

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Freigabe zur Veröffentlichung des Abschlussberichtes des IQTIG: Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung

Vom 19. Dezember 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2019 beschlossen, den Abschlussbericht des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung sowie die Stellungnahmen zum Vorbericht einschl. deren Würdigung gemäß **Anlage 1 und 2** für die Veröffentlichung auf den Internetseiten des IQTIG (www.iqtig.org) freizugeben.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 19. Dezember 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung
Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 21. Dezember 2018

Impressum

Thema:

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung.
Abschlussbericht

Ansprechpartnerin:

Dr. Silvia Klein

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

18. Mai 2017

Datum der Abgabe:

21. Dezember 2018

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
Zusammenfassung	10
1 Einleitung.....	20
1.1 Qualitätsdimensionen und Planungszwecke	20
1.2 Nutzung von Qualitätsanforderungen zur Regulierung in anderen Ländern	25
1.3 Auftrag durch den G-BA.....	32
1.4 Einbindung von Expertinnen und Experten	33
1.4.1 Fachgespräche.....	33
1.4.2 Expertenworkshop	34
1.4.3 Beteiligungsverfahren nach § 137a Abs. 7 SGB V	34
2 Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen	35
2.1 Eignung nach Planungszwecken.....	35
2.2 Kriterien für Versorgungsbereiche.....	38
2.3 Explorative Anwendung der abgeleiteten Kriterien	40
2.4 Fazit	47
3 Grundleistungsbereiche	49
3.1 Methodische Herangehensweise.....	49
3.1.1 Analyse Weiterbildungsordnungen und Richtlinien	50
3.1.2 Analyse der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser.....	52
3.2 Ergebnisse am Beispiel von Viszeral-, Allgemein- und Unfallchirurgie.....	54
3.2.1 Leistungsbündel	54
3.2.2 Grundleistungsbereiche	56
3.3 Konzept für die methodische Vorgehensweise zur Identifikation von Grundleistungsbereichen.....	64
4 Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	66
4.1 Qualitätsaspekte	66
4.1.1 Ermittlung von Qualitätsaspekten	67
4.1.2 Eignung der Qualitätsaspekte für die Krankenhausplanung.....	70

4.2	Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Indikatorensets.....	74
5	Differenzierte Qualitätsbeurteilung	79
5.1	Vorbemerkungen zur Differenzierung von Qualität	80
5.2	Maßstäbe und Kriterien	82
5.3	Methodische Anforderungen an Maßstäbe.....	82
5.4	Methodische Anforderungen an Kriterien.....	83
5.5	Bewertung von Qualität.....	85
5.5.1	Berechnung und quantitative Zuordnung.....	85
5.5.2	Drei Varianten zur Differenzierung von Qualität	91
5.5.3	Fachliche Bewertung und qualitative Zuordnung	98
5.5.4	Bewertungskategorien von Qualität	100
5.5.5	Bewertung durch die Landesplanungsbehörde	102
5.6	Fazit	103
6	Anforderungen zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung.....	105
6.1	Anforderungen einzelner Qualitätsindikatoren an Leistungen	107
6.2	Anforderungen an typische Leistungen eines Fach- bzw. Teilgebiets	108
6.3	Anforderungen einzelner Qualitätsindikatoren an Leistungen und Bildung eines Index.....	108
6.4	Anforderungen an gesamte Fach- bzw. Teilgebiete	109
6.5	Fazit	110
7	Evaluation der Veränderungen der Versorgungsqualität durch planungsrelevante Qualitätsindikatoren.....	111
7.1	Ziel und Zweck der Evaluation	111
7.2	Gegenstand der Evaluation.....	112
7.2.1	Ziele des Verfahrens <i>Planungsrelevante Qualitätsindikatoren</i>	112
7.2.2	Hintergrund des bestehenden Verfahrens <i>Planungsrelevante Qualitätsindikatoren</i>	113
7.2.3	Auswirkungen des Verfahrens <i>Planungsrelevante Qualitätsindikatoren</i> ..	115
7.3	Fragestellungen der Evaluation	122
7.4	Datenquellen und Evaluationsdesign.....	125
7.5	Durchführung der Evaluation.....	127

8	Diskussion und Empfehlungen	131
8.1	Zusammenschau	131
8.2	Schritte zur Umsetzung des Konzepts.....	137
8.3	Ausblick: sektorenübergreifende qualitätsorientierte Bedarfsplanung	141
	Literatur.....	143

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fachabteilungsschlüssel mit Bezeichnung	52
Tabelle 2: Deutschlandweite Verteilung der OPS-Kodes des Leistungsbündels „Basischirurgie“ (Viszeralchirurgie)	58
Tabelle 3: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Viszeralchirurgie (OPS-Kodes)	60
Tabelle 4: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Unfallchirurgie (OPS-Kodes)	62
Tabelle 5: Erbringung des Grundleistungsbereichs für das Fachgebiet Viszeralchirurgie	63
Tabelle 6: Erbringung des Grundleistungsbereichs für das Fachgebiet Unfallchirurgie	63
Tabelle 7: A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten in Abhängigkeit der Fallzahl und der beobachteten Rate bezogen auf vier exemplarische Kategorien	88
Tabelle 8: Variante C: Beispiel für die Beurteilung von Qualität einer fiktiven operativen Leistung aufgrund einer onkologischen Grunderkrankung mit einer kurativen Zielsetzung anhand von Beispielindikatoren zur Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“	96
Tabelle 9: Relevante Datenquellen für eine Evaluation und ihre Verfügbarkeit	126
Tabelle 10: Zusammenschau des Konzepts zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	134

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammenhang der Planungszwecke mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verschiedener Qualitätsdimensionen.....	24
Abbildung 2: Krankheitslast bezogen auf die zehn wichtigsten Erkrankungen auf der Basis von „Disability-Adjusted Life Years“ (DALYs) 2010	40
Abbildung 3: Zehn häufigste Todesursachen bezogen auf 925.200 Todesfälle 2015.....	41
Abbildung 4: Anzahl minimalinvasiver Operationen an Herzklappen 2013–2016, OPS 5-35a...	44
Abbildung 5: Zehn häufigste Hauptdiagnosen 2016, ICD-10 Europäische Kurzliste.....	46
Abbildung 6: Anzahl Fachabteilungen 2016.....	47
Abbildung 7: Leistungsbündel am Beispiel der Fachgebiete Viszeral-, Allgemein- und Unfallchirurgie	55
Abbildung 8: Schritte zur Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	68
Abbildung 9: Kriterien zur Eignung von Qualitätsaspekten für die Krankenhausplanung.....	73
Abbildung 10: Kategorien zur differenzierten Betrachtung von Indikatorergebnissen bei einem planungsrelevanten Qualitätsindikator zur Messung im gesamten Qualitätsspektrum	81
Abbildung 11: Genauigkeit der Klassifikation in Abhängigkeit von der Fallzahl und Kategorien.....	90
Abbildung 12: Variante A: quantitative Kategorisierung anhand eines einzelnen Qualitätsindikators – zwei Referenzwerte in Richtung unzureichende Qualität.....	92
Abbildung 13: Variante B: qualitative Kategorisierung anhand eines einzelnen Qualitätsindikators – ein Referenzwert in Richtung guter Qualität (oben) oder ein Referenzwert in Richtung unzureichende Qualität (unten).....	93
Abbildung 14: Variante C: qualitative Kategorisierung von „in erheblichem Maß unzureichend“ anhand von mehreren Indikatoren mit Indikatorergebnissen „mäßig unzureichender“ Qualität	94
Abbildung 15: Bewertungskategorien der Qualität in den beiden regulierenden Verfahren des G-BA.....	102
Abbildung 16: Akteure (grau) und Aktionen des Verfahrens Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	117
Abbildung 17: Wirkmodell des Verfahrens Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	118
Abbildung 18: Frühestmöglicher Evaluationszeitpunkt für die elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung im Verfahren Planungsrelevante Qualitätsindikatoren	129

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
ATB	Ausnahmetatbestand
BC	British Columbia
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CMS	Centers for Medicare & Medicaid Services
CQC	Care Quality Commission
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DHMA	Danish Health and Medicines Authority
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	diagnosebezogene Fallgruppen (<i>diagnosis related groups</i>)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GBD	Global Burden of Disease
HiT	Health Systems in Transition
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
JC	Joint Commission
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz)
KHSG	Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz)
MRSA	Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
NHS	National Health Service
NHSI	National Health Service Improvement
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit § 136c Absatz 1 und 2 SGB V (Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren)

Abkürzung	Bedeutung
QBAA-RL	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma (Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma)
QI	Qualitätsindikator(en)
QS	Qualitätssicherung
QSKH-RL	Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 135a SGB V über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern)
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat Gesundheit)

Zusammenfassung

Ein gesundheitspolitisches Ziel der nächsten Jahre ist eine Krankenhausplanung, die auch die Versorgungsqualität der Krankenhausstandorte berücksichtigt. Die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung lassen sich hier für die nachfrage- und qualitätsorientierte (Angebots-)Kapazitätsplanung, für die Zulassung oder Auswahl von Krankenhäusern und für Interventionen verwenden. Je nach Planungszweck bietet sich der Einsatz unterschiedlicher Indikatoren an.

