zwei Stunden, bis da jemand auf die Stroke-Unit kommt. Eignet sich genauso. Und Ergebnis: Die Hälfte stirbt. Genauso. Also alles kann man natürlich nehmen, am besten in der Zusammenschau. Ist ja auch am schwierigsten. Weil in eine vorhandene Konzession eingegriffen wird. Dann brauche ich ja möglichst viele Bilder und Nachweise zu der Frage, ob das tatsächlich gerechtfertigt ist. (Expl 13 KHP PlanQI 2020)

In Österreich „herrscht eine Tradition auf Strukturqualitätskriterien“, sodass die „Sicherstellung der interoperativen histopathologischen Befundung“ zunächst das einzige Kriterium zur Prozessqualität war, bis 2017 weitere Anforderungen zur Prozessqualität – insbesondere zur interdisziplinären Zusammenarbeit – eingeführt wurden (Expl 7 AnGes PlanQI 2020).

Fazit zu Messdimensionen

Zusammenfassend lässt sich in Bezug auf die Implikationen der Messdimensionen Folgendes festhalten: In Abgrenzung zu Struktur- und Prozessindikatoren messen Ergebnisindikatoren die anvisierten oder zu vermeidenden Ergebnisse der Versorgung. Bei Ergebnisindikatoren wird das Ergebnis selbst gemessen und als Gradmesser für Qualität herangezogen, während Struktur- und Prozessindikatoren möglicherweise aufgrund eines ggf. innerhalb eines Krankenhauses fehlenden Zusammenhangs mit einem Ergebnis kritisiert werden. Diese Eigenschaft von Ergebnisindikatoren führt aber zu Anforderungen in Bezug auf die adäquate Risikoadjustierung sowie den Zeitpunkt der Messung der interessierenden Ereignisse.

In der Literatur herrscht keine Einigkeit darüber (Blumenthal und Jena 2013, Bilimoria 2015, Gross 2012, Lilford et al. 2007), ob Prozess- oder Ergebnisindikatoren besser zur Qualitätsbewertung im Kontext des *accountability*-Ansatzes geeignet sind. Während Prozessindikatoren mitunter als leichter operationalisierbar gelten, bringen sie eigene Problemfelder wie die *ecological fallacy* mit sich, die Einschränkungen in Bezug auf patientenrelevante Outcomes bedingen.

Nicht fallbezogene (ggf. prozessnahe) Strukturindikatoren sind hingegen am weitesten vom Versorgungsergebnis entfernt und werden nach Verständnis des IQTIG im Kontext des QS-Verfahrens PlanQI hauptsächlich als Mindestanforderungen für die Versorgungsqualität verstanden. Dennoch können sie gerade aufgrund dieser Eigenschaft und aufgrund ihrer vergleichsweise einfachen binären Überprüfungslogik als geeignetes Maß für qualitätsorientierte Planungsentscheidungen herangezogen werden, wenn auch eher als grobes Maß der Grundvoraussetzung für gute Versorgungsqualität – untermauert durch Hinweise der evidenzbasierten Medizin (z. B. Leitlinien) und Experteneinschätzungen. Wie in den Exkursen zu Österreich (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Österreich“) und der Schweiz (siehe „Exkurs: Qualitätsorientierte Krankenhausplanung in der Schweiz“) gezeigt, sind nicht fallbezogene (prozessnahe) Strukturkriterien deshalb in anderen Ländern bereits als PlanQI implementiert.

Am Ende muss im Zuge der Neukonzeption des PlanQI-Verfahrens grundsätzlich auf regulatorischer Ebene abgewogen werden, welche Anforderungen an die Detailtiefe der Qualitätsmessung gestellt und welcher Aufwand in die Entwicklung entsprechender Qualitätsindikatoren und Indikatorensets investiert werden soll. Dabei ist die Berücksichtigung der unterschiedlichen Messdimensionen nach Donabedian (1966) aus fachwissenschaftlicher Perspektive der Qualitätssicherung weniger ein Gradmesser dafür, *ob* eine Qualitätsbewertung zu Krankenhausplanungszwecken durchgeführt werden kann, sondern vielmehr *wie*. Aus fachwissenschaftlicher Perspektive der Qualitätssicherung kommen sämtliche Messdimensionen nach Donabedian (1966) (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) prinzipiell für die Qualitätsbewertung zum Zwecke der Krankenhausplanung (*accountability*-Ansatz) infrage. Durch die Verwendung und Kom-

bination mehrerer Messdimensionen können die Nachteile der verschiedenen Messdimensionen jeweils ausgeglichen werden. Gerade vor dem Hintergrund der Rechtssicherheit der Qualitätsbewertungen im PlanQI-Verfahren steht hinter diesem „Wie“ die anspruchsvolle Fragestellung, welche Anforderungen an die Belastbarkeit der kausalen Schlussfolgerung von der Versorgungsleistung des Krankenhauses zum Erreichen eines spezifischen patientenrelevanten Outcomes gestellt wird. Eine möglichst umfassende Abbildung der Versorgungsleistung einer Bezugseinheit über verschiedene Messdimensionen hinweg bietet dabei eine validere Grundlage für eine vorzunehmende Qualitätsbewertung als die Berücksichtigung von einzelnen Messdimensionen alleine. Dieses Spannungsfeld zwischen Erwartungshaltung an die Qualitätsbewertung auf der einen Seite und Entwicklungs- und Bewertungsaufwand auf der anderen Seite lässt sich in Gänze nur über die grundsätzliche Ausrichtung und damit das politische Verständnis des Verfahrens auflösen.

5.3.6 Fazit

PlanQI müssen in ihrer immanenten Eigenschaft als Qualitätsindikatoren die Kriterien der Eignung erfüllen, die in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG für Qualitätsmessungen beschrieben werden (IQTIG 2019a). Eine Zuordnung der Eignungskriterien zu einzelnen Planungszwecken kann nicht vorgenommen werden, da sie zum einen für Indikatoren für alle Planungszwecke gelten und zum anderen die Eingriffsintensität der jeweiligen Planungsentscheidung nicht vorweg bekannt ist und die Mehrheit der Eignungskriterien nicht quantitativ graduiert werden kann. Bei PlanQI sollte ein hoher Maßstab an die Eignungskriterien, insbesondere an Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit angelegt werden, um die Grundlagen für rechtssichere Krankenhausplanerische Entscheidungen zu gewährleisten.

Neben den allgemeinen Eignungskriterien bestehen spezielle Anforderungen an PlanQI, die sich aus der Vereinbarkeit mit der Planungseinheit, den Konsequenzen und aus dem Planungszweck bzw. der geforderten weiter differenzierten Qualitätsbewertung selbst ergeben:

1. **Vereinbarkeit mit der Planungseinheit:** Für die Abbildung einer größeren **Bezugsebene** müssen mehrere geeignete Qualitätsindikatoren im Set in einer Zusammenschau betrachtet werden. Dieses Set muss die gewählte Bezugseinheit bzw. das Qualitätsmodell valide abbilden.
2. **Spezifität:** Bei PlanQI soll eine hohe Spezifität der Indikatoren vorausgesetzt werden, damit möglichst wenige Krankenhäuser, denen falsch positiv eine „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ zugeschrieben wurde, Konsequenzen erfahren. Im Regelbetrieb ist auch die fachliche Bewertung bzw. der Ausschluss von ATB in den meisten Fällen Voraussetzung.
3. **Messdimensionen:** Hinsichtlich der Messdimensionen nach Donabedian (1966) muss grundsätzlich festgehalten werden, dass sich sowohl Struktur- als auch Prozess- und Ergebnisqualität (einschließlich Mindestmengen und Indikationsqualität) prinzipiell für die Krankenhausplanung (*accountability*-Ansatz) eignen. Allerdings muss an dieser Stelle nach Planungszweck unterschieden werden: So liegen Informationen aus der laufenden Versorgung zum Zeitpunkt der Aufnahme nicht vor, daher kommt hierfür nur Strukturqualität bzw. ggf. prozessnahe Strukturqualität infrage, die – neben Prozess- und Ergebnisqualität – auch für die Herausnahme aus dem Krankenhausplan eingesetzt werden kann. Wiederum kann mit diesen strukturellen Mindestanforderungen eine Differenzierung der Bewertung nicht vorgenommen

werden. Im Zuge der Entwicklung von PlanQI ist jedoch zu beachten, dass gerade die unterschiedlichen Messdimensionen unterschiedliche Stärken und Schwächen mit sich bringen, die es insbesondere im Hinblick auf die Art der gewünschten Schlussfolgerung im Zuge der Qualitätsbewertung zu berücksichtigen gilt.

5.4 Nutzung vorhandener Qualitätsindikatoren

Im vorliegenden Abschnitt soll geprüft werden, inwiefern vorhandene Qualitätsindikatoren, die im Rahmen der gesetzlichen Qualitätssicherung gemäß QSKH-RL bzw. DeQS-RL bereits erhoben und berechnet werden, „als Grundlage für die neukonzipierten planQI genutzt werden können“ (Teil A Nr. 3c; G-BA 2020b: 2). Dabei geht es nicht um die konkrete Prüfung bestimmter Qualitätsindikatoren, wie das im Rahmen der Beauftragung vom 18. April 2019 der Fall war (G-BA 2019). Insofern kann im vorliegenden Bericht nur dargestellt werden, wie zur Prüfung der Eignung vorgegangen werden würde. Grundlage bieten dabei die in Abschnitt 5.3 erarbeiteten Eignungskriterien. Weiterhin wird beschrieben, wie eine Nutzung der vorhandenen Qualitätsindikatoren aussehen könnte. Die im Folgenden enthaltenen Einschätzungen des IQTIG sollen nicht die Prüfergebnisse im Einzelnen vorwegnehmen.

Die vorhandenen Qualitätsindikatoren der esQS werden von vielen Akteuren als ungeeignet für die Krankenhausplanung eingeschätzt: Es seien „historische“ Indikatoren (Expl 4 WiFo PlanQI 2020), die ursprünglich zu einem anderen Zweck entwickelt worden seien (BÄK 2020: 4, Nr. 8): Als Aufgreifkriterien auf den Zweck der Qualitätsförderung (Unterstützung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements) weisen sie eine hohe Sensitivität auf – zur Nutzung im Zusammenhang mit *accountability* ist eine hohe Spezifität erwünscht (siehe Abschnitt 5.3.5). Zahlreiche Indikatoren seien nicht risikoadjustiert (Expl 8 Klin PlanQI 2020). Weiterhin wird kritisiert, dass die einzelnen Qualitätsindikatoren der esQS oder die Indikatoren als Set keine größere Bezugseinheit abdecken würden (Expl 4 WiFo PlanQI 2020, Expl 15 QS/QM PlanQI 2020). Sie erlaubten keine Beurteilung der Gesamtqualität einer Fachabteilung oder gar eines ganzen Krankenhauses, da sie nicht auf eine möglichst vollständige, repräsentative Abbildung des Leistungsspektrums einer Fachabteilung hin ausgerichtet seien. Weiterhin seien sie nicht für eine Differenzierung der Qualitätsbewertung zwischen „unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ geeignet (Expl 8 Klin PlanQI 2020). Daher könnten sie nicht oder nur eingeschränkt als PlanQI genutzt werden.

Nach Auffassung des IQTIG müssen vorhandene Qualitätsindikatoren hinsichtlich der Eignungskriterien nach Abschnitt 5.3 indikatorbezogen bzw. als Set vor dem Hintergrund des anvisierten Planungszwecks geprüft werden (vgl. Expl 5 QS/QM PlanQI 2020). Entscheidend bei der Prüfung ist dabei insbesondere, ob an den speziellen Anforderungen an PlanQI – insbesondere an der geforderten Abbildung einer größeren Bezugsebene und der differenzierten Qualitätsbewertung – (siehe Abschnitt 5.3.5) festgehalten werden soll.

Neben allen anderen allgemeinen Eignungskriterien muss jeweils das Ausmaß der Bedeutung für die Patientinnen und Patienten bei den vorhandenen Indikatoren einzeln überprüft werden: Da sie überwiegend auf Patientensicherheit ausgerichtet sind (Geraedts et al. 2017), wird die Bedeutung für Patientinnen und Patienten für einen Großteil der Qualitätsindikatoren je nach

Planungszweck als angemessen eingeschätzt. Der Zusammenhang mit einem unmittelbar patientenrelevanten Ziel sowie das Potenzial zur Verbesserung müssen für jeden einzelnen Indikator vor Nutzung als PlanQI dargestellt bzw. nachgearbeitet werden. Hinsichtlich der Beeinflussbarkeit und Zuschreibbarkeit könnten bei der Prüfung beispielsweise Follow-up-Indikatoren herausgefiltert werden, die lange nach dem Krankenhausaufenthalt messen. Bezüglich der angemessenen Lage des Referenzbereichs müssten die vorhandenen Indikatoren überprüft und ggf. geändert werden. Je nach Bewertungskonzept müsste ein weiterer Referenzbereich zur Differenzierung der Bewertung ergänzt werden. Bei der Beurteilung der Angemessenheit der Risikoadjustierung können in Bezug auf einzelne fehlende Risikofaktoren ggf. auch Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren nach DeQS-RL berücksichtigt werden.

Die übergreifenden Eignungskriterien (siehe Abschnitt 5.3.4) sind im Set zu prüfen. Diese Prüfung muss nach Weiterentwicklung bzw. Neuentwicklung erneut vorgenommen werden. Die vorhandenen Qualitätsindikatoren, die über die QSKH-RL bzw. die DeQS-RL erhoben werden, sind ausschließlich Prozess- und Ergebnisindikatoren, die im Spektrum der „unzureichenden Qualität“ messen. Grundsätzlich wären diese für den Planungszweck der Herausnahme brauchbar. Zur Beurteilung der Brauchbarkeit kann auch eine Beurteilung der Angemessenheit der Anzahl an PlanQI gehören: Die Zahl an Indikatoren der vorhandenen QS-Verfahren ist mit 221 Indikatoren noch überschaubar (IQTIG 2020d), zumal den Landesplanungsbehörden als PlanQI nur die geeigneten Indikatoren berichtet würden. Bei der Beurteilung von unerwünschten Wirkungen bzw. Fehlanreizen ist die Eingriffsintensität der einzelnen Planungszwecke zu berücksichtigen, die die Wirkung der Fehlanreize verstärken kann.

Im Gegensatz zu Qualitätsindikatoren, die für die Qualitätsförderung verwendet werden, müssen PlanQI abhängig vom Planungszweck weitere, spezielle Anforderungen erfüllen, die ebenfalls nach Weiter- bzw. Neuentwicklung erneut geprüft werden müssen: Zur **Vereinbarkeit mit einer Planungseinheit** muss sich die Qualitätsaussage auf eine größere Ebene beziehen. Hierfür ist eine Abdeckung möglichst aller Qualitätsaspekte eines Qualitätsmodells erforderlich. Da es jedoch für die Indikatoren aus vorhandenen QS-Verfahren, die bereits seit der Zeit vor Gründung des IQTIG im Rahmen der QSKH-RL erfasst und berichtet werden, bisher überwiegend keine Qualitätsmodelle gibt, müssten diese für die anvisierten Bezugseinheiten nachträglich entwickelt werden (IQTIG 2018a).

Für PlanQI wird darüber hinaus eine hohe **Spezifität** gefordert, während die vorhandenen Indikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung eher auf eine hohe Sensitivität ausgelegt sind (Geraedts et al. 2017): Vorhandene Qualitätsindikatoren aus der QSKH- bzw. DeQS-RL sind als Aufgreifkriterium entwickelt worden, um Krankenhäuser für einen Strukturierten Dialog bzw. qualitätsfördernde Maßnahmen auszuwählen (Geraedts et al. 2017). Deshalb ist bei Verwendung der Qualitätsindikatoren im Rahmen der Krankenhausplanung insbesondere auf die Spezifität zu achten (siehe Abschnitt 5.3.5). Dies muss indikatorspezifisch geprüft werden und die Indikatoren gegebenenfalls in dieser Hinsicht weiterentwickelt werden.

Würden die vorhandenen Qualitätsindikatoren hinsichtlich ihrer **Messdimension** auf ihre Eignung als PlanQI geprüft, wird sich herausstellen, dass kaum Strukturqualitätsindikatoren vorhanden sind. Weiterhin würde sich ergeben, dass für die Abbildung „guter Qualität“ keiner der

Indikatoren geeignet ist. Daraus resultiert, dass für den Planungszweck Kapazitätsausweitung mithilfe von „guter Qualität“ kein vorhandener Qualitätsindikator eingesetzt werden kann. Für den Planungszweck Kapazitätsausweitung „im Vergleich“ könnten sich bei einer Prüfung hingegen Indikatoren zur Nutzung ergeben.