Die „Folgebeauftragung des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V“ beinhaltete zwei Auftragsgegenstände: die Prüfung der Ableitung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen (Auftragsgegenstand 1) sowie die Erstellung eines Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung (Auftragsgegenstand 2; G-BA 2017). Ein Bericht zu Auftragsgegenstand 1 wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 27. April 2018 übergeben und vom IQTIG am 27. September 2018 veröffentlicht.

Für die Erstellung des Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wurden Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden von fünf Bundesländern geführt. Ziel war es, Hinweise zum planerischen Bedarf sowie zur intendierten Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung zu erhalten. Zur Diskussion des Konzepts wurde darüber hinaus ein Expertenworkshop durchgeführt.

Versorgungsbereiche

Die Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen lassen sich aus den verschiedenen Planungszwecken Zulassung, Auswahl und Intervention herleiten. Krankenhausplanerische Interventionen können in Versorgungsbereichen sinnvoll sein, bei denen anhaltend eine „unzureichende“ Versorgungsqualität festgestellt wird, sodass die Patientensicherheit gefährdet erscheint. Grundlage hierfür sind entsprechende Indikatoren aus QS-Verfahren oder aus externen Prüfungen essenzieller Strukturqualität. Weiterhin kann sich der Verdacht auf erheblichen Verbesserungsbedarf auch aus anderen Quellen ergeben. Für krankenhauplanerische Zulassungsentscheidungen eignen sich Versorgungsbereiche, bei denen es fachlich erforderlich erscheint, strukturelle Mindestanforderungen zu stellen, um eine zureichende Versorgungsqualität gewährleisten zu können. Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren stellen hier die Einhaltung der erforderlichen strukturellen Mindestanforderungen fest. Für eine qualitätsorientierte Planung bei Auswahlentscheidungen eignen sich insbesondere Versorgungsbereiche, für die aus Sicht der Planungsbehörden ein besonderer Bedarf hinsichtlich der Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten besteht.

Basierend auf den Fachgesprächen wurden die Kriterien „epidemiologische Relevanz“, „besonderer Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung“ und „quantitative Bedeutung in der sta-

tionären Versorgung“ abgeleitet, anhand derer die praktisch-fachliche Relevanz von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in Versorgungsbereichen bestimmt werden kann. Für eine erste Einschätzung wurden die Kriterien explorativ angewendet und exemplarisch Versorgungsbereiche identifiziert, für die eine Einführung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sinnvoll sein könnte. Die erarbeiteten Kriterien sollen zukünftig dabei helfen, die für die Anwendung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren geeigneten Versorgungsbereiche festzulegen.

Grundleistungsbereiche

Auftragsgegenstand 2 beinhaltet u. a. die Frage, ob und wie „Grundleistungsbereiche der stationären Patientenversorgung identifiziert werden können, auf die planungsrelevante Qualitätsindikatoren angewandt werden können“. Über die Identifikation des typischen Leistungsspektrums von Abteilungen desselben Fachgebiets soll ermöglicht werden, dass eine Aussage zur Qualität eben dieser Fachabteilungen getroffen werden kann. Diese Grundleistungsbereiche sollen exemplarisch für die Fachgebiete der Viszeral- und Unfallchirurgie dargestellt werden.

In einem zweistufigen Vorgehen wurden zunächst auf Grundlage der ärztlichen Weiterbildungsordnung für die jeweiligen Facharztkompetenzen innerhalb des Gebiets Chirurgie typische operative Eingriffe extrahiert und zu Leistungsbündeln zusammengefasst, die dann basierend auf den Leistungsdaten der strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V aller deutschen Krankenhäuser des Jahres 2016 einer empirischen Prüfung unterzogen wurden. Ziel war die Identifikation des jeweiligen Grundleistungsbereichs für die Fachgebiete Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie und somit die Ableitung einer Liste von fachgebietstypischen OPS-Kodes.

Basierend auf der Begründung zum Krankenhausstrukturgesetz wurden in einem ersten Schritt die (Muster-)Weiterbildungsordnung, die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern sowie (Muster-)Richtlinien und Richtlinien der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern für die Fachgebiete Viszeral- und Unfallchirurgie samt Zusatz-Weiterbildungen betrachtet. Hierbei wurden alle in den jeweiligen Logbüchern aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren inhaltlich zu „unspezifischen“, also auch für andere Facharztkompetenzen geltenden, allgemeinen Leistungsbündeln sowie zu „spezifischen“ Leistungsbündeln aggregiert. Grundsätzlich werden unter „Leistungsbündeln“ inhaltlich zusammengehörige Themenkomplexe verstanden. Im Anschluss wurden den auf diese Weise gebildeten spezifischen Leistungsbündeln bzw. den beinhalteten operativen Eingriffen die entsprechenden OPS-Kodes (Viersteller) aus Kapitel 5 „Operationen“ des OPS-Katalogs des Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) aus dem Jahr 2016 zugewiesen.

Auf Grundlage der Logbücher über die Facharztweiterbildungen „Viszeralchirurgie“, „Allgemeine Chirurgie“, „Orthopädie und Unfallchirurgie“ und über die Zusatz-Weiterbildungen „Spezielle Viszeralchirurgie“, „Spezielle Unfallchirurgie“ und „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ wurden drei unspezifische und fünf spezifische Leistungsbündel definiert. Die sowohl für die Allgemeine Chirurgie als auch für die Viszeral- und Unfallchirurgie (Orthopädie) unspezifischen Leistungsbündel gliedern sich in „Allgemeine Inhalte“, „Chirurgische Grundlagen“ sowie „Untersuchungs- und Behandlungsverfahren“. Die spezifischen Leistungsbündel des Fachgebiets Vis-

zeralchirurgie gliedern sich in „Operative Eingriffe an Hals und endokrinen Drüsen“, „Basischirurgie“ sowie „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magenchirurgie“. Dem Fachgebiet Unfallchirurgie werden die spezifischen Leistungsbündel „Basis Unfallchirurgie“ und „Spezielle Unfallchirurgie“ zugeordnet.

Um das typische Leistungsspektrum einer Fachabteilung identifizieren zu können, wurden in einem zweiten Schritt die auf Grundlage der Weiterbildungsordnung gebildeten Leistungsbündel samt der dazugehörigen OPS-Kodes einer empirischen Prüfung unterzogen. Hierfür erfolgte eine Auswertung der strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V aller deutschen Krankenhäuser des Jahres 2016 hinsichtlich der Zahl an Eingriffen (OPS-Kodes), die auf Standorte mit einer zuvor definierten Liste an Fachabteilungsschlüsseln (Schlüssel 6 der Anlage 2 der Vereinbarung nach § 301 SGB V) für „Allgemeine Chirurgie“, „Viszeralchirurgie“ und „Unfallchirurgie“ beschränkt wurde. Ziel der Auswertungen aller OPS-Kodes der spezifischen Leistungsbündel war es, anhand empirischer Daten aus den Fachabteilungen einen Schwellenwert festzulegen, ab dem eine Leistung aufgrund des Anteils an Krankenhausstandorten, in der diese Leistungen erbracht wurden, als „typisch für Abteilungen desselben Fachgebiets“ gelten und somit in den Grundleistungsbereich für das Fachgebiet aufgenommen werden kann.

Grundleistungsbereiche bilden das typische Leistungsspektrum der jeweiligen Abteilungsart ab. Sie enthalten ausgewählte Leistungen (OPS-Kodes) der jeweiligen spezifischen Leistungsbündel. Zur Identifikation der Grundleistungsbereiche für die Fachgebiete „Viszeralchirurgie“ und „Unfallchirurgie“ erfolgte zunächst die Berechnung des Anteils der Krankenhausstandorte deutschlandweit, die die OPS-Kodes der spezifischen Leistungsbündel im Jahr 2016 mindestens einmal genutzt haben. Es konnten die Angaben von 1.217 Standorten mit den ausgewählten Fachabteilungen in die Analysen eingehen. Die Aufnahme eines OPS-Kodes in die Grundleistungsbereiche für die Fachgebiete Viszeral- und Unfallchirurgie erfolgte, wenn mindestens 75 % der Krankenhausstandorte mindestens einmal diesen OPS-Kode erbracht haben.

Eine Übertragung des methodischen Vorgehens zur Identifizierung von Grundleistungsbereichen, d. h. zur Abbildung eines typischen Leistungsspektrums der jeweiligen Abteilungsart, ist für Fachgebiete, deren Abbildbarkeit hauptsächlich über OPS-Kodes erfolgt, wie dargestellt möglich.

Eignung von Qualitätsaspekten und Entwicklung von Qualitätsindikatoren

Im Rahmen des Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wird zudem dargestellt, welche Qualitätsaspekte sich für die Krankenhausplanung eignen und wie die Entwicklung von Indikatoren und Indikatorensets für diese Zwecke erfolgen kann. Bei der Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind vorwiegend zwei Möglichkeiten denkbar: die Entwicklung von neuen Qualitätsmodellen und Indikatoren zum Zweck der Krankenhausplanung oder die Prüfung von bereits zum Zweck der Qualitätsförderung entwickelten Qualitätsmodellen bzw. Qualitätsindikatoren für die stationäre Versorgung hinsichtlich ihrer Eignung auch für den Zweck der Krankenhausplanung.

Die Entwicklung von neuen Qualitätsmodellen zum Zweck der Krankenhausplanung kann dabei in großen Teilen in Anlehnung an das methodische Vorgehen zur Erarbeitung von Qualitätsmodellen zum Zweck der Qualitätsförderung erfolgen (IQTIG 2017). Auf Basis einer umfassenden Themenererschließung und Aufbereitung der Versorgungspraxis werden die patientenrelevanten Qualitätsaspekte der Versorgung abgeleitet. Hierbei ist noch keine Fokussierung auf einen spezifischen Verfahrenszweck notwendig. Im darauffolgenden Entwicklungsschritt erfolgt die Selektion der Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell anhand verschiedener Eignungskriterien. Dabei gibt es Kriterien, die von allen Qualitätsaspekten – unabhängig vom adressierten Verfahrenszweck – erfüllt sein müssen, und Eignungskriterien, die ausschließlich bei einem bestimmten Verfahrens- bzw. Planungszweck erforderlich sind. Grundsätzlich müssen alle Qualitätsaspekte den Bezug zu einem patientenrelevanten Outcome aufweisen, durch die Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V erhebbar und durch die betroffenen Leistungserbringer beeinflussbar sein. Für die für den Planungszweck „Intervention“ geeigneten Qualitätsaspekte sollte darüber hinaus ein erheblicher Verbesserungsbedarf vorliegen. Zudem müssen sie einen Bezug zu Patientensicherheit aufweisen oder das „Erreichen primärer Behandlungsziele“ bzw. die „adäquate Indikationsstellung“ adressieren.

Für die Planungszwecke Zulassung und Auswahl kommen zunächst alle identifizierten Qualitätsaspekte der Versorgung infrage, Hinweise auf einen erheblichen Verbesserungsbedarf sind hier nicht erforderlich. Für den Zweck Zulassung spielen vor allem Qualitätsaspekte eine Rolle, die qualitätsbezogene strukturelle bzw. prozedurale Mindestanforderungen an neue Abteilungen in einem Versorgungsbereich stellen. Für Auswahlentscheidungen sind Qualitätsaspekte geeignet, die eine Differenzierung im Bereich „guter“ Qualität ermöglichen (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung, Patientenzentrierung). An dieser Stelle der Verfahrensentwicklung wird explizit entschieden, welche Aspekte des Qualitätsmodells sich für welchen Verfahrens- bzw. Planungszweck eignen und demzufolge im Rahmen der nachfolgenden Indikatorenentwicklung für ein QS-Verfahren zur Qualitätsförderung oder für ein regulierendes QS-Verfahren zu berücksichtigen sind.

Die Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auf Grundlage des zuvor entwickelten Qualitätsmodells kann dann ebenfalls entsprechend der allgemeinen Methodik zur Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG erfolgen (IQTIG 2017). Ausgehend von den für den Verfahrens- bzw. Planungszweck geeigneten Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells werden im ersten Schritt die zugehörigen Qualitätsmerkmale der Versorgung systematisch identifiziert. Für die identifizierten Qualitätsmerkmale muss im Anschluss geprüft werden, welche Datenquelle zur Abbildung des jeweiligen Merkmals am geeignetsten ist, ob das Merkmal durch die betroffenen Leistungserbringer beeinflussbar ist und ob diesen die Verantwortung dafür zugeschrieben werden kann. Für die Qualitätsmerkmale zur krankenhauplanerischen Intervention muss darüber hinaus entsprechend der Qualitätsaspekte ebenfalls geprüft werden, ob ein Bezug zu Patientensicherheit, einer Erreichung primärer Behandlungsziele oder einer adäquaten Indikationsstellung vorliegt. Als Qualitätsmerkmale für den Zweck Zulassung können insbesondere zu erfüllende Strukturanforderungen formuliert werden. Für den Planungszweck Auswahl können Qualitätsmerkmale formuliert werden, die es

ermöglichen im Bereich „guter“ Qualität zu differenzieren. Im anschließenden Entwicklungsschritt werden die ausgewählten Qualitätsmerkmale zu Qualitätsindikatorentwürfen operationalisiert. Im letzten Entwicklungsschritt erfolgt die Kondensierung der Liste möglicher Qualitätsindikatoren zu fokussierten Qualitätsindikatorensets. Im Anschluss an jeden Entwicklungsschritt wird ein beratendes Expertengremium einbezogen. Ergebnis einer Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden nicht wie bisher nur Indikatoren sein, die in Richtung der auffällig „unzureichenden“ Qualität messen, sondern auch solche, die in Richtung „guter“ Qualität messen.

Differenzierte Qualitätsbeurteilung

Der Auftrag des G-BA besteht darin, ein Konzept für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu entwickeln, deren Ergebnisse eine Differenzierung von „guter“, „mittlerer“, „unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender“ Qualität erlauben. Diese Qualitätsdifferenzierung soll die Landesplanungsbehörden darin unterstützen, ihre Aufgaben zur Intervention und zur Planung der stationären Versorgung hinsichtlich Zulassungen und Auswahl zu erfüllen.

Eine Differenzierung von Qualität über die bisherigen beiden Kategorien „zureichend“ und „unzureichend“ hinaus setzt voraus, dass eine inhaltliche Differenzierung von Qualität anhand eines Qualitätsindikators sinnvoll möglich ist. Wenn dies gegeben ist und eine quantitative Differenzierung in mehrere Kategorien vorgesehen ist, dann sollten für die Berechnungen die Fallzahl sowie die Verteilung der Ergebnisse (Varianz) ausreichen, um mehr als einen Referenzbereich zu definieren. Dabei sollte die Unsicherheit bezüglich der Güte der Klassifizierung von Auswertungsergebnissen auch bei mehr als zwei Kategorien Berücksichtigung finden. Eine Erweiterung der bestehenden Methodik von zwei auf mehrere Kategorien ist möglich.