Im Rahmen des Abschlussberichts „Weiterentwicklung zur Eignungsprüfung weiterer Indikatoren, Herstellung eines Fachabteilungsbezugs und zur Entwicklung von Maßstäben und Kriterien zur Bewertung“ wurden bereits – nach etwas anderen Kriterien – vorhandene Qualitätsindikatoren der QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*, *Geburtshilfe* und *Mammachirurgie* auf ihre Eignung als PlanQI geprüft. Dabei zeigte sich, dass durchaus einige vorhandene Indikatoren als PlanQI geeignet sein könnten, wobei sie teilweise erst nach einer Weiterentwicklung eingesetzt werden könnten (IQTIG 2019b). Auch ein Teil der Expertinnen und Experten spricht sich für die Nutzung vorhandener Qualitätsindikatoren aus:

Ja, also – klar, zum anderen Zweck, esQS. Aber was soll das Ganze? – Patientenschutz doch am Ende! Sofern ist es ja kein anderer Zweck. Beides ist entwickelt worden, um Patienten zu schützen vor Schlechtleistung. (Expl 13 KHP PlanQI 2020)

Dabei solle man die Indikatoren nicht einzeln, sondern im Set betrachten (Expl 10 QS/QM PlanQI 2020) und diese Sets sollten auch um weitere Indikatoren erweitert werden (Expl 4 WiFo PlanQI 2020).

Auch Döbler und Arens (2020: 84) ziehen in Zweifel, dass neu entwickelte Indikatoren völlig anders aussehen als die vorhandenen Indikatoren. Die Autorinnen und Autoren bestätigen, dass die etwaigen Mängel der alten Indikatoren durch eine Weiterentwicklung behoben werden könnten. Grundsätzlich seien die älteren Qualitätsindikatoren geeignet, „potentiell planungsrelevante Qualitätsdefizite“ (Döbler und Arens 2020: 84) zu erkennen. Allerdings gehen sie davon aus, dass die für „eine verbesserte mehrdimensionale Ausrichtung der Indikatorensets“ (Döbler und Arens 2020: 84) fehlenden Indikatoren ebenfalls im Rahmen einer Weiterentwicklung ergänzt werden könnten.

Dies widerspricht der Auffassung des IQTIG: Wird eine höhere Bezugsebene als eine Leistung adressiert, ist eine **Neuentwicklung** bzw. die **Erstellung eines Qualitätsmodells** unabdingbar, damit die Versorgungsqualität adäquat dargestellt werden kann. Ein Qualitätsmodell kann nicht im Rahmen einer Weiterentwicklung erstellt werden, sondern bedarf umfangreicher Neuentwicklungsarbeiten. Auch die Umsetzung eines komplexen Bewertungskonzepts mit weiterer Differenzierung der Qualitätsbewertung in einem Indikatorensatz ist nicht im Rahmen einer Weiterentwicklung möglich, sondern bedarf einer umfassenden Neuentwicklung. Nach Erstellung eines Qualitätsmodells im Rahmen einer Neuentwicklung können vorhandene Indikatoren nach Prüfung ihrer Eignung und ggf. nach Weiterentwicklung sukzessive als PlanQI für den entsprechenden Planungszweck verwendet werden. Qualitätsaspekte, für die es bisher keine Indikatoren gibt, können neu entwickelt und in das Indikatorensatz integriert werden.

Bis ein neu entwickeltes QS-Verfahren vorliegt, können vorhandene und auf Eignung geprüfte Indikatoren nach einer Weiterentwicklung bereits als PlanQI zur Feststellung „unzureichender Qualität“ und zum Vergleich zwischen Krankenhäusern zur Kapazitätsausweitung eingesetzt werden.

6 Szenarien sowie Rahmenbedingungen, Limitationen und Alternativen

In Teil A der Beauftragung sollen die Grundlagen für eine methodische Neukonzeption der Entwicklung und Bewertung gelegt werden. Hierfür wurden mehrere Prüfaufträge gegeben, deren Bearbeitung zu verschiedenen Lösungsoptionen (Bewertungsoptionen, Optionen zur Verkürzung der Entwicklungszeiten etc.) geführt hat. Gemäß Auftragsteil A Nr. 4 sollen diese Lösungsoptionen aus den einzelnen Prüfaufträgen zu verschiedenen Szenarien kombiniert werden, „die für die zukünftige Entwicklung und Einführung von planQI sowie für die Bewertung der Ergebnisse bestehen“ (G-BA 2020b: 2). Da aus fachwissenschaftlicher Sicht nicht jede einzelne Lösungsoption eines Prüfauftrags mit jeder anderen sinnvoll kombinierbar ist, ist die Zahl der Szenarien limitiert. Tabelle 5 zeigt sinnvolle Kombinationsmöglichkeiten der Bezugsebenen und der Bewertungsoptionen. Hinzu kommt Szenario 3, das sich aus keiner der erarbeiteten Bewertungsoptionen ergibt. Die sinnvollen Kombinationsmöglichkeiten werden mit passenden Optionen zur Entwicklung ergänzt im Folgenden als Szenarien dargestellt. Die Szenarien werden in den Abschnitten 6.1 bis 6.5 hinsichtlich ihrer „Auswirkungen, Vor- und Nachteile, Limitationen, Praktikabilität und Realisierbarkeit“ (G-BA 2020b: 2) beschrieben. Hierfür werden auch die Ergebnisse des Expertenworkshops (siehe Abschnitt 2.3) genutzt.

Ebenfalls gemäß Auftragsteil A Nr. 4 soll dargestellt werden, „welche Rahmenbedingungen und ggf. Limitationen für die Entwicklung und Umsetzung von planQI in den verschiedenen Szenarien“ (G-BA 2020b: 2) durch gesetzliche Regelungen und Festlegungen innerhalb der Regelungen und Richtlinien des G-BA bestehen (G-BA 2020b). Berücksichtigt werden dabei nicht nur Regelungen, sondern auch Gesetzesbegründungen und Tragende Gründe sowie Auslegungen. Alternativen zu den bestehenden Rahmenbedingungen, die die Ausgestaltung der qualitätsorientierten Krankenhausplanung einschränken, werden aufgezeigt. Informationsquellen für die Rahmenbedingungen und Limitationen sind die Regelwerke selbst wie auch die Experteninterviews (siehe Abschnitt 2.2) und der Expertenworkshop (siehe Abschnitt 2.3). Das Ergebnis findet sich in Abschnitt 6.6.

Tabelle 5: Kombination der Bewertungsoptionen bzw. Optionen zur Differenzierung der Qualitätsbewertung mit den Bezugsebenen

Optionen zur Differenzierung der Qualitätsbewertung			Bezugsebenen			
			Krankenhausstandort	(Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung	Leistungsgruppe	Leistung
quantitative Differenzierung	auf Basis einzelner QIs	A1 (einzelne QIs, 2 Referenzwerte)				
		B1 (einzelne QIs, ein Referenzwert, binäre Bewertung)				
	auf Basis eines Index	A2 (Index, 2 Referenzwerte)		Szenario 1		
		B2 (Index, ein Referenzwert, binäre Bewertung)				
qualitative Differenzierung	auf Basis einzelner QIs	C1 (einzelne QIs, ein Referenzwert, zweistufige Bewertung: quantitativ – „unzureichend“, qualitativ „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“)			Szenario 5	
	auf Basis eines Index	C2 (Index, ein Referenzwert, zweistufige Bewertung: quantitativ – „unzureichend“, qualitativ „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“)				
	auf Basis einzelner QIs	D (einzelne QIs, zweistufige Bewertung: quantitativ – „unzureichend“ pro QI und ein Referenzwert, qualitativ „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ für QI-Set)				

Optionen zur Differenzierung der Qualitätsbewertung			Bezugsebenen			
			Krankenhausstandort	(Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung	Leistungsgruppe	Leistung
Verzicht auf Differenzierung		E (strukturelle Mindestanforderung, binäre Bewertung)			Szenario 4	
		F (Vergleich quantitativer Ergebnisse und qualitativer Auffälligkeitseinstufung)			Szenario 2	

6.1 Szenario 1 – quantitative Bewertung von Grundleistungsbereichen per Index (2 Referenzwerte)

Für Szenario 1 würde die **Bezugsebene „(Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung“** bzw. dessen GLB gewählt. Für die einzelnen Fachgebiete bzw. deren GLB würden sukzessive Qualitätsmodelle sowie Prozess- und Ergebnisindikatoren entwickelt bzw. vorhandene Indikatoren geprüft, ggf. weiterentwickelt und eingesetzt. Für die Bewertung wird die quantitative **Option A2 mit Indizes mit 2 Referenzwerten** zu Leistungen im GLB vorgeschlagen. Anhand einer Bewertung, die zwischen verschiedenen Qualitätsniveaus differenziert, könnten damit die Indikatoren im Rahmen der Qualitätsförderung sowie eskalierend für den Planungszweck der Herausnahme aus dem Krankenhausplan eingesetzt werden.

Auswirkungen und Limitationen

Im **Regelbetrieb** stünden mehrere Indikatorensets bestehend aus Prozess- und Ergebnisindikatoren in einem GLB zur Verfügung. Die Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren gehen in einen Index ein. Bei Überschreiten mindestens des ersten Index-Referenzwerts unter Berücksichtigung stochastischer Unsicherheit wird eine fachliche Bewertung auf der Ebene einzelner Qualitätsindikatoren durchgeführt, bei der ATB ausgeschlossen werden. Nach einer (partiellen) Nachberechnung des Einzelindikators wird der Indexwert erneut berechnet. Überschreitet der Wert den ersten und den zweiten Index-Referenzwert unter Berücksichtigung stochastischer Unsicherheit nach der Nachberechnung, würde eine Bewertung mit „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ erfolgen. Die Landesplanungsbehörden erhielten einen aggregierten Überblick zur Einschätzung und Bewertung verschiedener Versorgungsaspekte des jeweiligen Fachgebiets. Dabei wird der Indexwert berichtet, sodass er auch im Zeitverlauf beobachtet werden kann, sowie die Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren zur Verfügung gestellt, damit die Möglichkeit besteht, sich ein aggregiertes Bild zu dem Fachgebiet in der Zusammenschau zu machen. Bei der Bewertung besteht für die Landesplanungsbehörden ein geringer **Ausgestaltungsspielraum**, jedoch

ergibt sich dieser bei einer möglicherweise folgenden Ursachenanalyse und der Entscheidung, ob die Ursache des Qualitätsdefizits eine planerische Maßnahme erfordert und wenn ja, welche. Zunächst müsste für das gewählte Fachgebiet ein GLB gebildet werden und die einzelnen zu entwickelnden QS-Verfahren identifiziert werden. Die **Entwicklungen** könnten integriert mit Qualitätsindikatoren für die Qualitätsförderung erfolgen und die Sets sukzessive erweitert werden. Die Beauftragung mit einer Indikatorenentwicklung und Machbarkeitsprüfung könnte gemeinsam erfolgen. Die Bildung des Index sowie die Setzungen zu den Referenzbereichen wären bei der Entwicklung vorzunehmen. Optional wäre die zusätzliche Entwicklung von Indikatoren möglich, anhand derer sich „gute Qualität“ feststellen lässt.

Vor- und Nachteile einschließlich Praktikabilität und Realisierbarkeit

Mit Szenario 1 würden bundesweit einheitliche prozedur- bzw. diagnosespezifische Qualitätsindikatoren gewährleistet. Ein **Vorteil** der Bewertung allein über einen Index ist die höhere Objektivität quantitativer Bewertungsverfahren im Vergleich zu qualitativen. Über diese Objektivität kann auch eine Einheitlichkeit über die verschiedenen Bewertungsinstanzen hergestellt werden. Gleichzeitig ist die Gewichtung verschiedener Qualitätsindikatoren zueinander transparent darstellbar und erfolgt nicht intuitiv. Kleine Fallzahlen verursachen bei der Bewertung über einen Index weniger Probleme als bei einer Bewertung auf Ebene einzelner Qualitätsindikatoren. Bei der Bewertung anhand von mehreren Qualitätsindikatoren erfolgt gleichzeitig der Rückschluss auf die gewählte Bezugsebene im Sinne einer Zusammenschau der Indikatoren zu verschiedenen Qualitätsaspekten. Der Indexwert kann dabei sowohl zur Differenzierung der Bewertung zwischen „unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ als auch (je nach Indexkonstruktion) für den Vergleich einzelner Krankenhäuser miteinander eingesetzt werden. Damit könnte Szenario 1 sowohl bei dem Planungszweck der Herausnahme aus dem Krankenhausplan als auch der Kapazitätsausweitung eingesetzt werden. Die Bezugsebene „(Teil-)Fachgebiet bzw. Fachabteilung“ ist dabei kompatibel mit der aktuellen Krankenhausplanung und passt daher zu den aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen im KHG und SGB V sowie zu der Auflage des BMG (2017): In Szenario 1 könnte sowohl die Differenzierung der Bewertung in „unzureichende Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ ermöglicht werden als auch der geforderte Fachgebietsbezug – wenn auch mit erheblichem Aufwand schon für ein einzelnes Fachgebiet – hergestellt werden. So kann dieses Szenario auch als gestützt durch das Konsensuspapier der Bundesländer gelten (Anonym 2019b).

Als **Nachteil** ist zu betrachten, dass es keine Legaldefinition für Fachgebiete gibt. Bei der Bildung von GLB wäre eine Fortschreibung von Fehlversorgung durch fehlerhafte Festlegung von „typischen Leistungen“ ein Risiko. Weiterhin ist die Vergleichbarkeit zwischen Fachabteilungen desselben Fachgebiets fraglich, da sich Fachabteilungen im Leistungsspektrum stark unterscheiden können: So wird ein großer Anteil an Patientinnen und Patienten in wenigen Fachgebieten versorgt, dabei aber von völlig unterschiedlichen (spezialisierten) Fachabteilungen.

Die größte und eine entscheidende Limitation bei Szenario 1 ist jedoch der Aufwand in der Entwicklung leistungsspezifischer Qualitätsindikatoren allein für eine Bezugseinheit bzw. ein einziges Fachgebiet – eine Abdeckung des kompletten stationären Geschehens ist nicht realisierbar.

Teilweise sind große, nicht handhabbare GLB zu erwarten, die teils nicht auf der Ebene von OPS-Codes gebildet werden können.

Auch im Regelbetrieb wäre der Aufwand sehr hoch, da eine große Zahl an Anforderungen fallbezogen gemessen werden müsste. Die Bewertung im Regelbetrieb erscheint ebenfalls sehr komplex und bei einer größeren Abdeckung des Versorgungsgeschehens viel zu aufwendig und nicht praktikabel.

6.2 Szenario 2 – Krankenhausvergleich auf Basis weiterentwickelter Indikatoren zur Bewertung von Leistungen

Szenario 2 beschreibt die Verwendung aller geeigneten (ggf. weiterentwickelten) Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren aus der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Rahmen der Krankenhausplanung. Die Ergebnisse aller Indikatoren könnten im Vergleich der Krankenhäuser (**Bewertungsoption F**) im Rahmen des Planungszwecks der Kapazitätsausweitung eingesetzt werden. Gegebenenfalls könnte bei Neuauflage eines Krankenhausplans der Vergleich einzelner Krankenhäuser auch für die Aufnahme (Schritt 2) herangezogen werden. **Bezugsebene** wäre in Szenario 2 die „**Leistung**“.

Auswirkungen und Limitationen

Da die verwendeten Indikatoren aufgrund bereits erhobener QS-Dokumentation ohnehin berechnet werden, ist in Szenario 2 von keinem erhöhten Aufwand für die Krankenhäuser im **Regelbetrieb** auszugehen. Zunächst würde ein einfacher Rangvergleich z. B. zwischen den Krankenhäusern eines Bundeslandes erstellt. Auf Wunsch der Landesplanungsbehörden könnte dann hinsichtlich einzelner Indikatorergebnisse für ausgewählte Vergleichskrankenhäuser eine genauere Betrachtung erfolgen: Die Krankenhäuser erführen eine Datenvalidierung, um die quantitativen Ergebnisse abzusichern (zum Ausschluss auch falsch positiver Ergebnisse). Auch stochastische Unsicherheit würde bei einem quantitativen Vergleich berücksichtigt werden. Die zu vergleichenden Krankenhäuser würden darüber hinaus einer fachlichen Bewertung unterzogen werden, sodass auch die qualitativen Bewertungen miteinander verglichen werden könnten (siehe Bewertungsoption F in Abschnitt 4.1.2). Demnach entsteht zwar kein zusätzlicher Aufwand für eine komplexe Bewertung im Sinne einer der in Abschnitt 4.1.1 beschriebenen Bewertungsoptionen. Trotzdem entsteht durch die Datenvalidierung, die Berücksichtigung stochastischer Unsicherheit und die fachliche Bewertung, die bei allen zu vergleichenden Krankenhäusern vorgenommen werden müssten, ein großer, punktueller Aufwand für die Bewertungsinstitution. Den Landesplanungsbehörden würden die Ergebnisse der verwendeten Indikatoren zu ihren jeweiligen (Vergleichs-)Krankenhäusern übermittelt, wie dies bereits heute schon nach § 13 der plan. QI-RL gehandhabt wird. Statt der Planherausnahme wird jedoch nur ein Vergleich der Leistungserbringer anvisiert, sodass – unter Berücksichtigung weiterer wichtiger Planungskriterien – die Landesplanungsbehörden bei Auswahlentscheidungen nach § 8 Abs. 3 KHG unterstützt werden. Die Bezugsebene „Leistung“ ermöglicht den Landesplanungsbehörden dabei eine feinkörnige Steuerungsmöglichkeit. Zentral bei Szenario 2 ist, dass der einfache Rangvergleich der Krankenhäuser untereinander zunächst nicht statistisch abgesichert ist, also keine

stochastische Unsicherheit berücksichtigt. Sofern die Planungsbehörden einen Vergleich einzelner Krankenhäuser im Rahmen eines zusätzlichen Verfahrens einfordern, müssten Datenvalidierung, fachliche Bewertung und ein Vergleich unter Berücksichtigung stochastischer Unsicherheit ergänzt werden.