Absehbar wird die Anforderung mehrerer Kategorien je Indikator aber selten zur Anwendung kommen, da die Mehrzahl der Indikatoren nicht das ganze Spektrum von Qualitätsbewertungskategorien abbilden kann. Die meisten Indikatoren können nur in jeweils einer Richtung differenzieren – entweder im Bereich der Qualität zur Identifizierung „guter“ Qualität zum Zwecke der Auswahl oder im Bereich der „in erheblichem Maß unzureichenden“ Qualität. Bei Letzterem sieht das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eine Intervention durch die Landesplanungsbehörden vor, wenn der erhebliche Versorgungsmangel „nicht nur vorübergehend“ besteht. Die Differenzierung von Qualitätsbewertungskategorien kann theoretisch auf mehrere Arten geschehen: rein quantitativ, rein qualitativ oder in einer Kombination aus beidem. Die Ausgestaltung lässt sich in drei Varianten darstellen. Bei Variante A würde die Zuordnung zu einer der Qualitätsbewertungskategorie primär quantitativ anhand der numerischen Indikatorergebnisse unter Berücksichtigung von Stochastizität und unter Ausweisung der Wahrscheinlichkeit für die Zuordnung erfolgen. Die sich an die statistische Auffälligkeit anschließende fachliche Bewertung von Ausnahmetatbeständen würde zu einer Bestätigung der quantitativen Zuordnung führen oder nicht. Bei Variante B würde auf Basis eines einzelnen Indikators quantitativ lediglich ein Referenzbereich anhand der statistischen Auffälligkeit zwischen „zureichender“ und „unzureichender“ Qualität unterscheiden. Die Zuordnung der unzureichenden Qualität in „mäßig unzureichende“ oder „in erheblichem Maß unzureichende“ würde anhand von vorab definierten Bewertungskriterien erfolgen. Bei Variante C würde wie auch bei Variante B quantitativ lediglich

ein Referenzbereich zwischen „zureichender“ und „unzureichender“ Qualität unterschieden werden. Im Unterschied zur Variante B würde bei Variante C allerdings die sich anschließende qualitative Zuordnung auf Ebene mehrerer Indikatoren (z. B. eines Leistungsbündels oder eines Grundleistungsbereichs) stattfinden. Das bedeutet, dass die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren zusammen betrachtet und gemeinsam in eine Bewertung über die gesamte Leistung beispielsweise eines Leistungsbündels bzw. Grundleistungsbereichs münden würden. Entweder würde die gesamte Leistung als „mäßig unzureichende“ oder als „in erheblichem Maß unzureichende“ Qualität bewertet werden. Auch in dieser Variante müsste also die anhand aller Indikatorergebnisse gemessene Leistung eine potenzielle Patientengefährdung nahelegen, um als „in erheblichem Maß unzureichend“ klassifiziert zu werden. Dieses Konzept wäre ebenso anwendbar für die Feststellung von „guter“ Qualität. Die qualitativen Zuordnungen zu „guter“ oder auch „in erheblichem Maß unzureichender“ Qualität müssten anhand von prospektiv festzulegenden Bewertungskriterien erfolgen, damit diese Zuordnungen transparent und absehbar wären. Für Variante C wäre darüber hinaus die prospektive Festlegung von Algorithmen erforderlich, in welcher Konstellation die Indikatorergebnisse eines Sets zu welcher Bewertung führen.

Die algorithmusgestützte Variante C ist durch eine inhaltlich umfänglichere Abbildung der Leistungen und auch durch die Berücksichtigung mehrerer Qualitätsaspekte für die differenzierte Beurteilung der Qualität stationär erbrachter Leistungen am besten geeignet.

Ergebnisse von Qualitätsindikatoren, die Patientensicherheit abbilden und die statistisch auffällig und fachlich geprüft sind (Ausschluss eines medizinisch fachlich anerkannten Ausnahmestands im Einzelfall), werden definitionsgemäß einer „in erheblichem Maß unzureichenden“ Qualität zugeordnet.

Anforderungen zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung

Damit planungsrelevante Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung nutzbar gemacht werden können, wurde ein Konzept entwickelt, wie die beiden unterschiedlichen Systeme Krankenhausplanung und Qualitätssicherung zusammenwirken können. Während sich die Qualitätssicherung meist an Leistungen bzw. Erkrankungen ausrichtet, werden im Rahmen der Krankenhausplanung bislang überwiegend Fachgebiete betrachtet. Eine Option zur Verknüpfung der beiden Systeme wäre, dass die Krankenhausplanung künftig leistungsorientiert vorgenommen wird, wie es auch der Sachverständigenrat Gesundheit in seinem Gutachten 2018 erwägt (BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018). Eine weitere Option ist die Bildung eines Index aus Qualitätsindikatoren, mit denen mehrere Indikatorergebnisse so zusammengefasst werden, dass sie eine gesamte Fachabteilung abbilden können. Weiterhin können planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Anforderungen an gesamte Fachgebiete, nicht an Leistungen, gestellt werden. Mithilfe von Indikatoren mit einem Bezug zu Patientensicherheit kann direkt eine Aussage über eine gesamte Fachabteilung getroffen werden. Die letzte zu nennende Alternative sind Anforderungen an typische Leistungen eines Fach- bzw. Teilgebiets (Grundleistungsbereiche), deren Qualität als Grundvoraussetzung zur Teilnahme an der Versorgung in diesem Fach- bzw. Teilgebiet berechnen.

Evaluation

Zuletzt umfasst die Beauftragung die Erstellung eines Konzepts, „wie Veränderungen der Versorgungsqualität als Folge der Anwendung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren evaluiert werden können“ (G-BA 2017) im Sinne einer Evaluation des Zielerreichungsgrads des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren*. Evaluationsziel ist damit die Darlegung der Wirkung des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* auf die Versorgungsqualität – dabei werden sowohl die aktuellen als auch zukünftige planungsrelevante Qualitätsindikatoren betrachtet. Eine Veränderung der Versorgungsqualität kann hierbei auf drei verschiedenen Ebenen erfolgen und evaluiert werden:

- Versorgungsqualität der einzelnen Krankenhausstandorte
- regionale Versorgungsqualität innerhalb eines Bundeslandes
- Versorgungsqualität eines gesamten Bundeslandes

Zur Erstellung des Evaluationskonzepts wurde zunächst die Wirkung des Verfahrens (intendierte und nicht intendierte Auswirkungen) u. a. unter Zuhilfenahme eines Wirkmodells analysiert und aufgearbeitet, um darauf aufbauend die relevanten Evaluationsfragestellungen zu entwickeln.

Die formulierten Fragestellungen der Evaluation adressieren die drei genannten Ebenen, auf denen eine Veränderung der Versorgungsqualität erfolgen kann (Krankenhausstandorte, Regionen, Bundesländer). Dabei beziehen sie sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sowohl auf der Einrichtungs- als auch Systemebene. Die Fragen greifen dabei z. B. Indikatorergebnisse, statistische Auffälligkeiten und qualitative Auffälligkeiten im Zeitverlauf und im Vergleich zwischen Regionen bzw. den Bundesländern sowie u. a. Veränderungen der Anzahl der auf Basis der Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren geschlossenen bzw. neu-zugelassenen Krankenhausstandorte bzw. Fachabteilungen auf.

Zur Beantwortung der Fragestellungen stehen Informationen und Daten aus unterschiedlichen Datenquellen zur Verfügung (z. B. QS-Daten, Sozialdaten bei den Krankenkassen, wissenschaftliche Literatur) bzw. müssten dafür erfasst werden (z. B. Befragungen von Krankenhäusern, Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von Landesplanungsbehörden). Als Evaluationsdesigns können historische Vergleiche, Fall-Kontroll-Designs oder Vorher-Nachher-Vergleiche (Nullpunktmessung) eingesetzt werden.

Zur Evaluation der Wirkung des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* auf die Versorgungsqualität müsste ein umfassender Evaluationsplans erstellt werden sowie Evaluationskennziffern operationalisiert werden. Bei jeder zukünftigen Neuentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren sollte bereits eine mögliche Evaluation mitgedacht werden, damit eine Nullpunktmessung ermöglicht wird.

Diskussion und Empfehlungen

In einer zusammenfassenden Betrachtung des Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren wird dargestellt, in welchem Zusammenhang die einzelnen im Bericht herausgearbeiteten Planungszwecke, Themen, Bezüge, Anforderungen, Dimensionen und Qualitätsbewertungen zueinander stehen.