Eine Differenzierung der Bewertung in „unzureichende“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ wird bei diesen Planungszwecken weder erforderlich noch innerhalb dieses Szenarios vorgenommen, sodass das Szenario in dieser Hinsicht nicht kompatibel ist mit dem KHG bzw. dem SGB V sowie der Auslegung, wie sie in der Auflage des BMG (2017) formuliert ist. Auch der geforderte Fachabteilungsbezug bzw. eine Aussage zu einer ganzen Fachabteilung (BMG 2017) ist in Szenario 2 nicht möglich.

Für die Bundesländer bestünde ein verhältnismäßig großer **Ausgestaltungsspielraum**, da andere Planungskriterien ebenfalls in ihre Entscheidung einfließen könnten.

Für eine **Entwicklung** im Sinne von Szenario 2 wäre eine Eignungsprüfung und Weiterentwicklung für alle bzw. ausgewählte oder priorisierte QS-Verfahren notwendig. Diese Eignungsprüfung und Weiterentwicklung und die Ergänzung der Liste von PlanQI könnten sukzessive erfolgen. Im Vergleich zu einer Neuentwicklung einschließlich komplexer Bewertung ist von einem mittleren Aufwand auszugehen.

Vor- und Nachteile einschließlich Praktikabilität und Realisierbarkeit

Ein **Vorteil** der Nutzung geeigneter weiterentwickelter Indikatoren ist die rasche Einsatzmöglichkeit der vorhandenen Qualitätsindikatoren bei einem gleichzeitig geringen Aufwand – verglichen mit einer Neuentwicklung. In Szenario 2 ist eine eindeutige Qualitätsaussage zur Bezugsebene „Leistung“ jedoch nur relativ zu einzelnen Vergleichskrankenhäusern möglich. Eine Abbildung eines Fachgebiets könnte zwar nicht erreicht werden – damit ist das Szenario nicht kompatibel mit der heutigen Planungseinheit in den meisten Bundesländern –, jedoch könnte mit den vorhandenen 24 QS-Verfahren schätzungsweise ein Fünftel des stationären Versorgungsgeschehens abgedeckt werden. Zwar ist eine Verbreiterung der Abdeckung möglich, aber eine komplette Abdeckung des stationären Versorgungsgeschehens ist auf der Bezugsebene „Leistung“ unrealistisch.

Die **Nachteile** von Szenario 2 sind, dass „gute Qualität“ nicht festgestellt wird – im Sinne einer Loslösung der gesetzlichen Qualitätssicherung vom Spektrum der „schlechten Qualität“ wäre dies jedoch wünschenswert. Zudem stehen auch gegenwärtig schon zahlreiche Qualitätsinformationen im Rahmen der Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V zur Verfügung und könnten auch heute schon im Rahmen der Krankenhausplanung genutzt werden. So wurde Szenario 2 auch auf dem Expertenworkshop von einer Vertreterin bzw. einem Vertreter der Landesplanungsbehörde als nachrangig hinsichtlich seines Nutzens bewertet: Zwar könnten die Qualitätsinformationen in Szenario 2 im Rahmen eines „Konkurrenten-Auswahlverfahrens“ eingesetzt werden, wie es von den Ländern bei der Krankenhausplanung bereits angewendet wird, jedoch stünden auf dem Land im Unterschied zum städtischen Raum keine Konkurrenten zur Verfügung, sodass die Planungszwecke der Auswahl nach § 8 Abs. 2 KHG (Kapazitätsausweitung und ggf. Aufnahme, Schritt 2) kaum relevant seien. Auf der anderen Seite

wurde das Szenario 2 zur Auswahl von Krankenhäusern im Expertenworkshop von einer anderen Vertreterin bzw. einem anderen Vertreter der Landesplanungsbehörden als relevant für die Planungspraxis bezeichnet. Der Aufwand für die Datenvalidierung vor Ort und die fachliche Bewertung wäre in jedem Fall wenigstens punktuell sehr groß. Für einen flächendeckenden Vergleich müssten alle Standorte einbezogen werden.

6.3 Szenario 3 – weiterentwickelte Indikatoren zur Bewertung von Leistungen hinsichtlich eines planungsrelevanten Qualitätsdefizits (eskalierendes Verfahren)

Das Szenario 3 setzt auf Szenario 2 auf. Die **Bezugsebene** wäre ebenfalls die „**Leistung**“. In Szenario 3 würden auch alle „geeigneten“ ggf. weiterentwickelten Prozess- und Ergebnisindikatoren aus der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung verwendet – zusätzlich würden die Qualitätsindikatoren im Rahmen eines eskalierenden Verfahrens zur Herausnahme von Leistungen bei einem Standort aus dem Krankenhausplan verwendet. Statt „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ würde in einem solchen Szenario vom IQTIG, den Landesarbeitsgemeinschaften bzw. dem G-BA im **Regelbetrieb** unter Einbezug der etablierten Fachkommissionen nach § 12 plan. QI-RL nur „unzureichende Qualität“ festgestellt. Darüber hinaus könnte nach einer Datenvalidierung im Rahmen einer erweiterten Bewertung bei Szenario 3 ein „möglicherweise planungsrelevantes Qualitätsdefizit“ festgestellt werden.⁴⁴ Den Landesplanungsbehörden werden entsprechend auch keine Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung zur Verfügung gestellt. Insofern ist es nicht kompatibel mit dem KHG, SGB V und der Auflage des BMG (2017).

Auswirkungen und Limitationen

Eine Abbildung einer Fachabteilung erfolgt in diesem Szenario – analog zu Szenario 2 – nicht. Die **Bezugsebene „Leistung“** ist nicht kompatibel mit der aktuell überwiegend fachgebietsbezogenen Krankenhausplanung.

Der Aufwand im **Regelbetrieb** ist vergleichsweise gering, da fallbezogene Informationen ohnehin erhoben werden. Jedoch muss eine aufwendigere, komplexere Bewertung als bisher vorgenommen werden. Diese könnte bei der Auswahl von Szenario 3 durch den G-BA in Teil B der Beauftragung dargestellt werden. Ein Verfahren gemäß Szenario 3 könnte über eine Neufassung der plan. QI-RL geregelt werden und ist auch in der QFD-RL in seinen Grundzügen bereits angelegt. In den Landesplanungsbehörden könnte nach der Übermittlung der Information über ein „möglicherweise planungsrelevantes Qualitätsdefizit“ eine standortbezogene Ursachenanalyse vorgenommen werden, um zu entscheiden, ob krankenhauserische Maßnahmen im Sinne einer Herausnahme des Standorts mit diesen Leistungen aus dem Krankenhausplan vorzunehmen sind. Der **Ausgestaltungsspielraum** der Länder ist daher als maximal anzusehen, während die Qualitätsbewertung Aufgabe des IQTIG bzw. G-BA bleibt.

⁴⁴ Diese erweiterte Bewertung lässt sich keiner der Optionen zur Differenzierung der Bewertung aus Kapitel 4 zuordnen, da nur „unzureichende Qualität“ mit „möglicherweise planungsrelevantem Qualitätsdefizit“ festgestellt und nicht differenziert wird zu „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“.

Für die **Entwicklung** ist – analog zu Szenario 2 – eine Eignungsprüfung und Weiterentwicklung sowie die Entwicklung einer Methode zur Feststellung eines „möglicherweise planungsrelevanten Qualitätsdefizits“ erforderlich. Der Aufwand ist im Vergleich zu einer Neuentwicklung als mittel einzuschätzen. Aktuell stehen für eine Bewertung 24 QS-Verfahren zur Verfügung, eine sukzessive Hinzunahme dieser Verfahren bzw. eine darüberhinausgehende Erweiterung des Sets ist möglich.

Im Rahmen von Szenario 3 wird „gute Qualität“ nicht bewertet.

Vor- und Nachteile einschließlich Praktikabilität und Realisierbarkeit

Vorteile bei Szenario 3 sind, dass krankenhauplanerische Maßnahmen entsprechend dem Qualitätsdefizits bzw. dessen Ursachen ergriffen werden können. Eine Vorfestlegung eines Handlungsanschlusses aufseiten der Behörden aufgrund des erreichten Qualitätsniveaus wird dabei nicht vorgenommen. Stattdessen kann die Landesplanungsbehörde eine tiefergehende Analyse der Gründe eines Qualitätsproblems vornehmen, die jedoch die Bewertung des Standorts zu diesem Qualitätsindikator nicht verändert. Basierend auf dieser Ursachenanalyse kann eine passgenaue planerische Maßnahme unter Berücksichtigung anderer Faktoren und Gegebenheiten ergriffen werden.

Der **Nachteil** eines Vorgehens wie in Szenario 3 ist, dass zum einen die Qualitätsbewertungen ggf. dezentral und so mit dem Risiko von Heterogenität vorgenommen würden. Qualitative Bewertungen im Sinne der erweiterten fachlichen Bewertung zur Bestimmung eines „möglicherweise planungsrelevanten Qualitätsdefizits“ sind weniger standardisierbar bzw. objektivierbar als quantitative Klassifizierungen. Zum anderen bestünde das Risiko unterschiedlicher Urteile bei ähnlichen Sachverhalten aufseiten der Bundesländer. Die Bewertung mit „möglicherweise planungsrelevantem Qualitätsdefizit“ würde in jedem Fall eine gesetzliche Änderung am KHG und SGB V erfordern. Ob Szenario 3 anschließend juristisch haltbar ist, kann im Rahmen vorliegenden Berichts vom IQTIG nicht geprüft werden. Elementar wäre ein transparenter Bewertungsprozess gemeinsam mit einer sinnvoll zusammengesetzten Fachkommission.

Auch ist bei der Bezugsebene „Leistung“ eine Abdeckung des stationären Versorgungsgeschehens bzw. aller beplanten Bereiche z. B. im Rahmen der DeQS-RL unrealistisch.

Als Nachteil könnte weiterhin verstanden werden, dass ein „eskalierendes Verfahren“ im Rahmen der QFD-RL bereits vorgesehen ist. Dort werden „(schwerwiegende) Verstöße gegen wesentliche Qualitätsanforderungen“ sowie die Konsequenzen daraus geregelt. Jedoch ist neben dieser „Rahmenrichtlinie“ die DeQS-RL noch nicht entsprechend geändert, dass Verstöße in der datengestützten Qualitätssicherung definiert wären.

6.4 Szenario 4 – Mindestanforderungen an Strukturqualität in Leistungsgruppen

Szenario 4 umschreibt die Aufstellung von Mindestanforderungen an die (nicht fallbezogene) Struktur- und prozessnahe Strukturqualität für Leistungsgruppen (**Bewertungsoption E**). Die **Bezugsebene** in Szenario 4 sind also „**Leistungsgruppen**“. Theoretisch wären auch Fachgebiete möglich, wobei jedoch extrem unspezifische Qualitätsinformationen vorlägen. Die Ergebnisse könnten für die Aufnahme (Schritt 1) in den Krankenhausplan sowie für die Herausnahme von Leistungsgruppen aus dem Krankenhausplan für einen Standort verwendet werden. Für Aufnahmeentscheidungen lägen jedoch nur Absichtserklärungen vor.

Auswirkungen und Limitationen

Szenario 4 weist eine Analogie zu den Mindestanforderungen auf, die im Rahmen der Krankenhausplanung in Österreich und der Schweiz eingesetzt werden und wie sie in NRW angedacht sind. Inwiefern solche strukturellen Mindestanforderungen zur Aufnahme (Schritt 1) und den Verbleib im Krankenhausplan in Deutschland bzw. im G-BA konsentierbar wären, vermag nicht vorhergesehen werden. Eine Differenzierung der Bewertung, wie im KHG, SGB V und in der Auflage des BMG (2017) vorgesehen, ist im Rahmen von Szenario 4 nicht möglich. Vermutlich würde der Intention des Gesetzgebers trotzdem entsprochen werden, doch eine Anpassung der Regelungen in SGB V und KHG wäre angezeigt. Statt einer Differenzierung der Bewertung wäre eine Differenzierung nach verschiedenen Versorgungsstufen sinnvoll (siehe Abschnitt 4.1.2).

Mithilfe von Mindestanforderungen kann keine „gute Qualität“ festgestellt werden.

Im **Regelbetrieb** wäre ein standortbezogener Nachweis über die Erfüllung der Mindestanforderungen bzw. eine Absichtserklärung der Krankenhäuser erforderlich. Der Aufwand wäre allerdings abhängig von der Anzahl der Anforderungen und der Anzahl an Leistungsgruppen vergleichsweise gering, da keine fallbezogenen Informationen erhoben werden müssen und keine differenzierte Bewertung vorgenommen werden muss. Statt der Entwicklung einer Bewertung wäre ein Verfahren zur (nicht fallbezogenen) Datenerhebung sowie eine Prüfungsmethodik zu **entwickeln**. Weiterhin wäre eine sukzessive Erweiterung der Leistungsgruppen möglich. Soll das Ziel einer Abdeckung der stationären Versorgung aufrechterhalten werden (vgl. Expl 13 KHP PlanQI 2020), müsste zunächst eine Leistungsgruppensystematik für die Krankenhausplanung entwickelt werden, die für die Qualitätssicherung übernommen werden könnte. Bei solch einer anvisierten Abdeckung wäre der Aufwand aufgrund der großen Zahl an Leistungsgruppen groß, jedoch relativ deutlich geringer im Vergleich z. B. zu Szenario 1.

Szenario 4 wäre gegebenenfalls für ausgewählte Leistungsgruppen um fallbezogene Qualitätsindikatoren erweiterbar, deren Ergebnisse auch für den Planungszweck der Herausnahme aus dem Krankenhausplan und/oder zur Kapazitätsausweitung eingesetzt werden könnten. Diese Variante erhielt im Expertenworkshop Zustimmung, daher wurde im Nachgang des Expertenworkshops Szenario 5 erarbeitet.

Bei einem Verfahren mit Mindestanforderungen an die (prozessnahe) Strukturqualität wäre die Kompatibilität mit KHG und SGB V fraglich. Zum einen müsste geprüft werden, ob „Mindestanforderungen“ als „Qualitätsindikatoren“ verstanden werden können. Relevanter ist allerdings, dass die in der Regelung geforderte weitere Differenzierung der Bewertung und der geforderte Fachabteilungsbezug in Szenario 4 nicht gegeben ist. Ohnehin äußern die Bundesländer in ihrem Konsensuspapier, dass „Qualitätsindikatoren für die Aufnahme von Krankenhäusern [...] nur einen eingeschränkten Mehrwert für die Krankenhausplanung [böten] und [...] nicht prioritär verfolgt werden“ sollten (Anonym 2019b: 3). Für Vorgaben zur Strukturqualität (und Prozessqualität) als Bestandteil der Krankenhausplanung spricht sich hingegen die BÄK (2020: 2, Nr. 6) in ihrem Memorandum aus. Bei der Bewertung besteht für die Landesplanungsbehörden ein geringer **Ausgestaltungsspielraum**, da die Bewertung stark algorithmisch erfolgt – auch wenn sie die Bewertung selbst vornehmen. Inwiefern ein Spielraum der hinsichtlich der Akzeptanz nicht eingehaltener struktureller Mindestanforderungen besteht, kann im Rahmen dieses Berichts nicht eingeschätzt werden.

Vor- und Nachteile einschließlich Praktikabilität und Realisierbarkeit

Ein Verfahren mit Mindestanforderungen an die Strukturqualität wäre im Vergleich zu einer fallbezogenen Messung und Bewertung relativ einfach. **Vorteilhaft** ist weiterhin, dass eine bundesweit einheitliche Mindestqualität für die Leistungsgruppen sichergestellt wäre – dies wurde auch bei dem Expertenworkshop thematisiert. Für die Krankenhausplanung entstünde eine gute Steuerungsmöglichkeit auf einer Ebene, an die gleichzeitig Qualitätsanforderungen gut geknüpft werden können. Eine Abdeckung des stationären Versorgungsgeschehens wäre (sukzessive) möglich. Auch zur Schaffung von Transparenz gegenüber Patientinnen und Patienten wäre Szenario 4 gut geeignet.

Weiterhin könnte mithilfe von Strukturanforderungen das im Expertenworkshop angesprochene Problem adressiert werden, dass z. B. neurochirurgische Leistungen auch in der Chirurgie und sogar in der Geriatrie erbracht werden.

Nachteil der Bezugsebene „Leistungsgruppe“ ist, dass sie nicht kompatibel mit der aktuellen Krankenhausplanung ist, wobei neuere Tendenzen in NRW und im Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen durchaus dafürsprechen, sich den Leistungsgruppen für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung zuzuwenden. Im Expertenworkshop wurde allerdings auch geäußert, dass Leistungsgruppen in der Krankenhausplanung ganz neu seien und ihre Umsetzung derzeit noch nicht vorstellbar sei. Als nachteilig könnte weiterhin das Risiko gesehen werden, dass Mindestanforderungen aus ökonomischen Gründen zu einer Absenkung des heute unterschiedlichen Qualitätsniveaus führen könnten, wenn einzelne Krankenhäuser ihren höheren Standard nach unten anpassen, wie dies – dem Expertenworkshop zufolge – bereits bei der Personalausstattung in der Notfallversorgung vorgekommen sei.

6.5 Szenario 5 – qualitative Bewertung von Leistungsgruppen anhand von einzelnen Qualitätsindikatoren

Für Szenario 5 würde die Bezugsebene „**Leistungsgruppe**“ gewählt. Für dieses Szenario würden einzelne Einheiten, also Leistungsgruppen ausgewählt. Eine Abdeckung über das stationäre Versorgungsgeschehen bzw. alle beplanten Bereiche wird nicht anvisiert. Für zunächst eine ausgewählte Leistungsgruppe werden Prozess- und Ergebnisindikatoren entwickelt bzw. vorhandene Indikatoren geprüft, ggf. weiterentwickelt und eingesetzt. Für die Bewertung wird **Option C1** mit einer zweistufigen Bewertung mit qualitativer Differenzierung anhand von einzelnen Indikatoren vorgeschlagen. Anhand einer Bewertung, die qualitativ zwischen verschiedenen Qualitätsniveaus differenziert, könnten damit die Indikatoren im Rahmen der Qualitätsförderung sowie für den Planungszweck der Herausnahme aus dem Krankenhausplan eingesetzt werden.

Auswirkungen und Limitationen

Voraussetzung in der **Entwicklung** wäre dabei ein Qualitätsmodell, das die für die Leistungsgruppe selektierten Qualitätsaspekte enthält, sowie ein mehrdimensionales Qualitätsindikatorenset (siehe Abschnitt 5.3.5). Die Beauftragung mit einer Indikatorenentwicklung und Machbarkeitsprüfung könnte gemeinsam erfolgen. Zusätzlich könnten Aspekte für die Messung „guter Qualität“ ohne erhebliches Qualitätsdefizit selektiert werden. Der Aufwand in der Entwicklung entspräche je nach Größe der Einheit und abhängig davon, ob „gute Qualität“ bestimmt werden soll, der Entwicklung eines klassischen QS-Verfahrens. Eine Abdeckung des kompletten stationären Geschehens ist jedoch nicht denkbar.

Im **Regelbetrieb** erfolgen die Datenerfassung und Datenvalidierung klassisch. Die Indikatoren haben einen Referenzbereich, auf dessen Basis nach Ausschluss von ATB und einer (partiellen) Nachberechnung die Einstufung in „unzureichende Qualität“ vorgenommen werden kann. Anschließend erfolgt eine zweite Bewertungsstufe, ebenfalls auf Basis eines einzelnen Indikators im Set. Dort kann qualitativ eine „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ für den Qualitätsaspekt festgestellt werden. In der Zusammenschau können die Landesplanungsbehörden anschließend im Rahmen ihres **Ausgestaltungsspielraums** für die Versorgungsqualität innerhalb der gesamten Leistungsgruppe feststellen, ob „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ besteht, was ggf. die Ursachen dafür sind und ob sich daran krankenhausesplanerische Konsequenzen zur Herausnahme der Leistungsgruppe aus dem Feststellungsbescheid des betroffenen Krankenhauses anschließen. Im Regelbetrieb wäre der Aufwand je nach Anzahl der Indikatoren bzw. Leistungsgruppen insofern hoch, als fallbezogene Daten erhoben werden müssen. Die Bewertung ist ebenfalls aufwendig aufgrund der weiteren Differenzierung der Qualität mithilfe eines qualitativen Stufe der Bewertung.

Vor- und Nachteile einschließlich Praktikabilität und Realisierbarkeit

Einer der **Vorteile** von Szenario 5 wäre, dass bundeseinheitliche prozedur- bzw. diagnosespezifische Qualitätsanforderungen gewährleistet wären, anhand derer Krankenhäuser miteinander verglichen werden können, die in sich homogene Leistungsgruppen erbringen. Das Szenario

wäre gut verknüpfbar auch mit strukturellen Mindestanforderungen (Szenario 4). Die Bezugsebene „Leistungsgruppe“ ist zwar nicht kompatibel mit der aktuellen Krankenhausplanung und der Begründung des KHSG (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015) sowie der Auflage des BMG (2017), jedoch gibt es bereits Bestrebungen und Vorschläge, zu einer Krankenhausplanung nach Leistungsgruppen zu wechseln. Darüber hinaus gibt es fast in allen Bundesländern sogenannte Schwerpunktplanungen, die zu Leistungsgruppen passen können. Eine Differenzierung der Qualitätsbewertung in „unzureichende Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ könnte dagegen, wie in KHG und Auflage des BMG (2017) gefordert, ermöglicht werden. Bei den Vertreterinnen und Vertretern der Landesplanungsbehörden hat das Szenario 5 als Variante von Szenario 4 Zustimmung gefunden.

Nachteil bei Szenario 5 wäre die geringere Objektivität der Bewertung durch die qualitative Bewertung bzw. Differenzierung. Darüber hinaus könnte die Gewichtung der einzelnen Indikatoren bzw. ihre Bewertung im Rahmen der Zusammenschau intuitiv erfolgen.

6.6 Limitationen aus den Rahmenbedingungen und Alternativen

Die Zielerreichung von PlanQI wird derzeit begleitend zum Verfahren (G-BA 2018) evaluiert. PlanQI werden in nur etwa einem Drittel der Bundesländer umgesetzt (IQTIG 2020a). So ist nach aktueller plan. QI-RL die Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ nicht ermöglicht. Weiterhin besteht derzeit nicht die Möglichkeit der Abbildung der Qualität einer gesamten Fachabteilung.

Auch bei den vorgeschlagenen Optionen und Szenarien verengen die Rahmenbedingungen sowie die Auslegungen den Freiraum einer sinnvollen Bereitstellung von Qualitätsinformationen für die Krankenhausplanung. Malzahn und Heyder (2017: 8) plädieren dafür, dass, „insoweit dem aktiven Handeln noch rechtliche Tatbestände entgegenstehen, [...] hier in den nächsten Jahren nachgebessert werden“ muss. Im Folgenden werden die festgestellten rechtlichen Hemmnisse, die sich aus Gesetzen oder deren Auslegung ergeben, sowie Vorschläge zu einer Anpassung dargestellt.

Differenzierung der Qualitätsbewertung bzw. „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“

Die geforderte weitere Differenzierung der Qualitätsbewertung in „gute“, „durchschnittliche“ und „unzureichende“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 90) sowie in „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ (§ 8 Abs. 1a und b KHG, § 109 Abs. 3 Nr. 2 SGB V) verhindert den Einsatz von Mindestanforderungen an die Strukturqualität, die im Sinne von Mindestanforderungen als Kriterien für die Aufnahme (Schritt 1) wie auch die Herausnahme aus dem Krankenhausplan eingesetzt werden könnten, weil bei diesen eine Differenzierung der Qualitätsbewertung nicht möglich ist. Für Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren ist eine weitere Differenzierung höchst komplex und eine fachwissenschaftliche Herleitung mit maximalem, nicht zu rechtfertigendem Aufwand in der Entwicklung und im Regelbetrieb verbunden. Zudem ist solch eine Differenzierung in verschiedene Qualitätsniveaus in der Qualitätssicherung bisher untypisch. Zuletzt ist die Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ für die Planungs-

zwecke der Aufnahme (Schritt 1 und 2) nicht möglich, da zum Zeitpunkt einer Aufnahmeentscheidung nach § 8 Abs. 1a KHG keine Daten zu einem Krankenhaus vorliegen, anhand derer eine Differenzierung vorgenommen werden könnte. Nicht unbedingt notwendig ist die Differenzierung der Qualitätsbewertung für die Planungszwecke Aufnahme (Schritt 2) und Kapazitätsausweitung, bei denen es nicht auf ein absolutes Qualitätsniveau ankommt, sondern auf Qualität relativ im Vergleich zu anderen Krankenhäusern.

So äußert sich auch eine Expertin bzw. ein Experte in einem Interview sehr kritisch zu der Frage der weiteren Qualitätsdifferenzierung:

Gar nicht, gar nicht, Vorschrift aufheben, ändern. War ein großer Fehler. Hat nichts gebracht und ist nicht durchführbar. Das macht überhaupt keinen Sinn. Das haben wir aber schon vor Jahren gesagt. [...] Und wenn ich überlege, dass wir damals das so ausgestaltet haben, dass Vergütungsabschläge bis hin auch zum Leistungsentzug in dem – was weiß ich? – für 100-irgendwas, paar-ein-30 so und so, was ja auch schwierig ist, hat man ja auch gesehen, dass das mit den Abschlägen gar nicht so gut klappt. Aber da war ja vorgesehen ein Leistungsentzug schon bei einer unzureichenden Qualität. Warum wir jetzt damals drauf gekommen sind, zu sagen „Aber für die Planung muss es in erheblichem Maße unzureichend sein“, obwohl das auch ein Eingriff in Art. 12 ist, kann ich heute auch nicht mehr nachvollziehen. Und bei all dieser ewigen Streiterei „unzureichend“ und „in erheblichem Maße unzureichend“, wie definiert man das, wie macht man das, kann ich heute überhaupt mir keine Gedanken mehr drum machen, wie differenziert man das, sondern ich kann nur dafür plädieren: abschaffen, unzureichende Qualität muss auch in der Planung reichen. Zur Not muss man sich dann halt mit den Gerichten streiten, aber das macht keinen Sinn, das so zu lassen. (Expl 13 KHP PlanQI 2020)

In diesem Sinne sollte der unbestimmte Rechtsbegriff „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ um den Begriff „Nichterfüllen der Mindestanforderungen“ ergänzt werden, falls Mindestanforderungen wie sie im Szenario 4 beschrieben sind, anvisiert werden. Für Szenario 2 und 3 wäre die Reduktion des Rechtsbegriffs auf „unzureichende Qualität“ bzw. die Ermöglichung der Betrachtung im Vergleich sinnvoll. Bei einem Verzicht auf „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ könnten die Landesplanungsbehörden im Rahmen ihres Ausgestaltungsspielraums ebenfalls weitere Kriterien oder Ergebnisse einer Ursachenanalyse zu ihrer Bewertung hinzuziehen.

Automatismus zur Herausnahme aus dem Krankenhausplan

Weiterhin als großes Hemmnis bei der Verwendung von Qualitätsinformationen für die Krankenhausplanung ist der Automatismus zu betrachten, der die Herausnahme aus dem Krankenhausplan nach § 8 Abs. 1b KHG erzwingt („sind [...] aus dem Krankenhausplan herauszunehmen“), wenn das Qualitätsniveau „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ „nicht nur vorübergehend“ festgestellt wird. Dies hindert die Landesplanungsbehörde an ihrem planeri-

schen Ausgestaltungsspielraum und der Abwägung mit anderen Kriterien wie Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und/oder Trägervielfalt. Dies wurde auch auf dem Expertenworkshop von einigen Vertreterinnen und Vertretern der Landesplanungsbehörden so gesehen. Über eine Öffnungsklausel wie bei den Mindestmengen in § 136b Abs. 5 SGB V, bei der Landesplanungsbehörden punktuell zur „Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung“ für einzelne Krankenhäuser Ausnahmen von den Qualitätsanforderungen festlegen können, könnte die Bedarfsdeckung sichergestellt werden und der Ausgestaltungsspielraum der Länder gewahrt werden.

Fachabteilungsbezug

Der in der Begründung zum KHSG aufgebrachte Bezug zu Fachabteilungen als Planungseinheit (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 51, 81), der auch in der Auflage des BMG an den G-BA gefordert wird (BMG 2017), der sich aber aus der Formulierung im Gesetz direkt nicht ergibt („sind insoweit [...] ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen“ (§ 8 Abs. 1b KHG)) ist für die leistungsbezogene indikatorengestützte gesetzliche Qualitätssicherung mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Außerdem sind in den Krankenhausplänen der Bundesländer Tendenzen zu erkennen, einzelne Leistungsgruppen aus der fachgebietsbezogenen Planung auszunehmen oder gänzlich in ein auf Leistungsgruppen basierendes System zu wechseln.

Rechtsbegriff „nicht nur vorübergehend“

Der ebenfalls unbestimmte Rechtsbegriff „nicht nur vorübergehend“ (§ 8 Abs. 1a KHG) ist für die Planaufnahme nach § 8 Abs. 1a KHG kein sinnvoller Rechtsbegriff, da er zum Zeitpunkt der Planaufnahme nicht erfüllt sein kann.

Qualitätsbewertung

Die in § 136c Abs. 2 SGB V geregelte Übermittlung von „einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnissen [...] sowie Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse“ (§ 136c Abs. 2 SGB V) sowie die Feststellung „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ in den Händen der Länder gekoppelt mit dem oben beschriebenen Automatismus führt weiterhin zu einem großen rechtlichen und praktischen Hemmnis. Die Qualitätsbewertung bzw. die Feststellung eines bestimmten Qualitätsniveaus gehört zu den Kernkompetenzen der Selbstverwaltung und nicht zu den krankenhauplanerischen Aufgaben. In vielen Ländern bestehen keine (fachlichen) Ressourcen für eine Qualitätsbewertung von Krankenhäusern.

Hier wäre es sinnvoller, von „Auswertungs- und Bewertungsergebnissen“ zu sprechen, damit klar geregelt ist, dass es sich um Qualitätsbewertungen handelt und der Spielraum der Landesplanungsbehörden nicht in der „fachlichen Bewertung“ besteht, sondern in krankenhauplanerischen Entscheidungen und Abwägungen mit anderen Kriterien wie Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit und/oder Trägervielfalt. Die Feststellung des Qualitätsniveaus bzw. die Qualitätsbewertung sollte dem IQTIG/G-BA obliegen. Alternativ könnte das IQTIG bzw. der G-BA den Landesplanungsbehörden neben den Auswertungsergebnissen „Bewertungsempfehlungen“ übermitteln, auf deren Basis dann der Ausgestaltungsspielraum bei der Übernahme der Bewertung gewahrt wäre.

6.7 Empfehlung

Tabelle 6 zeigt die verschiedenen entwickelten Szenarien mit ihrer Grundcharakteristik und Zusammensetzung sowie den wichtigsten Vor- und Nachteilen. Bei einer Einschätzung sind auch die in den Abschnitten 6.1 bis 6.5 genannten Vor- und Nachteile sowie Limitationen zu berücksichtigen. Ebenso sind die bisherigen Ergebnisse der „Begleitevaluation zum Verfahren Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ (IQTIG 2020a) zu beachten.

Das IQTIG kann keines der dargestellten Szenarien uneingeschränkt empfehlen. Zum einen stehen den Szenarien Limitationen entgegen, die sich aus den Rahmenbedingungen ergeben (siehe Abschnitt 6.6). Zum anderen weisen die Szenarien verschiedene Nachteile auf und führen teilweise zu immensen Aufwänden und können aufgrund einer fraglichen Umsetzung nicht mit einem explizit abschätzbaren Nutzen für die Krankenhausplanung bzw. auch auf die Versorgungsqualität abgewogen werden. Die Wahl eines Szenarios ist eine politische, durch den G-BA in Abstimmung mit dem BMG zu treffende Entscheidung: Bei allen Szenarien, die aufwandsmäßig annähernd realisierbar wären, stünde eine Revision der limitierenden Rahmenbedingungen an.