Für krankenhauserische Zulassungsentscheidungen werden prospektive Mindestanforderungen (bzw. qualitätsbezogene Primäranforderungen) durch Strukturindikatoren gestellt, deren Einhaltung ggf. im Nachgang mithilfe von Prozess- und Strukturindikatoren aus der laufenden Versorgung geprüft werden. Die Mindestanforderungen beziehen sich dabei auf Grundleistungsbereiche von Fachabteilungen, Fachgebiete bzw. Teilgebiete oder Querschnittsthemen. Für diesen Planungszweck können Indikatoren zur Patientensicherheit, Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung) und Patientenzentrierung entwickelt werden. Die Nichterfüllung von Mindestanforderungen mit Bezug zur Patientensicherheit zeigt unmittelbar „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ an.

Zum Planungszweck der Auswahl von Krankenhausstandorten können Indikatoren der Struktur-Prozess- und Ergebnisqualität eingesetzt werden. Für diesen Planungszweck können Indikatoren für die Abbildung guter Qualität bei Querschnittsthemen oder Anforderungen an die Qualität in einem Fachgebiet entwickelt und eingesetzt werden. Hinsichtlich der OECD-Dimensionen kommen Indikatoren aus den Bereichen Patientensicherheit, Patientenzentrierung und Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung) infrage (Arah et al. 2006). Dabei kann „gute“ Qualität nur festgestellt werden, sofern keine Indikatorergebnisse (z. B. aus dem Bereich Patientensicherheit, etwa vermeidbarer Komplikationen) Mängel anzeigen.

Für den Planungszweck der Intervention kommen (einzel-)leistungsbezogene Themen bzw. einzelne Indikatoren der Struktur-, Prozess oder Ergebnisqualität dann infrage, wenn sie einen Bezug zur Patientensicherheit aufweisen. In diesem Fall kann mit ihrer Hilfe unmittelbar „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ bezogen auf eine gesamte Fachabteilung identifiziert werden. Auch Indikatoren mit Bezug zu der Dimension Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung) können geeignet sein. Bezogen auf die gleichen Einheiten und die gleichen OECD-Dimensionen können mithilfe von Indikatoren zur Strukturqualität Mindestanforderungen als Grundvoraussetzung zur Teilnahme an der Versorgung festgelegt werden.

Für den Planungszweck der nachfrage- und qualitätsorientierten (Angebots-)Kapazitätsplanung werden ganze Bundesländer oder kleinräumigere Regionen oder dort ansässige Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen unter dem Gesichtspunkt der Qualität betrachtet. Mithilfe von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren kann die Versorgungsqualität eines Bundeslandes hinsichtlich mehrerer Qualitätsdimensionen nach OECD dargestellt sowie die Zielerreichung der Planung geprüft werden. Einen Schwerpunkt bildet dabei die Systemqualität. Systemindikatoren, die zur Kapazitätsplanung eingesetzt werden, können entweder im Bereich der „guten“ oder der „mäßig unzureichenden“ bzw. „in erheblichem Maß unzureichenden“ Qualität messen.

Aus der Konzepterstellung ergeben sich verschiedene Änderungsbedarfe sowie Umsetzungshinweise, die vor oder bei einer Umsetzung des Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden sollten:

- Anpassungen der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)¹: Zukünftig werden auch planungsrelevante Qualitätsindikatoren neu entwickelt werden können, die nicht nur über die QS-Dokumentation der Leistungserbringer, sondern auch über die weiteren, in der Qualitätssicherung etablierten Erfassungsinstrumente (Sozialdaten bei den Krankenkassen, Patientenbefragung) erhoben werden. Darüber hinaus werden nicht nur Indikatoren zur krankenhausplanerischen Intervention, sondern auch zu den beiden weiteren Planungszwecken Zulassung und Auswahl entwickelt werden. Vor der Umsetzung dieser neuen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bedarf es demnach entsprechender Anpassungen der durch die plan. QI-RL geregelten Prozesse (z. B. Datenübermittlung, Datenvalidierung) sowie der Besonderen Bestimmungen (§ 5 plan. QI-RL) bezüglich der Nutzung weiterer Datenquellen und Erfassungsinstrumente.
- Anforderungen zur Strukturqualität: Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren können grundsätzlich sowohl die Prozess- und Ergebnisqualität als auch die Strukturqualität abbilden. Anforderungen hinsichtlich der Strukturqualität sind im Rahmen der Krankenhausplanung zu erfüllende strukturelle Voraussetzungen, die von allen Krankenhäusern vorgehalten werden müssen (z. B. Erfüllung von Mindestanforderungen für die Zulassung), damit diese an der Versorgung teilnehmen dürfen. Eine Vielzahl von Strukturanforderungen wird jedoch bereits durch die Richtlinien zur Strukturqualität des G-BA formuliert. Die Erfüllung u. a. der Anforderungen zur Strukturqualität kann zukünftig vom G-BA direkt über eine neue Richtlinie zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V überprüft und es können geeignete Maßnahmen zur Durchsetzung angestoßen werden.
- Weitere Schritte zur Umsetzung: Vor der Umsetzung von neuen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind verschiedene Entwicklungsschritte durchzuführen (Konzeptstudien, Indikatorenentwicklungen, Machbarkeitsprüfungen, Evaluationskonzepte).

Eine Neuentwicklung kann dabei einerseits als gemeinsame Entwicklung von Qualitätsindikatoren sowohl zur Qualitätsförderung als auch von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (integrierte Beauftragung) oder bezogen auf die Planungszwecke Zulassung und Auswahl auch nur als ausschließliche Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beauftragt werden.

Beim Vorgehen zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind für das IQTIG dabei mehrere Möglichkeiten vorstellbar. Nach Auswahl eines zu adressierenden Versorgungsbereichs durch den G-BA als erstem Schritt kann das IQTIG zum einen beauftragt werden, das typische Leistungsspektrum des ausgewählten Versorgungsbereichs im Sinne

¹ Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 18. Januar 2018, in Kraft getreten am 12. Mai 2018. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/> (abgerufen am 07.09.2018).

von Grundleistungsbereichen bzw. Leistungsbündeln darzustellen, wie es auch bereits im vorliegenden Konzept für die Bereiche Viszeral- und Unfallchirurgie erfolgt ist. Aus den festgelegten Grundleistungsbereichen bzw. Leistungsbündeln könnten dann nochmals einzelne, abgegrenzte Leistungen ausgewählt und für diese Qualitätsindikatoren für die Planungszwecke Zulassung, Auswahl und Intervention entwickelt werden.

Eine zweite Möglichkeit ist, dass der G-BA neben einem ausgewählten Versorgungsbereich auch direkt – entsprechend dem derzeitigen Vorgehen bei Beauftragungen zur Entwicklung von leistungs- bzw. diagnosebezogenen, sektorenübergreifenden QS-Verfahren – eine bestimmte Leistung festlegt und das IQTIG hierfür mit der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beauftragt.

Als dritte Möglichkeit kann der G-BA das IQTIG damit beauftragen, für bestimmte Fach- bzw. Teilgebiete (z. B. Chirurgie oder Viszeralchirurgie) ausschließlich Strukturindikatoren bzw. Anforderungen an ein gesamtes Fach- bzw. Teilgebiet zu entwickeln.

Gesundheitspolitisches Ziel ist eine integrierte Gesundheitsversorgung, die keine sektorale Abgrenzung kennt. Dazu würde neben anderen zentralen Aspekten auch eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung gehören. Diese sollte eine deutliche Qualitätsorientierung enthalten. Der Beitrag planungsrelevanter Qualitätsindikatoren zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung bedarf zukünftig weiterer inhaltlicher Ausgestaltung.