Bei dieser Entscheidung ist auch zu hinterfragen, ob vor dem Hintergrund der aktuellen Herausforderungen der Corona-Pandemie an einer Vision im Sinne eines „klassischen“ PlanQI-Verfahrens festgehalten werden sollte: Sollte sich eine veränderte (politische) Perspektive auf die Versorgungsnotwendigkeit aller Krankenhäuser ergeben, könnte sich das Interesse der Bundesländer an dem Planungsweck der Herausnahme aus dem Krankenhausplan verringern. Außerdem könnte sich neues Interesse an krankenhauserisch zu berücksichtigende Qualität bzw. Kriterien (z. B. Vorhalten bestimmter Strukturen wie Beatmungsplätze) ergeben.

Tabelle 6: Übersicht Szenarien mit Vor- und Nachteilen

Szenario	Bewertungsoption	Bezugsebene	Optionen hinsichtlich Entwicklung	Verwendung, Planungszwecke	Vor- und Nachteile
1 – komplexe quantitative Bewertung von Grundleistungsbereichen	A2 (quantitativ; Indizes mit zwei Referenzwerten)	Fachgebiet bzw. GLB (kompatibel mit der aktuellen Krankenhausplanung)	integriert (Qualitätsförderung)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsförderung ▪ Herausnahme aus dem Krankenhausplan ▪ optional: Kapazitätsausweitung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Differenzierung möglich ▪ geringer Ausgestaltungsspielraum der Länder ▪ optional: „gute Qualität“ ▪ erheblicher Entwicklungsaufwand
2 – Krankenhausvergleich auf Basis weiterentwickelter Indikatoren	F (Vergleich quantitativer Ergebnisse und qualitativer Auffälligkeitseinstufung)	Leistung	Eignungsprüfung und Weiterentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsförderung ▪ Kapazitätsausweitung ▪ ggf. Aufnahme (Schritt 2) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Differenzierung möglich ▪ großer Ausgestaltungsspielraum der Länder ▪ keine „gute Qualität“ ▪ großer, punktueller Aufwand bei Vergleichskrankenhäusern ▪ keine komplette Abdeckung des Versorgungsgeschehens
3 – weiterentwickelte Indikatoren in eskalierendem Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Feststellung „unzureichender Qualität“ ▪ keine Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ 	Leistung	Eignungsprüfung und Weiterentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsförderung ▪ Herausnahme aus dem Krankenhausplan ▪ Kapazitätsausweitung ▪ ggf. Aufnahme (Schritt 2) ▪ zielgerichtete krankenhauplanerische Maßnahmen möglich 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Differenzierung möglich ▪ großer Ausgestaltungsspielraum der Länder ▪ keine „gute Qualität“ ▪ mittlerer Entwicklungsaufwand ▪ großer, punktueller Aufwand bei Vergleichskrankenhäusern ▪ keine komplette Abdeckung des Versorgungsgeschehens

Szenario	Bewertungsoption	Bezugsebene	Optionen hinsichtlich Entwicklung	Verwendung, Planungszwecke	Vor- und Nachteile
4 – Mindestanforderungen an Strukturqualität in Leistungsgruppen	E (strukturelle Mindestanforderung, binäre Bewertung)	Leistungsgruppen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ggf. Entwicklung einer Leistungsgruppensystematik ▪ Entwicklung von Datenerhebung und Prüfungsmethodik 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufnahme (Schritt 1) ▪ Herausnahme aus dem Krankenhausplan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Differenzierung möglich ▪ keine „gute Qualität“ ▪ geringer Aufwand im Regelbetrieb
5 – komplexe qualitative Bewertung von Leistungsgruppen	C1 (einzelne QIs mit einem Referenzwert, zweistufige Bewertung: quantitativ „unzureichend“, qualitativ „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“)	Leistungsgruppe	-	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätsförderung ▪ Herausnahme aus dem Krankenhausplan 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Differenzierung möglich ▪ keine komplette Abdeckung des Versorgungsgeschehens ▪ optional: „gute Qualität“ ▪ großer Aufwand im Regelbetrieb

Auftragsgemäß soll das IQTIG ebenfalls aufzeigen, „welche alternativen Möglichkeiten bestünden“ (G-BA 2020b: 2). Aus diesem Grund schlägt das IQTIG im Folgenden eine Alternative vor.

Alternatives Szenario 6: Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen als Entscheidungshilfen für die Krankenhausplanung

Vor dem Hintergrund der dargestellten Limitationen der Umsetzungsszenarien unter den gegebenen Rahmenbedingungen wird im Folgenden ein alternatives Szenario dargestellt, das auf eine möglichst aufwandsarme, sukzessive allgemeine Vergrößerung der Transparenz über die bestehende Versorgungsqualität insbesondere auch für die Zwecke einer Weiterentwicklung der qualitätsorientierten Krankenhausplanung zielt, was zu seiner Umsetzung jedoch einer Änderung der gesetzlichen bzw. untergesetzlichen Normvorgaben bedürfte. Es werden verschiedene Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen aus Richtlinien und Regelungen des G-BA im Sinne eines Qualitätsmonitorings zusammengetragen und standortbezogen dargestellt. Neben den Qualitätsindikatoren und Kennzahlen, die nach DeQS-RL erhoben und berechnet werden, werden Kennzahlen aus den Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität, der Mm-R und ggf. weiteren Richtlinien und Regelungen des G-BA entnommen. Eine bevorzugte Nutzung von Sozialdaten bei den Krankenkassen vorausgesetzt, könnte die Wissensbasis über die Qualität des stationären Versorgungsgeschehens, das sich im Rahmen der gesetzlich verpflichtenden externen Qualitätssicherung seit zwanzig Jahren auf wenige operative und interventionelle Leistungen fokussiert, sukzessive und zügig z. B. um Transparenz über eigentlich allgemein bekannte stationäre Problembereiche vergrößert werden. Die Kennzahlen würden den Landesplanungsbehörden bundeseinheitlich als zusätzliche qualitätsorientierte Entscheidungshilfe für krankenhauserische Entscheidungen zusammengestellt werden, wobei die Nutzung dieser Informationen ganz in der Hoheit der Länder bleibt. Durch den Paradigmenwechsel von der Fokussierung auf die Bewertung ganzer Fachabteilungen und die automatische krankenhauserische Konsequenz bei „nicht nur vorübergehend“ „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ auf zusätzliche qualitätsbezogene Kriterien für die Krankenhausplanung könnten die Landesplanungsbehörden sehr profitieren. Dabei bliebe es in der Entscheidung des jeweiligen Landes festzulegen, wie die abschließende Meinungsbildung über etwaige krankenhauserische Konsequenzen erfolgen soll: z. B. statistikbasiert oder auf Basis ergänzender Dialoge mit den statistisch auffälligen Krankenhäusern auf Landesebene.

Auswirkungen und Limitationen

Im alternativen Szenario 6 wird demnach keine Verwendung von PlanQI nach heutigem Verständnis vorgeschlagen, sondern eine Aufbereitung und Darstellung im Sinne von Kennzahlen zum Monitoring und Vergleich von Krankenhausstandorten. Dabei könnten die einzelnen Qualitätskennzahlen der Krankenhäuser (nicht aggregiert) sowohl im Zeitverlauf als auch im Vergleich zwischen den Krankenhäusern betrachtet werden. Dieser Vergleich wäre für den Planungszweck der Kapazitätsausweitung nutzbar und auch zusätzlich zu Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit, Trägervielfalt als Entscheidungshilfe für Planungsentscheidungen nach § 8 Abs. 2 KHG „unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Kran-

kenhausträger nach pflichtgemäßem Ermessen, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird“, geeignet. § 8 Abs. 2 KHG sieht dabei vor, dass nur bei gleichwertiger Qualität mehrerer Krankenhäuser die Vielfalt der Krankenhausträger zu berücksichtigen ist. Im Rahmen dieses alternativen Szenarios 6 können so einzeln für jede Qualitätskennzahl (nicht im Sinne eines Indexes) die Gleichwertigkeit der Qualität oder eben Qualitätsunterschiede dargestellt werden. Ein zusätzlicher positiver Effekt wäre die Anregung bzw. Verstärkung des intrinsischen Qualitätswettbewerbs.

Kennzahlen beschreiben die Versorgung, ohne dass für sie ein Referenzbereich festgelegt ist (IQTIG 2019a: 154). Im Sinne von Transparenzkennzahlen könnten z. B. strukturelle Parameter wie Personalausstattung eingesetzt werden (IQTIG 2019a: 155). Eine zusätzliche Bewertung der Kennzahlen aus den verschiedenen Regelungen und Richtlinien des G-BA würde nicht vorgenommen, vorhandene Bewertungen jedoch berichtet werden. Eine Differenzierung der Bewertung in „unzureichende Qualität“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ kann daher nicht vorgenommen werden. Damit ist die alternative Empfehlung nicht kompatibel mit dem KHG bzw. SGB V – eine Bewertung einer Fachabteilung, wie sie in BMG (2017) und BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015 gefordert wird, ist ebenfalls nicht möglich. Trotzdem ist eine Verbindung zur ursprünglichen Intention des Gesetzgebers feststellbar:

Vielmehr ist der G-BA gehalten, z. B. aus den vorhandenen Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung oder bereits festgelegten Strukturanforderungen geeignete Indikatoren auszuwählen beziehungsweise zusammenzustellen. (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 90)

Die **Bezugsebene** in dem beschriebenen alternativen Szenario 6 wären „Leistungen“, wobei bei Integration von Daten nach Qb-R auch Daten auf Standortebene und Ebene der Organisationseinheit/Fachabteilung vorliegen würden.

Inwiefern sich die „gute Qualität“ aus einer bestehenden Regelung abbilden lässt, muss geprüft werden.

Während die Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren bisher im Sinne der Qualitätsförderung auf die Identifizierung neuer, noch nicht ausgeschöpfter Qualitätsverbesserungspotenziale ausgerichtet ist – was mit einem hohem Neuentwicklungsaufwand einhergeht –, ist für die Verwendung im Rahmen der Krankenhausplanung ein Qualitätsmonitoring im Sinne eines Zusammenführens und Verfügbarmachens von Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen zielführender und auch aufwandsärmer zu entwickeln und umzusetzen. Für das vorgeschlagene alternative Szenario 6 existiert noch keine **Entwicklungsmethodik**. Diese wäre bei entsprechender Entscheidung des G-BA im Rahmen der Entwicklungsarbeiten zu den Teilen B und C des Auftrags zu erstellen. Im vorliegenden Bericht wird das Vorgehen daher nur skizziert, auch um eine Abschätzung hinsichtlich der Entwicklungszeiten bzw. der Zeiten bis zum Start in den Regelbetrieb abgeben zu können: Um gemäß der vorgeschlagenen Alternative eine Zusammenführung von Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen vorzunehmen, müssten zunächst Inhalte festgelegt sowie Datenflüsse und Berichtsformate (Musterberichte) entwickelt werden. Hierfür würden Kennzahlen, Indikatoren und erhobene Informationen, die auf Richtlinien zur Qualitätssicherung

basieren, gescreent und hinsichtlich ihrer Eignung und Relevanz für die Landesplanungsbehörden und den Verwendungszweck der Krankenhausplanung bewertet werden. Die Behörden selbst sowie ggf. weitere Adressaten der Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen würden dabei im Rahmen einer empirischen Erhebung einbezogen. Kennzahlen müssen dabei fast alle in Abschnitt 5.3 beschriebenen Eignungskriterien erfüllen (IQTIG 2019a: 98). Da sie im Zusammenhang mit PlanQI jedoch zum Vergleich mehrerer Krankenhäuser und damit bei beiden entsprechenden Planungszwecken Aufnahme (Schritt 2) und Kapazitätsausweitung (siehe „Exkurs: Krankenhausplanung und Planungszwecke“) eingesetzt werden könnten, gelten die Eignungskriterien des Bewertungskonzepts nicht. Die Kriterien „Übereinstimmung mit einem Qualitätsaspekt“ sowie „Potenzial zur Verbesserung“ könnten und bräuchten ebenfalls nicht angelegt werden. Die speziellen Eignungskriterien für PlanQI wären nicht anzulegen, da kein Fachgebietsbezug und keine weitere Differenzierung der Bewertung vorgesehen sind. Weitere Überlegungen zur Eignung von Kennzahlen im Rahmen des alternativen Szenarios 6 könnten in Teil B der Beauftragung angestellt werden.

Weiterhin könnte eine Zuordnung der entsprechenden leistungsbezogenen Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen zu den Organisationseinheiten erfolgen – wobei keine zusammenfassende Qualitätsaussage über eine Bezugseinheit anvisiert wird. Eine Aggregation der verschiedenen Kennzahlen im Sinne eines Indexes würde nicht erfolgen. Schließlich würden Datenflüsse für die vorhandenen Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen entwickelt, sodass der G-BA diese an die für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden und ggf. weitere Adressaten weitergeben kann. Bei der Entwicklung wären Erläuterungen zur Leistungserbringer-Pseudonymisierung vorzulegen, da Inhalte aus einigen Richtlinien nur leistungserbringerpseudonymisiert vorliegen und daher zunächst depseudonymisiert werden müssten. Gegebenenfalls bestehende Umsetzungshürden würden beschrieben. Schließlich müssen Berichtsformate für Berichte an die Landesplanungsbehörden entwickelt werden. Dabei sind Lösungen mit komfortabel gestaltbaren Tabellen und Berichten bzw. dynamisch darstellbare Auswertungen (Auswahl von darzustellenden Krankenhäusern und/oder Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen) über ein zugriffsgeschütztes Portal des IQTIG (Extranet) zu erwägen. Hierfür ist ein Umsetzungskonzept zu erstellen. Eine Integration in das Qualitätsportal wäre nach dessen Umsetzung anzustreben.

Aktuell könnten voraussichtlich 24 QS-Verfahren nach DeQS-RL, 8 Richtlinien zur Strukturqualität nach § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V, die Qb-R sowie 8 Mindestmengen nach Mm-R abgedeckt werden. Eine sukzessive Prüfung und Erweiterung der berichteten Inhalte ist möglich. Zu erwägen wären u. a. ebenfalls die Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Abs. 4 SGB V.

Der Aufwand in der Entwicklung ist im Vergleich zu einer Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren als gering einzuschätzen, da nur eine Zusammenstellung aus bestehenden Informationen vorgenommen wird und keine Entwicklung einer differenzierten Bewertung sowie keine Aussage zu einem Fachgebiet erforderlich werden. Jedoch engt der Begriff „Qualitätsindikatoren“ in § 136c Abs. 1 SGB V die möglicherweise planungsrelevanten Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen ein, da im Verständnis des IQTIG eine Bewertung erfolgen muss, die beispielsweise bei Qualitätskennzahlen oder verfügbaren Qualitätsinformationen nicht erforderlich ist. Zur

Umsetzung der empfohlenen Alternative wäre in jedem Fall eine Anpassung der Regelungen in KHG und SGB V erforderlich.

Im **Regelbetrieb** entstünde kein zusätzlicher Aufwand bei den Krankenhäusern, da keine zusätzlichen Daten erhoben werden. Eine weitgehende Automatisierung der regelmäßigen Aktualisierung der Zusammenstellung wäre möglich und es müsste keine (differenzierte) Bewertung vorgenommen werden. Bei diesem alternativen Szenario wäre der **Ausgestaltungsspielraum** der Bundesländer maximal, da die zur Verfügung gestellten Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen „nur“ als zusätzliche Entscheidungshilfe für krankenhauplanerische Entscheidungen zur Verfügung gestellt würden (siehe oben).

Vor- und Nachteile einschließlich Praktikabilität und Realisierbarkeit

Ein **Vorteil** des empfohlenen alternativen Szenarios wäre eine gezielte Aufbereitung zur Verfügung stehender Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen als zusätzliche Information für die Krankenhausplanung. Ein „klassisches“ Verfahren mit PlanQI – wie es heute ausgestaltet ist – gäbe es nicht mehr. Stattdessen könnte ein deutlich einfacheres und ggf. praktikableres Verfahren für die Landesplanungsbehörden gestaltet werden. Mit den Indikatoren aus der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung stehen hierfür (prozedur- und diagnose-)spezifische Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen zur Verfügung. Darüber hinaus könnten Informationen aus den Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität ergänzt werden. In den Qualitätsberichten der Krankenhäuser wird, bezogen auf die Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität, bislang nur über die Umsetzung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung berichtet – darüber hinaus werden erhobene Informationen aus den Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität weder an die Landesplanungsbehörden übermittelt noch veröffentlicht. Eine Ausnahme bildet dabei die QFR-RL: Die Ergebnisse der Strukturabfrage werden bereits sowohl auf perinatalzentren.org veröffentlicht als auch an die zuständigen Landesplanungsbehörden und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt (§ 10 Abs. 5 QFR-RL).