1 Einleitung

1.1 Qualitätsdimensionen und Planungszwecke

Mit dem Krankenhausstrukturgesetz (KHSKG) ist das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) hinsichtlich seines Zweckes um eine „qualitativ hochwertige“ Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern (§ 1 Abs. 1 KHG) ergänzt worden. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sollen zur Erfüllung dieses Ziels „eine zusätzliche Grundlage für die Planungsentscheidungen der Länder“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 2) bilden. Es soll eine „rechtliche Grundlage dafür geschaffen [werden], dass die Länder ihre begrenzten Investitionsmittel auf die Krankenhäuser konzentrieren können, die den vom G-BA entwickelten Qualitätsstandards gerecht werden“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 39). Der Gesetzgeber unterscheidet zwei Funktionsweisen der Krankenhausplanung, sodass „eine qualitativ nicht oder nicht ausreichend gesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses“ sowohl „Konsequenzen für die Aufnahme der Einrichtung in den Krankenhausplan des Landes“ als auch „den Verbleib darin“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 2) haben kann:

- Neuaufnahmen in den Krankenhausplan im Sinne von „Marktzulassungen“ oder bei Auswahlentscheidungen: Gesetzlich intendiert ist, dass „Anträge auf Aufnahme in den Krankenhausplan“ danach beurteilt werden, „ob ein Krankenhaus die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren erfüllt“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 39).
- (Teil-)Herausnahmen aus dem Krankenhausplan im Sinne von Interventionen: Analog ist der „Feststellungsbescheid über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ganz oder teilweise aufzuheben, wenn diese Voraussetzungen dauerhaft und in einem erheblichen Umfang nicht mehr erfüllt sind“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 39).

Diese Planungszwecke finden sich so auch im KHG wieder: Krankenhäuser, die „nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden“ (§ 8 Abs. 1a KHG) bzw. „sind insoweit durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen“ (§ 8 Abs. 1b KHG).

Mit dem KHSKG setzte der Gesetzgeber dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) 2016 eine enge Frist zur Fassung eines ersten Beschlusses zu „Qualitätssicherung und Krankenhausplanung“ bis Ende 2016 (§ 136c Abs. 1 SGB V). Der G-BA hat daher das IQTIG am 17. März 2016 „in einem ersten Schritt“ nur beauftragt, Qualitätsindikatoren „aus den vorhandenen, gemäß QSKH-RL erhobenen Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität“ zu empfehlen, die sich „als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung“ eig-

nen (G-BA 2016a). Im Rahmen der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)² werden jedoch gegenwärtig nur Prozess- und Ergebnisindikatoren ausgewertet – dagegen werden keine Daten zur Einhaltung von Strukturstandards erfasst. Das IQTIG hat aus den Qualitätsindikatoren, die bereits im Rahmen der QSKH-RL erfasst werden, solche als planungsrelevante Qualitätsindikatoren ausgewählt, bei denen ein Bezug zu Patientensicherheit besteht (IQTIG 2016a). Mit dieser Einschränkung des Indikatorensets hinsichtlich des Qualitätsziels wurde der Maßstab begründet, mit dessen Hilfe den Planungsbehörden der Länder ermöglicht werden sollte, anhaltende, erhebliche Mängel der Versorgungsqualität („in erheblichem Maß unzureichend“) bei einem Krankenhausstandort durch eine krankenhauspianerische Intervention zu unterbinden. Eine solche Einschränkung des Grundrechts zur freien Berufsausübung hat nur Bestand, wenn an diesem Krankenhausstandort die Patientensicherheit fortgesetzt in erheblichem Maß gefährdet wird und andere, weniger einschneidende Maßnahmen keine angemessene Versorgungsqualität bewirken können. Eine solch anhaltende potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit kann bei Bekanntwerden eine Planungsbehörde auch dazu veranlassen, im Sinne einer Aufsicht zeitnah regulierend tätig zu werden, ohne den Umweg über die Planung zu gehen.

Dabei kann Krankenhausplanung, wie oben angesprochen, weit über Schließungsentscheidungen für Abteilungen hinausgehen. Allein der Begriff der Krankenhaus-„Planung“ suggeriert prospektive Planungsentscheidungen der Landesbehörden im Sinne von Neuaufnahmen in den Krankenhausplan bzw. Marktzulassungen oder Auswahlentscheidungen bei mehreren Bewerbern für einen Versorgungsbereich. Diese Funktionen konnten die bisherigen elf Qualitätsindikatoren, die aus den im Rahmen der QSKH-RL erfassten Indikatoren ausgewählt wurden und die seit 2017 nun als erste planungsrelevante Qualitätsindikatoren genutzt werden, naturgemäß noch nicht erfüllen. Im Folgenden wird dargestellt, welche Indikatoren je nach Planungszweck sinnvoll eingesetzt werden können.

Nachfrage- und qualitätsorientierte (Angebots-)Kapazitätsplanung

Bei der nachfrage- und qualitätsorientierten (Angebots-)Kapazitätsplanung kann in drei Schritten vorgegangen werden. Zunächst wird ermittelt, welche Versorgungskapazitäten (Regel-, Schwerpunkt-, Maximalversorgung) für bestimmte, zu planende Leistungen bzw. Gebiete für eine bestimmte Region für erforderlich gehalten werden. Im zweiten Schritt wird die aktuell verfügbare Versorgungsqualität einer Region anhand von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bestimmt. Hierzu gehören sowohl Indikatoren, die sich auf einzelne Leistungserbringer einer Region als auch auf die Systemqualität der Versorgung in dieser Region beziehen. Systemqualität zielt auf die Versorgungsqualität von Populationen, die auf Systemebene betrachtet wird. Hier spielen unter anderem auch der Zugang zur Versorgung, Versorgungsgerechtigkeit und Aspekte der Versorgungscoordination eine Rolle. Erfüllt die regionale Versorgung noch nicht die gesetzten Anforderungen, so muss in einem dritten Schritt versucht werden, dieses durch geeignete

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 16. März 2018, in Kraft getreten am 27. April 2018.
URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/38/> (abgerufen am 07.09.2018).

Maßnahmen zu erreichen. Dabei spielen natürlich auch Systemindikatoren und Qualitätsindikatoren eine Rolle, die anzeigen, „wo eine bestimmte Leistung mit der höchsten Qualität erbracht werden kann“ (BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007 Nr. 877).

Im Gutachten 2007 empfahl der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) die Formulierung eines speziellen Indikators „Zugang zu Gesundheitsleistungen“ als Element der Krankenhausplanung sowie als Ausgangspunkt einer Diskussion um das stationäre Versorgungsangebot (BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007 Nr. 495). Der Zugang zur Versorgung für alle Patientinnen und Patienten unabhängig von ihren sozialen, wirtschaftlichen Verhältnissen, ihrem Alter, Geschlecht oder Wohnort sollte im Sinne des Patientenwohls oberstes Planungsziel des Staates sein. Im Rahmen der Krankenhausplanung bzw. der Kapazitätsplanung werden daher Indikatoren für sinnvoll erachtet, die nicht die Qualität einer Einrichtung, sondern die Versorgung innerhalb einer definierten Region beschreiben. Solche Indikatoren werden System- oder Area-Indikatoren genannt. Indikatoren zur Systemqualität ermöglichen die leistungserbringer- und sektorenübergreifende Beschreibung der Versorgung zu einer Indikation, einem Querschnittsthema oder zu einem Fachgebiet. Mit ihrer Hilfe lassen sich keine Aussagen zur Versorgungsqualität eines einzelnen Krankenhausstandorts treffen, sondern zur Situation innerhalb einer Region, eines Bundeslandes oder in ganz Deutschland. Insbesondere bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit komplexen Krankheitsbildern, bei denen mehrere Sektoren – auch über den Bereich des SGB V hinaus – an der Versorgung beteiligt sind, können die Ergebnisse von Systemindikatoren dazu beitragen, die Versorgung zu verbessern: Die Landesplanungsbehörden können Verbesserungsbedarf feststellen und planerisch gegensteuern oder ggf. andere Akteure einschalten. Zudem könnten Systemindikatoren auch im Rahmen der Evaluation krankenhauplanerischer Umsetzungen herangezogen werden. Systemindikatoren können zukünftig durchaus Gegenstand von Qualitätsindikatorenentwicklungen auch für den Zweck der Krankenhausplanung sein (z. B. ein Maß für den Zugang zur erforderlichen Versorgung für die Patientinnen und Patienten).