Durch das Zusammenführen der Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen würde mehr Transparenz über die Schwächen, aber auch über die Stärken eines Krankenhausstandorts in verschiedenen Segmenten seines Leistungsspektrums sowie im Vergleich der Einrichtungen untereinander ermöglicht werden. Ein Qualitätsmonitoring könnte daher ein unterstützendes, flankierendes Instrument für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung darstellen. Auch Malzahn und Heyder (2017: 7) halten eine Kopplung von Versorgungsaufträgen an Mindestanforderungen an die Strukturqualität, Mindestmengen und Zentrumsriterien auf Basis der Regelungen des G-BA für sinnvoll, auch um „Qualitätsföderalismus“ vorzubeugen. Auch eine Expertin bzw. ein Experte äußert sich im Interview positiv zu der angedachten Alternative:

Also deswegen plädiere ich auch sehr dafür, das [PlanQI, Strukturqualitätsanforderungen und Mindestmengen] mal zusammenzuführen, zu überdenken den ganzen Kram und irgendwie vernünftig einheitlich zusammenzuführen, dass man sowas erreichen könnte und das Ganze natürlich dann transparent machen und veröffentlichen. (ExpI 13 KHP PlanQI 2020)

Die Entwicklungszeit für die im alternativen Szenario 6 anvisierte Zusammenstellung läge unter der für eine Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren, wobei eine schrittweise Ergänzung von Informationen, Richtlinien/Regelungen und QS-Verfahren möglich wäre, sodass es zu einem Qualitätsmonitoring der gesamten stationären Versorgung bzw. aller Bereiche, zu denen Kennzahlen bereits zur Verfügung stehen, ausgebaut werden könnte.

Ein **Nachteil** des dargestellten alternativen Szenarios 6 könnte sein, dass Kennzahlen aus den Richtlinien und Regelungen des G-BA, wenn sie nicht zugleich Qualitätsindikatoren sind, weniger regelmäßige Überprüfung und Systempflege erfahren. Weiterhin findet für zahlreiche Kennzahlen kein Stellungnahmeverfahren statt, wodurch keine Qualitätsbewertung durch das IQTIG bzw. den G-BA vorgenommen wird – dadurch könnte es zu heterogenen Bewertungen durch die Landesplanungsbehörden kommen. Die Informationen dienen als Hintergrundinformationen, eine unmittelbare Kopplung von Handlungsanschlüssen der Planungsbehörden an bestimmte Qualitätsniveaus erscheint dann nur schwer möglich.

Festgestellt werden muss darüber hinaus, dass den Landesplanungsbehörden die Informationen, die im Rahmen des alternativen Szenarios 6 aufbereitet werden sollen, in Teilen eigentlich bereits seit vielen Jahren im Rahmen der Qualitätsberichte der Krankenhäuser zur Verfügung stehen. Über deren Nutzung liegen keine Informationen vor. Malzahn und Heyder (2017) stellen dazu fest:

In jedem Fall müssen die Planungsbehörden über entsprechende Informationen verfügen, was heute regelmäßig nicht der Fall ist. (Malzahn und Heyder 2017: 7)

Jedoch wäre zu hoffen, dass durch eine G-BA-Regelung eine höhere Verbindlichkeit und Rechtssicherheit für die Landesplanungsbehörden entstünde. Hierfür müssten jedoch KHG und SGB V angepasst werden, da weder die nach den aktuellen Vorgaben und Auslegungen geforderte differenzierte Qualitätsbewertung noch eine Abbildung der Qualität einer gesamten Fachabteilung erreicht werden kann.

Fazit

Das IQTIG spricht sich für eine Umsetzung des dargestellten alternativen Szenarios 6 sowie eine Anpassung der entsprechenden Regelungen aus: Es zeichnet sich durch einen geringeren Aufwand als mehrere der skizzierten Szenarien aus und bietet dabei aber den krankenhauplanerischen Nutzen, dass es den Ausgestaltungsspielraum der Bundesländer nicht einschränkt. Vielmehr könnte die standortbezogene Zusammenstellung von Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen ein unterstützendes, flankierendes Instrument für die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung darstellen. Die Planungsbehörden könnten Qualität wie weitere zentrale Planungsfaktoren wie Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit, Wirtschaftlichkeit oder Trägervielfalt berücksichtigen. Für diese empfohlene Alternative wird daher im Folgenden eine Zeitschätzung hinsichtlich der Entwicklungszeiten bzw. der Zeiten bis zum Start in den Regelbetrieb vorgenommen.

Zeitschätzung

Für die Auswahl der Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen aus einer ausgewählten Richtlinie zur Strukturqualität, die Qb-R, die Mm-R sowie 5 ausgewählten QS-Verfahren der DeQS-RL und die Entwicklung von Datenflüssen werden ca. 12 Monate angesetzt (zuzüglich ggf. Beteiligungsverfahren von 12 Wochen). Gegebenenfalls können Ergebnisse aus den Richtlinien sukzessive in die Darstellung integriert werden, sodass weitere QS-Verfahren nach DeQS-RL sowie weitere Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität und Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern folgen könnten.

Hinzu kommen, je nach Berichtsformat, weitere Zeiten für ein Umsetzungskonzept bzw. den Aufbau eines Portals, wobei eine schrittweise Integration von Qualitätsinformationen bzw. -kennzahlen möglich ist. Je nach Berichtsformat fällt eine unterschiedlich lange Entwicklungszeit an. Statische (Muster-)Tabellen und Berichtsformate können in wenigen Monaten erstellt werden, je nach Umsetzungskonzept für gestaltbare Tabellen und Berichte könnten auch mehrere Jahre angesetzt werden, wobei die Funktionen bzw. Informationen basierend auf moderner Technologie schrittweise erweitert werden könnten.

Literatur

- [Anonym] (2019a): Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (1) KHG LSA. Stand: 14.06.2019. Magdeburg: Ministeriums für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt. URL: https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Krankenhaeuser/Rahmenvorgaben_FINAL_14_06_2019.pdf (abgerufen am: 24.11.2020).
- [Anonym] (2019b): Weiterentwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Konsensuspapier der Länder. Stand: 14.08.2019. [unveröffentlicht, auf Nachfrage erhältlich beim G-BA].
- Arnold, K; Breuing, J; Becker, M; Nothacker, M; Neugebauer, E; Schmitt, J; et al. (2019): Entwicklung leitlinienbasierter Qualitätsindikatoren: eine qualitative Studie zu Barrieren und förderlichen Faktoren aus der Sicht von S3-LeitlinienautorInnen. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 147-148: 34-44. DOI: 10.1016/j.zefq.2019.09.001.
- ARS [Agence régionale de santé] (2019): CPOM stratégiques 2020-2024. Aide à la contractualisation hospitalière en Auvergne-Rhône-Alpes. [Stand:] Avril 2019. (Guide Régional, Offre de soins). Lyon, FR: ARS. URL: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/system/files/2019-05/201904_ARSARA_Guide%20aide%20contractualisation.pdf (abgerufen am: 18.06.2020).
- Asch, SM; McGlynn, AA; Hogan, MM; Hayward, RA; Shekelle, P; Rubenstein, L; et al. (2004): Comparison of Quality of Care for Patients in the Veterans Health Administration and Patients in a National Sample. *Annals of Internal Medicine* 141(12): 938-945. DOI: 10.7326/0003-4819-141-12-200412210-00010 %m 15611491.
- Ash, AA; Fienberg, SE; Louis, TA; Normand, S-LT; Stukel, TA; Utts, J (2012): Statistical Issues in Assessing Hospital Performance. [Stand:] 27.01.2012. COPSS [Committee of Presidents of Statistical Societies] [u. a.]. URL: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Downloads/Statistical-Issues-in-Assessing-Hospital-Performance.pdf> (abgerufen am: 02.07.2020).
- Augurzky, B; Beivers, A (2015): Rettung für die Notfallmedizin. *Gesundheit und Gesellschaft* 18(10): 19-23. URL: https://www.gg-digital.de/imperia/md/gug/archiv/g+g_10_15.pdf (abgerufen am: 16.11.2020).
- äzq [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin] (2009): Qualitätsindikatoren. Manual für Autoren. In: Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin; Hrsg.: *Programm für nationale VersorgungsLeitlinien von BÄK, KBV und AWMF. Qualitätsindikatoren.* (äzq Schriftenreihe. Band 36). Neukirchen: Make a Book. ISBN: 978-3-940218-55-1. URL: <https://www.aeqz.de/mdb/literatur/manual-qualitaetsindikatoren> [Volltext > Download] (abgerufen am: 15.06.2020).

- Bachner, F; Bobek, J; Habimana, K; Ladurner, J; Lepuschütz, L; Ostermann, H; et al. (2018): Austria: Health system review. . (Health Systems in Transition, 20(3): 1-256). Kopenhagen, DK: WHO [World Health Organization], European Observatory on Health Systems and Policies URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/382167/hit-austria-eng.pdf (abgerufen am: 07.05.2020).
- BÄK [Bundesärztekammer] (2018): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 28.04.2020. [Stand:] November 2018. Berlin: BÄK. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20200428-MWBO-2018.pdf (abgerufen am: 16.10.2020).
- BÄK [Bundesärztekammer] (2020): Memorandum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht - Mehrwert für die Patientenversorgung“. Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 21.08.2020. Berlin: BÄK. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/Memorandum_QS_Beschluss_BAEK-VS_21Aug_Stand_2020-09-02.pdf (abgerufen am: 07.09.2020).
- Barclay, M; Dixon-Woods, M; Lyratzopoulos, G (2019): The problem with composite indicators. *BMJ Quality & Safety* 28(4): 338-344. DOI: 10.1136/bmjqs-2018-007798.
- BDA [Berufsverband Deutscher Anästhesisten] (2019): G-BA: Hecken setzt auf AIS und Innovationsfonds. [Stand: 22. 08.2019] Nürnberg: BDA. URL: <https://www.bda.de/presse/presseagentur/2042-g-ba-hecken-setzt-auf-ais-und-innovationsfonds.html> (abgerufen am: 24.11.2020).
- Behringer, W; Buergi, U; Christ, M; Dodt, C; Hogan, B (2013): Fünf Thesen zur Weiterentwicklung der Notfallmedizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz. *Notfall und Rettungsmedizin* 16(8): 625-626. DOI: 10.1007/s10049-013-1821-8.
- Berlin], SSfGuSdL (2015): Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin. Berlin: SenGS. URL: https://www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan_2016.pdf (abgerufen am: 09.11.2020).
- Berwick, DM (1989): Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *The New England Journal of Medicine* 320(1): 53-56. DOI: 10.1056/NEJM198901053200110.
- Berwick, DM (1991): Controlling Variation in Health Care: A Consultation from Walter Shewhart. *Medical Care* 29(12): 1212-1225.
- Berwick, DM; James, B; Coye, MJ (2003): Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care* 41(1, Suppl.): I-30-I-38. DOI: 10.1097/00005650-200301001-00004.
- Bilimoria, KY (2015): Facilitating Quality Improvement. Pushing the Pendulum Back Toward Process Measures. *JAMA* 314(13): 1333-1334. DOI: 10.1001/jama.2015.12470.

- Birkmeyer, JD; Kerr, EA; Dimick, JB (2006): Appendix F Commissioned Paper: Improving the Quality of Quality Measurement. In: Institute of Medicine: *Performance Measurement: Accelerating Improvement*. Washington, US-DC: The National Academies Press, 177-203. DOI: 10.17226/11517.
- Blumenthal, D; Jena, AB (2013): Hospital Value-Based Purchasing. *Journal of Hospital Medicine* 8(5): 271-277. DOI: 10.1002/jhm.2045.
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2017): [Nichtbeanstandung mit Auflage. Brief des BMG an den G-BA. Betreff:] Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15. Dezember 2016. Hier: Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V. Erstfassung. [Stand:] 24.02.2017. Berlin: BMG. AZ 213-21432-67. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4230/2016-12-15_PlanQI-RL_Erstfassung-PlanQI-RL_BMG.pdf (abgerufen am: 26.09.2019).
- BMGF [Bundesministerium für Gesundheit und Frauen] (2017): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. [Stand:] April 2017. Wien, AT: BMGF. ISBN: 978-3-903099-12-8. URL: https://gesundheitsziele-oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_langfassung_2018.pdf (abgerufen am: 14.04.2020).
- BMI [Bundesministerium des Innern]; BVA [Bundesverwaltungsamt] (2018): Handbuch für Organisationsuntersuchungen und Personalbedarfsermittlung. PDF-Arbeitsversion. Stand: Februar 2018. Berlin: BMI [u.a]. URL: https://www.orghandbuch.de/OHB/DE/ohb_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=28 (abgerufen am: 31.01.2020).
- BMSGPK [Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz] (2019): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene. Zielsteuerung-Gesundheit für die Jahre 2017-2021. [Stand: 18.10.2019] Wien, AT: BMSGPK. URL: https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:5856e128-0810-4009-8ac8-dc3103c93039/zielsteuerungsvertrag_2017-2021_urschrift.pdf (abgerufen am: 24.04.2020).
- BMSGPK [Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz] (2020a): Der Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017. Wien, AT: BMSGPK. URL: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Planung-und-spezielle-Versorgungsbereiche/Der-%C3%96sterreichische-Strukturplan-Gesundheit-%E2%80%93-%C3%96SG-2017.html> (abgerufen am: 27.04.2020).
- BMSGPK [Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz] (2020b): Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021. Wien, AT: BMSGPK. URL: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Zielsteuerungsvertrag-2017-bis-2021.html) (abgerufen am: 27.04.2020).
- Brand, T; Hopp, M; Dralle, R; Thomas, G; Björn, B (2019): Krankenhausplanung: Hat die Schweiz das bessere Konzept? *Das Krankenhaus* 111(2): 120-123.

- Bruckel, J; Liu, X; Hohmann, SF; Karson, AS; Mort, E; Shahian, DM (2017): The denominator problem: national hospital quality measures for acute myocardial infarction. *BMJ Quality & Safety* 26(3): 189-199. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004888.
- BT-Drs. 18/9528 vom 05.09.2016. Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809528.pdf> (abgerufen am: 22.10.2020).
- BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Gutachten 2018 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/19/031/1903180.pdf> (abgerufen am: 17.09.2020).
- BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805372.pdf> (abgerufen am: 26.09.2019).
- Bühner, M (2011): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München [u. a.]: Pearson. ISBN: 978-3-86894-033-6.
- Bungard, S; Rohn, H; Döbler, K (2011): Zertifizierung von Myasthenie-Zentren – Entwicklung und Umsetzung eines Zertifizierungsverfahrens für Patientenorganisationen. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 105: 49-53. DOI: 10.1016/j.zefq.2010.12.002.
- Burgi, M (2019): Abwägungsdogmatik im Krankenhausrecht *Kranken- und Pflegeversicherung* 05: 181-186. DOI: 10.37307/j.2193-5661.2019.05.03.
- Chassin, MR; Loeb, JM; Schmaltz, SP; Wachter, RM (2010): Accountability Measures — Using Measurement to Promote Quality Improvement. *The New England Journal of Medicine* 363(7): 683-688. DOI: 10.1056/NEJMs1002320.
- Cheng, EM; Sanders, AE; Cohen, AB; Bever, CT (2014): Quality measurement. It's here to stay. *Neurology Clinical Practice* 4(5): 441-446. DOI: 10.1212/cpj.0000000000000078.
- Chevreur, K; Berg Brigham, K; Durand-Zaleski, I; Hernández-Quevedo, C (2015): France: Health system review. (Health Systems in Transition, 17(3): 1–218). Kopenhagen, DK: WHO [World Health Organization], European Observatory on Health Systems and Policies URL: https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf (abgerufen am: 18.01.2021).
- De Pietro, C; Camenzind, P; Sturny, I; Crivelli, L; Edwards-Garavoglia, S; Spranger, A; et al. (2015): Switzerland: Health system review. (Health Systems in Transition, 17(4): 1-288). Kopenhagen, DK: WHO [World Health Organization], European Observatory on Health Systems and Policies. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/293689/Switzerland-HiT.pdf?ua=1 (abgerufen am: 05.09.2018).