Zulassung

Für Planungsentscheidungen hinsichtlich der Neuaufnahme in den Krankenhausplan (Zulassung) sind prospektive Mindestanforderungen an Strukturen erforderlich. Strukturindikatoren überprüfen dabei Anforderungen, die der Leistungserbringer als Voraussetzung für die Leistungserbringung vorhalten muss, deren Erfüllung er als Planung (Absichtserklärung bzw. Nachweis durch Planungsunterlagen) prospektiv vorlegen kann und deren faktische Vorhaltung er entweder im Rahmen einer Einrichtungsbefragung oder bei einer Begehung aus der laufenden Versorgung nachweisen muss. Sinnvoll kann auch eine Validierung durch Prozessindikatoren sein, die die angestrebte Strukturnutzung in der Versorgung erfassen.³ Daten aus der laufenden Versorgung sind darüber hinaus zwar nicht direkt geeignet für solche Planungsentscheidungen – da sie retrospektiv erfasst werden (siehe Abschlussbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Prüfung der Ableitung aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen“;

³ Zum Beispiel könnte mithilfe eines Prozessindikators zur Durchführung einer Physiotherapie die Strukturanforderung, dass ein Physiotherapeut oder eine Physiotherapeutin zum interdisziplinären Team gehört, validiert werden.

IQTIG 2018c), ihre Nutzung für Zulassungsentscheidungen ist aber vorstellbar, sofern aus dem Standort selbst Ergebnisse aus der laufenden Versorgung vorliegen, die als Grundlage für eine Planungsentscheidung für eine weitere Fachabteilung mit vergleichbarem Leistungsspektrum am gleichen Standort oder eine Ausweitung der Bettenzahlen bei detaillierter Bettenplanung verwendet werden können.

Auswahl

Für krankenhauplanerische Auswahlentscheidungen werden Daten aus der laufenden Versorgung benötigt. Diese können dabei als Struktur-, Prozess- oder Ergebnisindikatoren erfasst werden. Datenquellen für Strukturqualitätsindikatoren wurden oben bereits benannt. Als Datenquellen für Prozess- und Ergebnisindikatoren sind prinzipiell sowohl Sozialdaten bei den Krankenkassen und QS-Dokumentationen (fallbezogen oder einrichtungsbezogen) als auch Patientenbefragungen vorstellbar (siehe Kapitel 4).

Intervention

Die krankenhauplanerische Interventionen zur Einschränkung des Leistungsspektrums einer Fachabteilung oder im Extremfall zu deren Schließung sowie die Auswahl von Krankenhausstandorten erfordern ebenfalls Daten aus der laufenden Versorgung. Auch die Mindestanforderungen, die für Zulassungsentscheidungen relevant sind, müssen in der laufenden Versorgung erfüllt werden.

Bei einer Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind grundsätzlich alle Qualitätsdimensionen (nach Donabedian), also sowohl Strukturqualität als auch Prozess- und Ergebnisqualität vorstellbar. Auch der Gesetzgeber geht davon aus, dass „die Indikatoren [...] alle Dimensionen der Versorgungsqualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) im Krankenhaus betreffen“ können (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 89). Grundsätzlich ist eine Kombination von Indikatoren verschiedener Qualitätsdimensionen in einem Set sinnvoll, die spezifische Aspekte der Versorgung je nach Planungszweck adressieren.

Für die unterschiedlichen Planungszwecke der Gesundheits- bzw. Sozialbehörde eines Bundeslandes eignen sich jedoch Indikatoren verschiedener Qualitätsdimensionen in unterschiedlichem Maße (Abbildung 1).

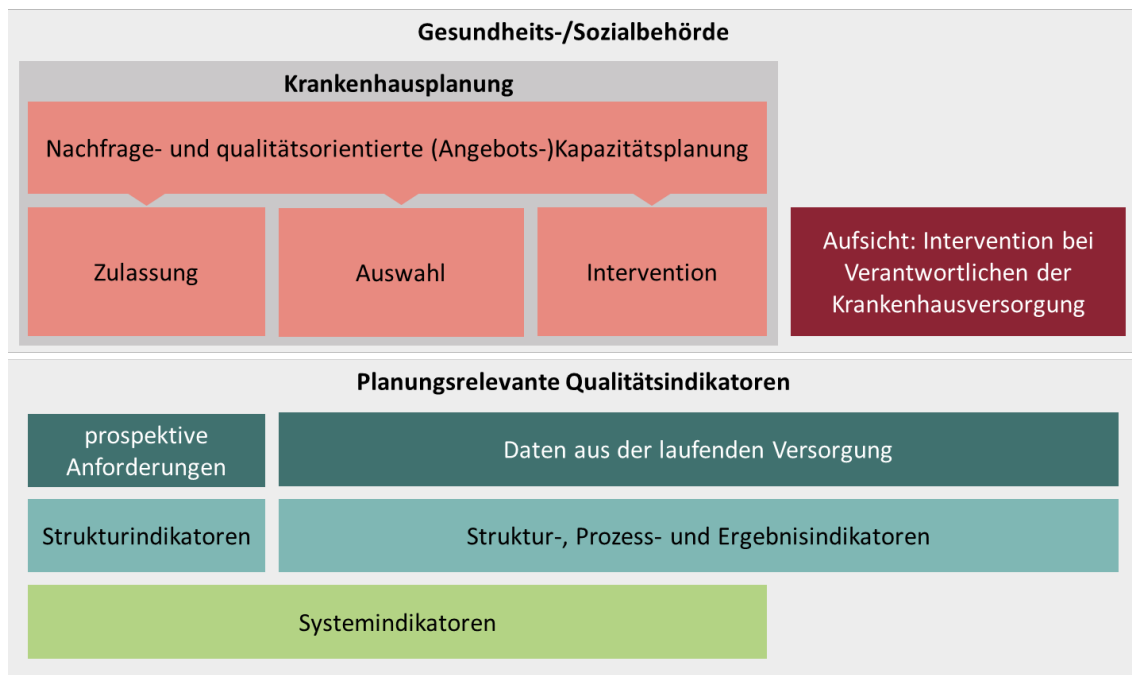


Abbildung 1: Zusammenhang der Planungszwecke mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verschiedener Qualitätsdimensionen

Strukturindikatoren, die zur Zulassung und Auswahl von Krankenhausstandorten genutzt werden, können zum einen Grundvoraussetzungen (Mindestanforderungen bzw. qualitätsbezogene Primäranforderungen) definieren, die jedes Krankenhaus erfüllen muss, damit es an der Versorgung teilnehmen darf (Zulassung und Intervention). Zum anderen können sie Voraussetzungen definieren, die nur ausgewählte Krankenhäuser zur Bildung spezifischer (z. B. hochqualifizierter) Zentren in der Versorgung einer Region erfüllen müssen, die demnach zu krankhausplanerischen Auswahlentscheidungen eingesetzt werden können.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren der Strukturqualität können dabei entwickelt werden für folgende Anforderungen:

- personelle Anforderungen
 - Personaluntergrenzen (z. B. schichtspezifisch, Quoten, absolute Anzahl)
 - Qualifikation (ärztlich/pflegerisch/andere Berufsgruppen)
- strukturelle Anforderungen
 - räumlich/baulich
 - technisch/apparativ
 - medizinisch
 - organisatorisch: Kooperationen, Integration in Rettungsdienststrukturen, Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft, Anpassung für bestimmte Patientengruppen (z. B. geriatrische Versorgung orthopädischer Patientinnen und Patienten)

Auch der Gesetzgeber schrieb 2016 in der Begründung zum KHSG, dass „neben Ergebnis- und Prozessindikatoren [...] als Indikatoren zur Strukturqualität z. B. auch konkrete apparative oder

bauliche Anforderungen sowie Maßzahlen zur Personalausstattung in Betracht“ kommen (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 89).

Indikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität können entweder einen Bezug zu Aspekten der Patientensicherheit aufweisen oder sie betreffen andere OECD-Qualitätsdimensionen (siehe Abschnitt 4.1.2). Für die krankenhauplanerische Intervention können sie nur genutzt werden, wenn sie entweder einzeln oder in der gemeinsamen Betrachtung einen Bezug zu Aspekten der Patientensicherheit aufweisen (siehe Abschnitt 4.1.2). Nur in diesen Fällen ermöglichen sie die Bewertung, ob „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ vorliegt oder nicht. Für die aufsichtsrechtliche Nutzung der Indikatorergebnisse spielt dieses Kriterium keine Rolle, die Indikatoren können auch einzeln genutzt werden. Weiterhin sind auch Indikatoren zu entwickeln und zu nutzen, die das Spektrum „guter“ Qualität abbilden und die damit für die Auswahl von Standorten genutzt werden können.