- Deckert, S; Steudtner, M; Becker, M; Brombach, M; Neugebauer, E; Nothacker, M; et al. (2019): (Wie) Erfolgt die Ableitung von Qualitätsindikatoren zur Messung und Bewertung der Versorgungsqualität im Rahmen von S3-Leitlinien? Eine Übersichtsarbeit. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 147-148: 45-57. DOI: 10.1016/j.zefq.2019.09.002.
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2017): Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik). Diagnosen, Prozeduren, Fallpauschalen und Case Mix der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern. 2016. [Stand:] 23.10.2017. (Fachserie 12 Reihe 6.4). Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 2120640167004. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/fallpauschalen-krankenhaus-2120640167004.pdf?blob=publicationFile> (abgerufen am: 10.11.2020).
- DIMDI [Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information] (2019): OPS Version 2020. Systematisches Verzeichnis. Stand: 18.10.2019. (Operationen- und Prozedurenschlüssel Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Band 1: Systematisches Verzeichnis). Köln: DIMDI. URL: <https://www.dimdi.de/dynamic/.downloads/klassifikationen/ops/version2020/ops2020syst-pdf.zip> [Download: Zustimmung der Downloadbedingungen > Senden] (abgerufen am: 23.11.2020).
- DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2019): Datenübermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V. Stand: Schlüsselfortschreiben vom 28.03.2019. Berlin: DKG. URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.3_Elektronische_Datuebermittlung/2.1.3.1_Datuebermittlung_zu_Abrechnungszwecken/01_GKV/01_Gesamtdokumentation/Gesamtdokumentation_SGBV_301_2019-03-28.pdf (abgerufen am: 19.07.2019).
- Döbler, K; Arens, B (2020): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren nach §136c SGB V: Konzeptionelle Überlegungen zur Weiterentwicklung - ein Diskussionsbeitrag. Diskussionsbeitrag Plan-QI - KCQ, 30.06.2020. [Stand:] Juni 2020. Stuttgart: MDK [Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg]; KCQ [Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement] URL: <https://www.kcqq.de/adbimage/1725/asset-original//planungsrelevante-qualitaetsindikatoren-nach-136c-sgb-v-konzeptionelle-uberlegungen-zur-weiterentwicklung-ein-diskussionsbeitrag-pdf.pdf> (abgerufen am: 06.07.2020).
- Donabedian, A (1966): Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 44(3 Suppl.): 166-206.
- Donabedian, A (2003): An Introduction to Quality Assurance in Health Care. New York, US-NY: Oxford University Press. ISBN: 978-0-19-515809-0.
- Donabedian, A (2005): Evaluating the Quality of Medical Care [Reprint]. *The Milbank Quarterly* 83(4): 691-729. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.

- Donatini, A (2017): The Italian Health Care System. In: Mossialos, E; Djordjevic, A; Osborn, R; Sarnak, D; (Hrsg.): *International Profiles of Health Care Systems* [Stand:] May 2017. New York, US-NY [u. a.]: The Commonwealth Fund, 95-103. URL: https://www.commonwealth-fund.org/sites/default/files/documents/media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf (abgerufen am: 02.06.2020).
- Döring, N; Bortz, J (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage. Berlin: Springer. ISBN: 978-3-642-41088-8.
- Durand-Zaleski, I (2017): The French Health Care System. In: Mossialos, E; Djordjevic, A; Osborn, R; Sarnak, D; (Hrsg.): *International Profiles of Health Care Systems*. [Stand:] May 2017. New York, US-NY [u. a.]: The Commonwealth Fund, 59-67. URL: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf (abgerufen am: 21.07.2020).
- EbM Netzwerk [Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin] (2020): Informationsbeschaffung. Berlin: EbM Netzwerk. URL: <https://www.ebm-netzwerk.de/de/service-ressourcen/ebm-basics/literaturrecherche> (abgerufen am: 02.05.2020).
- Ferré, F; de Belvis, AG; Valerio, L; Longhi, S; Lazzari, A; Fattore, G; et al. (2014): Italy: Health System Review. (Health Systems in Transition, 16(4): 1-168). Kopenhagen, DK: WHO [World Health Organization], European Observatory on Health Systems and Policies. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/263253/HiT-Italy.pdf (abgerufen am: 02.06.2020).
- Finney, JW; Humphreys, K; Kivlahan, DR; Harris, AH (2011): Why Health Care Process Performance Measures Can Have Different Relationships to Outcomes for Patients and Hospitals: Understanding the Ecological Fallacy. *American Journal of Public Health* 101(9): 1635-1642. DOI: 10.2105/ajph.2011.300153.
- Finney, JW; Humphreys, K; Kivlahan, DR; Harris, AHS (2016): Excellent Patient Care Processes in Poor Hospitals? Why Hospital-Level and Patient-Level Care Quality-Outcome Relationships Can Differ. *Journal of General Internal Medicine* 31(Suppl 1): S74-S77. DOI: 10.1007/s11606-015-3564-3.
- Frahm, W; Jansen, C; Katzenmeier, C; Kienzle, H-F; Kingreen, T; Lungstras, AB; et al. (2018): Medizin und Standard – Verwerfungen und Perspektiven. *Medizinrecht* 36(7): 447-457. DOI: 10.1007/s00350-018-4957-1.
- Freeman, T (2002): Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Services Management Research* 15(2): 126-137. DOI: 10.1258/0951484021912897.
- Fujita, K; Moles, RJ; Chen, TF (2018): Quality indicators for responsible use of medicines: a systematic review. *BMJ Open* 8(7): e020437. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020437.

- Fülöp, G (2017): Patientenorientierte Bedarfsplanung in Österreich. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 125: 60-69. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.07.003.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Liste der Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V: Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren. [Stand:] 15.12.2016. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2816/2016-12-15_PlanQI-RL_Liste-planQI_BAnz.pdf (abgerufen am: 27.10.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016b): Tragende Gründe zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i.V.m. § 136c Abs. 1 und Abs. 2 SGB V Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren – plan. QI-RL. Erstfassung. [Stand:] 15.12.2016. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4147/2016-12-15_PlanQI-RL_Erstfassung-PlanQI-RL_TrG.pdf (abgerufen am: 16.10.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Folgebeauftragung des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V. [Stand:] 18.05.2017. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2956/2017-05-18_IQTIG-Folgebeauftragung_planQI.pdf (abgerufen am: 27.10.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017b): Stellungnahme der unparteiischen Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 21.04.2017 zur öffentlichen Anhörung zum Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Fortschreibung der Vorschriften für Blut- und Gewebezubereitungen und zur Änderung anderer Vorschriften (BT-Drucksache 18/11488). [Stand:] 21.04.2017. Berlin: G-BA. URL: <https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4319/2017-04-21-PA-AfG-SN-G-BA-Entwurf-Blut-und-Gewebe-gesetz.pdf> (abgerufen am: 20.11.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG: Begleitevaluation gemäß § 16 plan. QI-RL. [Stand:] 19.04.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3298/2018-04-19_IQTIG-Beauftragung_Begleitevaluation_planQI.pdf (abgerufen am: 31.07.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit einer Weiterentwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V. [Stand:] 18.04.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3756/2019-04-18_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung_plan-QI.pdf (abgerufen am: 26.10.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020a): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Übernahme von Aufgaben gemäß § 9 Absatz 2 und § 10 Absatz 3 der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL). [Stand:] 14.05.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4298/2020-05-14_IQTIG-Beauftragung-aktualisiert_RL-Aufgaben-QSFFx-RL.pdf (abgerufen am: 30.07.2020).

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit einer Neukonzeption der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 SGB V. [Stand:] 20.03.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4218/2020-03-20_IQTIG-Beauftragung-IQTIG_plan-QI.pdf (abgerufen am: 24.03.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V sowie für ein Verfahren zur Übermittlung einrichtungsbezogener Auswertungsergebnisse an die für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden einschließlich Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse gemäß § 136c Abs. 2 SGB V. [Stand:] 17.03.2016. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2552/2016-03-17_IQTIG-Beauftragung_planungsrelv_QI.pdf (abgerufen am: 26.09.2019).
- Gardner, K; Olney, S; Dickinson, H (2018): Getting smarter with data: understanding tensions in the use of data in assurance and improvement-oriented performance management systems to improve their implementation. *Health Research Policy and Systems* 16:125. DOI: 10.1186/s12961-018-0401-2.
- GDK [Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren] (2008): Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM). (92.5/HO/EMT/MJ). Bern, CH: GDK. URL: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/01_ivhsm_cimhs_14032008_d.pdf (abgerufen am: 02.05.2020).
- GDK [Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren], Zentralsekretariat (2018): Empfehlungen der GDK zur Spitalplanung unter Berücksichtigung der KVG-Revision zur Spitalfinanzierung vom 21.12.2007 und der Rechtsprechung von 1.1.2012 bis 1.1.2018. Revidierte Version der vom Vorstand der GDK am 14.5.2009 verabschiedeten Empfehlungen, genehmigt von der GDK-Plenarversammlung vom 25.5.2018 [Stand:] 25.05.2018. (92.4). Bern, CH: GDK. URL: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/EM_Spitalplanung_totalrevidiert_20180525_def_d.pdf (abgerufen am: 02.05.2020).
- Geissler, A; Quentin, W; Busse, R (2017): Umgestaltung der Notfallversorgung: Internationale Erfahrungen und Potenziale für Deutschland. Kapitel 4. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J; Wasem, J; Hrsg.: *Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten*. Stuttgart: Schattauer, 41-59. ISBN: 978-3-7945-3229-2. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Daten/Dokumente/Publikationen/Produkte/Buchreihen/Krankenhausreport/2017/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_khr2017_kap04.pdf (abgerufen am: 16.11.2020).

- Geissler, A; Lee, S; Quentin, W (2018): Der Einsatz von Qualitätsinformationen für Krankenhausplanung und Leistungseinkauf in Frankreich, Italien, Niederlande, Österreich und der Schweiz. Kapitel 4. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J; Wasem, J; (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit*. Stuttgart: Schattauer, 53-68. ISBN: 978-3-7945-3287-2. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen_Produkte/Buchreihen/Krankenhausreport/2018/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_khr2018_kap04.pdf (abgerufen am: 10.11.2020).
- Geraedts, M; Drösler, SE; Döbler, K; Eberlein-Gonska, M; Heller, G; Kuske, S; et al. (2017): DNVF-Memorandum III „Methoden für die Versorgungsforschung“, Teil 3: Methoden der Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung. *Das Gesundheitswesen* 79(10): e95-e124. DOI: 10.1055/s-0043-112431.
- Gesundheit. GV. AT [Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs] (2020): Bundes-Zielsteuerungskommission. Wien, AT: BMSGPK [Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz] URL: <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/b/bundes-zielsteuerungskommission> (abgerufen am: 18.01.2021).
- GKV-Spitzenverband; DKG [Deutsche Krankenhausgesellschaft] (2017): Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß S 2a Abs. 1 KHG. [Stand:] 29.08.2017. Berlin: DKG. URL: https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/2_Themen/2.1_Digitalisierung_Daten/2.1.2_Informationstechnik_im_Krankenhaus/2.1.2.1_Verzeichnisse_und_Register/Vereinbarungen_Standortdefinition.pdf (abgerufen am: 13.01.2021).
- Gläser, J; Laudel, G (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse 4. Auflage. Wiesbaden: Springer. ISBN: 978-3-531-17238-5.
- GÖG [Gesundheit Österreich] (2017): ÖSG 2017. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 6. April 2018 beschlossenen Anpassungen. [Stand:] April 2018. Wien, AT: GÖG. ISBN: 978-3-903099-27-2. URL: https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/0/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2017_textband_stand_6.4.2018.pdf (abgerufen am: 02.07.2018).
- Gross, PA (2012): Editorial Process Versus Outcome Measures: The End of the Debate. *Medical Care* 50(3): 200-202. DOI: 10.1097/MLR.0b013e31824a59fb.
- Hamberger, B (2013): Der lange Weg der Qualitätssicherung. [Stand:] 08.12.2013. Berlin: Gesundheitsstadt Berlin. URL: <https://www.gesundheitsstadt-berlin.de/der-lange-weg-der-qualitaetssicherung-2653/> (abgerufen am: 18.01.2021).
- Hartig, J; Frey, A; Jude, N (2012): Validität. Kapitel 7. In: Moosbrugger, H; Kelava, A; Hrsg.: *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. 2., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Berlin [u. a.]: Springer, 143-171. ISBN: 978-3-642-20071-7.

- Helferich, C (2014): Leitfaden- und Experteninterviews. Kapitel 39. In: Baur, N; Blasius, J: *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer, 559-574. DOI: 10.1007/978-3-531-18939-0_1.
- HMSI [Hessisches Ministerium für Soziales und Integration] (2020): Krankenhausplan 2020. Stand: Juni 2020. Wiesbaden: HMSI. URL: https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/web_krankenhausplan2020.pdf (abgerufen am: 16.10.2020).
- Hofmarcher, MM; Quentin, W (2013): Austria: Health system review. (Health Systems in Transition, 15(7): 1-291). Kopenhagen, DK: WHO [World Health Organization], European Observatory on Health Systems and Policies URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/233414/HiT-Austria.pdf (abgerufen am: 02.07.2018).
- Hofstede, SN; van Bodegom-Vos, L; Kringos, DS; Steyerberg, E; Marang-van de Mheen, PJ (2018): Mortality, readmission and length of stay have different relationships using hospital-level versus patient-level data: an example of the ecological fallacy affecting hospital performance indicators. *BMJ Quality & Safety* 27(6): 474-483. DOI: 10.1136/bmjqs-2017-006776.
- INFRAS; Zahnd, D (2018): Evaluation der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung. Auswirkungen auf die Qualität der stationären Spitalleistungen. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. [Stand:] 29.11.2018. Zürich, CH: INFRAS. URL: https://www.infras.ch/media/filer_public/06/45/064588c1-2acf-4b53-a36f-9a79431f6af2/schlussbericht.pdf (abgerufen am: 14.09.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung. Stand: 31.08.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/berichte/2016/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitaetsindikatoren_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 26.09.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2017): Methodische Grundlagen V1.0. Stand: 15.09.2017. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2017/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf (abgerufen am: 19.12.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung. Abschlussbericht. Stand: 21.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/IQTIG_PlanQI-Folgeauftrag-2_Abschlussbericht_2018-12-21.pdf (abgerufen am: 30.12.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Prüfung der Ableitung aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen. Abschlussbericht. Stand: 27.04.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/IQTIG_PlanQI-Folgeauftrag-1_Abschlussbericht_2018-04-27.pdf (abgerufen am: 26.09.2019).

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019a): Methodische Grundlagen V1.1. Stand: 15.04.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_2019-04-15.pdf (abgerufen am: 18.04.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019b): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Weiterentwicklung zur Eignungsprüfung weiterer Indikatoren, Herstellung eines Fachabteilungsbezugs und zur Entwicklung von Maßstäben und Kriterien zur Bewertung. Abschlussbericht. Stand: 30.09.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/berichte/2019/IQTIG_PlanQI-Weiterentwicklung_Abschlussbericht_2019-09-30.pdf (abgerufen am: 30.12.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019c): Volumen-Outcome-Beziehungen bei Revisionseingriffen in der Knieendoprothetik. Sonderauswertung des vormaligen Leistungsbereichs Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel. Stand: 20.12.2019. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020a): Begleitevaluation zum Verfahren Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Zwischenbericht zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der QS-Verfahren Gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie. Stand: 22.12.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020b): Gesamtkonzept für das G-BA-Qualitätsportal. Zwischenbericht zur Durchführung des Beteiligungsverfahrens nach § 137a Abs. 7 SGB V. Stand: 09.09.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020c): Prüfung methodischer Ansätze zur Verkürzung der Verfahrensentwicklungszeiten der indikatorbasierten gesetzlichen Qualitätssicherung. Diskussionspapier. Stand: 15.07.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020d): Qualitätsreport 2020. Berlin: IQTIG. ISBN: 978-3-9818131-4-2. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2019/IQTIG_Qualitaetsreport-2020_2020-12-08.pdf (abgerufen am: 14.12.2020).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020e): Rahmenmodell für die gesetzliche Qualitätssicherung. Diskussionspapier. Stand: 30.10.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020f): Weiterentwicklung des Strukturierten Dialogs mit Krankenhäusern. Abschlussbericht zu Stufe 1 und Stufe 2. Stand: 11.02.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion (2016): Weitergehende generelle Anforderungen und Erläuterungen. Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie. Version 2016.1. [Stand:] gültig ab 11. Januar 2016. Zürich, CH: Kanton Zürich; Gesundheitsdirektion. URL: https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/strukturbericht/strukturbericht_september_2011/akutzuercherspitallistesgueltigab1.1.2020/weitergehende_generelle_anforderungen_a_r-p_2016.1.pdf.spooler.download.1578468010631.pdf/weitergehende_generelle_anforderungen_a_r-p_2016.1.pdf (abgerufen am: 30.04.2020).
- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion (2019/2020): Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG). CHOP- und ICD-Kataloge mit Zuteilung der Leistungen zu Leistungsgruppen Klassifikation SPLG 2020.1 (für das Jahr 2020) [Stand:] 20.01.2020. Zürich, CH: Kanton Zürich; Gesundheitsdirektion. URL: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/spitalplanung/leistungsgruppen/2020.1/99_d_Zuteilung_der_Leistungen_CHOP_und_ICD_zu_Leistungsgruppen_2020_1_1_korr.xlsx (abgerufen am: 14.09.2020).
- Kanton Zürich, Gesundheitsdirektion Generalsekretariat (2011): Zürcher Spitalplanung 2012. Strukturbericht. [Stand:] September 2011. Zürich, CH: Kanton Zürich; Gesundheitsdirektion Generalsekretariat.
- Kanton Zürich, Regierungsrat (2017): RBB Nr. 746. Zürcher Spitallisten 2012 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie (Änderungen ab 1. Januar 2018). Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Zürich. Sitzung vom 23. August 2017. Zürich, CH: Kanton Zürich; Regierungsrat. URL: <https://www.zh.ch/bin/ktzh/rrb/beschluss.pdf?rrbNr=746&name=RRB-2017-746&year=2017& charset =UTF-8> (abgerufen am: 27.05.2020).
- Kanton Zürich, Regierungsrat (2019): Anhang zu den Zürcher Spitallisten 2012 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie: Generelle Anforderungen. Version 2019.1. [Stand:] gültig ab 1. August 2019. Zürich, CH: Kanton Zürich; Regierungsrat. URL: https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/strukturbericht/strukturbericht_september_2011/akutzuercherspitallistesgueltigab1.1.2020/beilage_rra_generelle+anforderungen_version_2019.1.pdf.spooler.download.1578467978168.pdf/beilage_rra_generelle%2Banforderungen_version_2019.1.pdf (abgerufen am: 30.04.2020).
- Kanton Zürich, Regierungsrat (2019): RBB Nr. 734. Zürcher Spitallisten 2012 Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie, Änderungen ab 1. Januar 2020, Festsetzung. Sitzung vom 21. August 2019. Zürich, CH: Kanton Zürich; Regierungsrat. URL: <https://www.zh.ch/bin/ktzh/rrb/beschluss.pdf?rrbNr=734&name=RRB-2019-0734&year=2019& charset =UTF-8> (abgerufen am: 27.05.2020).

- Kanton Zürich, Regierungsrat (2020a): Anhang zur Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik: Leistungsspezifische Anforderungen. Version 2020.1. [Stand:] gültig ab 1. Januar 2020. Zürich, CH: Kanton Zürich; Regierungsrat. URL: https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/strukturbericht/strukturbericht_september_2011/akutzuercherspitallistesgueltigab1.1.2020/Leistungsspezifische%20Anforderungen%20Akutsomatik%20Version%202020.1.pdf.spooler.download.1565873136159.pdf/Leistungsspezifische+Anforderungen+Akutsomatik+Version+2020.1.pdf (abgerufen am: 30.04.2020).
- Kanton Zürich, Regierungsrat (2020b): Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik. Version 2020.2. [Stand:] Gültig ab 01.01.2020. Zürich, CH: Kanton Zürich; Regierungsrat. URL: https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/spitalplanung/strukturbericht/strukturbericht_september_2011/akutzuercherspitallistesgueltigab1.1.2020/spitalliste_akutsomatik_version_2020.2.pdf.spooler.download.1575552570703.pdf/spitalliste_akutsomatik_version_2020.2.pdf (abgerufen am: 30.04.2020).
- Kuckartz, U (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz. ISBN: 978-3-7799-3344-1.
- Lilford, RJ; Brown, CA; Nicholl, J (2007): Use of process measures to monitor the quality of clinical practice. *The BMJ* 335(7621): 648-650. DOI: 10.1136/bmj.39317.641296.AD.
- Lipp, U (2008): Workshop - "Philosophie". Kapitel 1. In: Lipp, U; Will, H: *Das große Workshop-Buch. Konzeption, Inszenierung und Moderation von Klausuren, Besprechungen und Seminaren*. 8., überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim [u.a.]: Beltz, 11-20. ISBN: 978-3-407-36459-3.
- Malzahn, J; Heyder, R (2017): Krankenhausplanung 2025. Mehr politischer Schub für eine qualitätsorientierte Krankenhausreform ist unerlässlich. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 3-4: 16-23. DOI: 10.5771/1611-5821-2017-3-4-16.
- Marang-van de Mheen, PJ; Nallamotheu, BK (2017): Exclusions in the denominators of process-based quality measures: the missing link in understanding performance or ecological fallacy? *BMJ Quality & Safety* 26(3): 169-173. DOI: 10.1136/bmjqs-2016-005254.
- Mareck, C; Plaster, T (2020): Reform der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen. Teil II: Führt qualitätsorientierte Krankenhausplanung zu Qualität und Rechtssicherheit? *Das Krankenhaus* 5: 395-402.
- Mayring, P (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz. ISBN: 978-3-407-25730-7.
- McGlynn, EA (1998): Choosing and Evaluating Clinical Performance Measures. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement* 24(9): 470-479. DOI: 10.1016/s1070-3241(16)30396-0.
- Metzner, J (2017): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren im Lichte des Grundgesetzes. *Pflege- & Krankenhausrecht* 29(2): 45-49.

- MGEPA NRW [Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen] (2013): Krankenhausplan NRW 2015. [Stand:] 23.07.2013. Düsseldorf: MGEPA NRW. URL: <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mags/krankenhausplan-nrw-2015/2664> [Download] (abgerufen am: 24.09.2018).
- MGEPA NRW [Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen] (2014): Fragen der nordrhein-westfälischen Krankenhäuser zur Auslegung und Umsetzung des Krankenhausplans 2015 und die Antworten des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter. [Stand:] Februar 2014. Düsseldorf: MGEPA NRW. URL: https://www.mags.nrw/sites/default/files/asset/document/krankenhausplan_2015_faq.pdf (abgerufen am: 24.09.2018).
- Ministero della Salute (2019): Piano della performance 2019 – 2021. Rom, IT: Ministero della Salute. URL: http://www.salute.gov.it/portale/ministro/documenti/pianoPerformance/Piano_performance_2019-2021.pdf (abgerufen am: 17.06.2020).
- MSAGD [Ministerium für Soziales, A, Gesundheit und Demografie des Landes Rheinland-Pfalz], (2019): Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz 2019-2025. [Stand:] 24.06.2019. (Anlage zum Staatsanzeiger Nr. 22). Mainz: Staatskanzlei Rheinland-Pfalz. URL: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Landeskrankenhausplan_2019-2025_Staatsanzeiger_Homepage.pdf (abgerufen am: 16.10.2020).
- MSGFF [Ministerium für Soziales, G, Frauen und Familie Saarland] (2018): Krankenhausplan für das Saarland 2018-2025. Saarbrücken: MSGFF. URL: https://www.saarland.de/Shared-Docs/Downloads/DE/msgff/tp_gesundheitpr%C3%A4vention/downloads_servicegesundheit/downloads_salkrankenhauswesen/download_krankenhausplan_18-25.pdf (abgerufen am: 09.11.2020).
- MWAG [Ministerium für Wirtschaft, AuGdLM-V (2020): Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Stand: Februar 2020. Schwerin: MWAG. URL: <https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/download?id=1621718> (abgerufen am: 09.11.2020).
- Niederberger, M (2015): Methoden der Expertenbindung. Kapitel 3. In: Niederberger, M; Wassermann, S: *Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung*. Wiesbaden: Springer, 33-50. ISBN: 978-3-658-01686-9.
- Normand, S-LT; Shahian, DM (2007): Statistical and Clinical Aspects of Hospital Outcomes Profiling. *Statistical Science* 22(2): 206-226. DOI: 10.1214/088342307000000096.
- NQF [National Quality Forum] (2020): NQF: Quality Positioning System. Washington, US-DC: NQF. URL: <http://www.qualityforum.org/QPS/QPSTool.aspx> (abgerufen am: 01.09.2020).
- Paddock, SM; Louis, TA (2011): Percentile-based empirical distribution function estimates for performance evaluation of healthcare providers. *Journal of the Royal Statistical Society: Series C (Applied Statistics)* 60(4): 575-589. DOI: 10.1111/j.1467-9876.2010.00760.x.

- PD [Partnerschaft Deutschland] (2019): Gutachten. Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen. [Stand:] August 2019. Berlin: PD. URL: https://broschuerenservice.nrw.de/files/download/pdf/gutachten-krankenhauslandschaft-nrw-komprimiert-pdf_von_gutachten-krankenhauslandschaft-nordrhein-westfalen_vom_mags_3137.pdf (abgerufen am: 15.01.2021).
- Piccoliori, G (2015): Das italienische Gesundheitssystem. Informationen im Rahmen des Dreiländer-Kongresses der DEGAM, SÜGAM und ÖGAM. *ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 91(6): 251-253. URL: https://www.online-zfa.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/ZFA/article/2015/06/F8298708-EF02-4CD4-BA41-E348D26E6AFA/F8298708EF024CD4BA41E348D26E6AFA_suegam_piccoliori_italienisches_gesundheitssystem_mmk_1_original.pdf (abgerufen am: 02.06.2020).
- Pross, C; Busse, R; Geissler, A (2017): Hospital quality variation matters - A time-trend and cross-section analysis of outcomes in German hospitals from 2006 to 2014. *Health Policy* 121(8): 842-852. DOI: 10.1016/j.healthpol.2017.06.009.
- Quaas, M (2014): Krankenhausplan als Qualitätssicherungsinstrument? Rechtliche Vorgaben und Grenzen *GeSR: GesundheitsRecht* 13(3): 129-137. DOI: 10.9785/ovs.gesr.2014.0303
- Quentin, W; Partanen, V-M; Brownwood, I; Klazinga, N (2019): Measuring healthcare quality. Part I, Chapter 3. In: Busse, RK, N.; Panteli, D; Quentin, W: *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. (Health Policy Series, 53). Kopenhagen, DK: WHO [World Health Organization] [u. a.], 31-63. ISBN: 978-92-890-5175-0. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf> (abgerufen am: 03.08.2020).
- Rubin, HR; Pronovost, P; Diette, GB (2001): From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *International Journal for Quality in Health Care* 13(6): 489-496. DOI: 10.1093/intqhc/13.6.489.
- Russo, MJ; Iribarne, A; Easterwood, R; Ibrahimiyeh, AN; Davies, R; Hong, KN; et al. (2010): Post-heart transplant survival is inferior at low-volume centers across all risk strata. *Circulation* 122(Suppl. 1): S85-S91. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.926659.
- Schmidt-Atzert, L; Amelang, M (2012): *Psychologische Diagnostik*. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin [u. a.]: Springer. ISBN: 978-3-642-17000-3.
- Schrapppe, M (2015): *Qualität 2030. Die umfassende Strategie für das Gesundheitswesen*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. ISBN: 9783954661527. URL: <https://www.mwv-berlin.de/produkte/!/title/qualitaet-2030/id/264#pdf> (abgerufen am: 24.06.2020).
- Schreier, M (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *FQS: Forum Qualitative Sozialforschung* 15(1). Art. 18. DOI: 0.17169/fqs-15.1.2043.
- Shahian, DM; Meyer, GS; Mort, E; Atamian, S; Liu, X; Karson, AS; et al. (2012): Association of National Hospital Quality Measure adherence with long-term mortality and readmissions. *BMJ Quality & Safety* 21(4): 325-36. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000615.

- Shwartz, M; Restuccia, JD; Rosen, AK (2015): Composite Measures of Health Care Provider Performance: A Description of Approaches. *The Milbank Quarterly* 93(4): 788-825.
DOI: 10.1111/1468-0009.12165.
- Slowik, M; Wehner, C; Dräther, H; Fahlenbrach, C; Richard, S (2018): Sektorübergreifende Neuordnung der Notfallversorgung. Kapitel 13. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J; Wasem, J; Hrsg.: *Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit*. Stuttgart: Schattauer, 233-255. ISBN: 978-3-7945-3287-2. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/Buchreihen/Krankenhausreport/2018/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_khr2018_kap13.pdf (abgerufen am: 10.11.2020).
- SMS [Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz] (2018): Krankenhausplan des Freistaates Sachsen. (12. Fortschreibung) vom 30. August 2018. Stand: 01.09.2018. Dresden: SMS. URL: https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Saechsischer_Krankenhausplan_ab_01.09.2018_Teil_I.pdf (abgerufen am: 23.10.2020).
- soins], DDgdlod (2012): Guide méthodologique pour l'élaboration des CPOM. ARS / établissements de santé et titulaires d'autorisation. [Stand:] 10.01.2012. Paris, FR: Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. NOR: ETSH1201025C. URL: http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/01/cir_34417.pdf (abgerufen am: 18.06.2020).
- Solberg, LI; Mosser, G; McDonald, S (1997): The Three Faces of Performance Measurement: Improvement, Accountability, and Research. *Journal on Quality Improvement* 23(3): 135-147.
- SozM BW [Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, FuSdLB-W (2010): Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg. Textteil. Beschluss der Landesregierung vom 9. November 2010. Stuttgart: SozM BW. URL: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/KH-Plan_2010_Textteil.pdf (abgerufen am: 16.10.2020).
- Stich, AK; Malek, D; Döbler, K (2019): „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des Gemeinsamen Bundesausschusses: Verfahren und erste Ergebnisse. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik* 73(1): 20-29. DOI: 10.5771/1611-5821-2019-1-20.
- StMGP [Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege] (2020): Krankenhausplan des Freistaates Bayern. 45. Fortschreibung. Stand: 01.01.2020. München: StMGP. URL: <https://www.bkg-online.de/media/file/54771.05-2020-071-dl.pdf> (abgerufen am: 16.10.2020).
- TMASGFF [Thüringer Ministerium für Arbeit, S, Gesundheit, Frauen und Familie] (2018): 7. Krankenhausplan für den Freistaat Thüringen 2017 – 2022. Stand: März 2018. Erfurt: TMAS-GFF. URL: https://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheits/krankenhauswesen/krankenhausplan_thueringen.pdf (abgerufen am: 23.10.2020).
- Ullrich, CG (1999): Deutungsmusteranalyse und diskursives Interview. *ZfS – Zeitschrift für Soziologie* 28(6): 429-447. URL: <https://www.degruyter.com/downloadpdf/j/zfsoz.1999.28.issue-6/zfsoz-1999-0602/zfsoz-1999-0602.pdf> (abgerufen am: 10.02.2019).

- Vogel, J; Polin, K; Pross, C; Geissler, A (2019): Implikationen von Mindestmengen und Zertifizierungsvorgaben: Auswirkungen verschiedener Vorgaben auf den deutschen Krankenhaussektor. Teil I, Kapitel 5. In: Dormann, F; Klauber, J; Kuhlen, R; (Hrsg.): *Qualitätsmonitor 2019*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 63-88. ISBN: 9783954664030. URL: https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen/Produkte/Buchreihen/Qualitätsmonitor/wido_qualitätsmonitor_2019.pdf (abgerufen am: 25.06.2020).
- Vogel, J; Letzgus, P; Geissler, A (2020): Paradigmenwechsel in der Krankenhausplanung – hin zu Leistungs-, Bedarfs- und Qualitätsorientierung für einen höheren Patientennutzen. Chapter 18. In: Klauber, J; Geraedts, M; Friedrich, J; Wasem, J; Beivers, A: *Krankenhaus-Report 2020: Finanzierung und Vergütung am Scheideweg*. Berlin [u.a.]: Springer, 327-358. DOI: 10.1007/978-3-662-60487-8_18.
- Will, H (2008a): Diskussionsformen für Workshops. Kapitel 4. In: Lipp, U; Will, H: *Das große Workshop-Buch. Konzeption, Inszenierung und Moderation von Klausuren, Besprechungen und Seminaren*. 8., überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim [u.a.]: Beltz, 55-74. ISBN: 978-3-407-36459-3.
- Will, H (2008b): Inputs: Informieren, ohne zu erschlagen. Kapitel 3. In: Lipp, U; Will, H: *Das große Workshop-Buch. Konzeption, Inszenierung und Moderation von Klausuren, Besprechungen und Seminaren*. 8., überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim [u.a.]: Beltz, 37-54. ISBN: 978-3-407-36459-3.
- Wollenschläger, F (2020): Auswahlentscheidungen in der Krankenhausplanung vor dem Hintergrund der Konkurrenz von Fach- und Allgemeinversorgern (Teil 1). *VSSAR – Vierteljahresschrift für Sozial- und Arbeitsrecht* 2020(2): 87-108.
- Zi [Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland] (2016): Portalpraxen-Pläne der Politik realitätsfern – weniger Krankenhäuser in der Notfallversorgung und strengere Aufnahmekriterien notwendig. [Stand:] 13.10. 2016. Berlin: Zi. URL: <https://www.zi.de/presse/archiv/presseinformationen/2016/13-oktober-2016> (abgerufen am: 17.11.2020).