Demnach kann ein Set an planungsrelevanten Qualitätsindikatoren die folgenden Qualitätsdimensionen umfassen und für die folgenden zugehörigen Planungszwecke herangezogen werden:

- Indikatoren zur Strukturqualität
 - Grundvoraussetzung zur Teilnahme an der Versorgung für alle Krankenhäuser (prospektive Mindestanforderung für Zulassung, Intervention bzw. qualitätsbezogene Primäranforderungen)
 - strukturelle Anforderungen, die nicht alle Krankenhäuser erfüllen müssen, die aber von der Planungsbehörde bei Auswahlentscheidungen berücksichtigt werden können
- Indikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität (einschließlich Indikationsqualität)
 - einzeln oder als Set und mit Bezug zu Patientensicherheit zur Nutzung bei der krankenhauplanerischen Intervention und auch für qualitätsfördernde Maßnahmen
 - ohne Bezug zu Patientensicherheit, die das Spektrum „guter“ Qualität abbilden und die für Auswahlentscheidungen eingesetzt werden können
 - die zwar im Spektrum „unzureichender“ Qualität abbilden, dabei aber ohne Bezug zu der Patientensicherheit bleiben und für qualitätsverbessernde Maßnahmen genutzt werden können.

1.2 Nutzung von Qualitätsanforderungen zur Regulierung in anderen Ländern

Ob und in welcher Form Qualitätsanforderungen bei der Krankenhausplanung in anderen Ländern Berücksichtigung finden, wurde mithilfe einer orientierenden Recherche untersucht. Hierbei wurden beispielhaft zum einen europäische Länder mit vergleichbaren gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Strukturen (Dänemark, Schweden, Großbritannien, Niederlande, Österreich, Schweiz) und zum anderen die USA und Kanada als große außereuropäische industrialisierte Gesellschaften betrachtet. Ausgehend von den standardisierten Gesundheitssystemberichten (Health Systems in Transition (HiT) series), die das European Observatory on Health Systems and Policies zu den einzelnen Ländern veröffentlicht, erfolgte eine Schneeballsuche und

Webseitenrecherche hinsichtlich Krankenhausplanung und -regulierung in Verbindung mit Qualitätsanforderungen der einzelnen Länder.

In Schweden und Dänemark findet vorwiegend die Planung von Krankenhauskapazitäten durch die jeweils zuständigen regionalen Gebietskörperschaften (Schweden: Provinziallandtage, Dänemark: Regionen) statt (Preusker 2012, Olejaz et al. 2012, Anell et al. 2012). Zum Beispiel erfolgt in Schweden die Krankenhausplanung bzw. Kapazitätsplanung (Planung, Vorbereitung und Realisierung von Kapazitätsveränderungen u. a. im Hinblick auf Bettenzahl und Personalressourcen) auf Grundlage der demografischen Entwicklung einer Region, von Daten zur allgemeinen Gesundheit der Bevölkerung sowie von Inzidenz und Prävalenz bestimmter Krankheiten (z. B. Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt, Diabetes; Cavic 2017). Spezifische Qualitätsanforderungen bzw. -kriterien zur Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität werden hierbei nicht einbezogen.

Daneben erfolgt sowohl in Schweden als auch in Dänemark eine Planung hinsichtlich der Erbringung von hochspezialisierten Krankenhausleistungen. Zuständig sind dafür die jeweiligen staatlichen Gesundheitsministerien (Schweden: Socialstyrelsen, Dänemark: Sundhedsstyrelsen). Die Auswahl und (regionale) Zulassung der Krankenhäuser, die diese hochspezialisierten medizinischen Leistungen erbringen dürfen, ist dabei an bestimmte Voraussetzungen und (Qualitäts-)Anforderungen geknüpft (Preusker 2012). So müssen z. B. Einrichtungen in Dänemark gemäß der Anforderungen der Danish Health and Medicines Authority (DHMA) bestimmte Strukturvorgaben erfüllen (z. B. müssen für die spezifische fachärztliche Behandlung mind. drei Fachärzte zur Verfügung stehen; DHMA 2015). Darüber hinaus werden auch bestimmte Grundsätze für die Erbringung von Prozessen formuliert: so z. B., dass eine enge, interdisziplinäre Zusammenarbeit im klinischen Alltag wichtig sei, um die Behandlungsqualität sicherzustellen. Daher müssen in den hochspezialisierten Versorgungseinrichtungen gemeinsame Behandlungskonferenzen der jeweiligen Fachspezialistinnen und Fachspezialisten durchgeführt oder auch gemeinsame klinische Leitlinien erstellt werden (DHMA 2015).

In Großbritannien ist mit dem National Health Service (NHS) ein staatlich finanziertes öffentliches Gesundheitssystem etabliert, welches autonom durch die vier nationalen Gesundheitsverwaltungen in England, Schottland, Wales und Nordirland reguliert wird. Die Finanzierung erfolgt zentral über Budgets, die den vier nationalen Gesundheitsverwaltungen durch das zentrale Finanzministerium zugewiesen und die von diesen autonom verwaltet werden. Die Planungshoheit liegt bei den zuständigen Behörden der einzelnen Landesteile (England, Schottland, Wales, Nordirland). So reguliert, überprüft und evaluiert beispielsweise in England die Care Quality Commission (CQC) als unabhängige Regulierungsbehörde die Umsetzung grundlegender Sicherheits- und Qualitätsstandards im Gesundheitssektor. Sie legt die Mindeststandards für die Versorgung fest und verfügt über unterschiedliche Sanktionsmöglichkeiten von Leistungsbeschränkung über Abmahnung, Verhängung von Bußgeldern bis zur Strafverfolgung. Die Regulierung erfolgt in einem kontinuierlichen Prozess im Zusammenwirken der CQC mit weiteren Akteuren des Sektors (Nationale Gesundheitsdatenauswertung, Kostenträger, Krankenhausmanagement). Für Krankenhäuser, in der Mehrzahl in NHS-Trägerschaft (NHS Trusts, Foundation Trusts), nimmt die CQC ein Rating der jeweiligen Einrichtung vor („outstanding“, „good“, „requires improvement“, „inadequate“; CQC 2018b), einhergehend mit der Entscheidung, ob bzw. welche

Konsequenzen zu ziehen sind (Cylus et al. 2015). Grundlage ihrer Bewertung sind zum einen Informationen, die die CQC bei Begehung der Krankenhäuser erhebt. Bei diesen Begehungen werden regelmäßig acht zentrale Leistungsbereiche⁴ (CQC 2018c) hinsichtlich der fünf Qualitätsdimensionen *safety, effectiveness, caring, responsiveness* und *well led* untersucht (CQC 2018a). Zugleich werden die Ergebnisse des für Trusts verpflichtenden Monitorings von über 300 Indikatoren zur Bewertung herangezogen, deren Erhebung und Auswertung durch die zuständige Organisation zur Qualitätskontrolle und -verbesserung, NHS Improvement (NHSI), gemäß einer einheitlichen und für alle Einrichtungen verbindlichen Spezifikation („Single Oversight Framework“, 2016 erstmals veröffentlicht) erfolgt (NHS Improvement 2017a). Die Indikatoren beziehen sich z. B. auf die Anzahl von „Never Events“ (NHS Improvement 2018) – vergleichbar mit Sentinel Events, die in der deutschen Qualitätssicherung von Indikatoren erfasst werden –, die Anzahl der Notfall-Kaiserschnitte, Infektionsraten bestimmter Erreger (u. a. Clostridium difficile, MRSA) oder die Sterblichkeit (NHS Improvement 2017b). Ein Ratingergebnis, das eine Einrichtung als *requires improvement* oder als *inadequate* bezüglich der Versorgungsqualität einstuft, ist potenziell Auslöser eines Prozesses, in welchem die NHSI gezielt das Verbesserungspotenzial und den Unterstützungsbedarf ermittelt und entsprechende Maßnahmen empfiehlt (NHS Improvement 2017a). Direkte interventionelle Maßnahmen stehen der CQC auf Grundlage des „Health and Social Care Act 2008“ zur Verfügung. Stellt die CQC einen gegenwärtigen systematischen oder isolierten Qualitätsmangel mit dringendem Verbesserungsbedarf (*requires significant improvement*) fest, kann sie der Einrichtung gemäß Abschnitt 29A des Health and Social Care Act 2008 eine Abmahnung mit Auflagen und Fristen für die Umsetzung von Verbesserungen erteilen („section 29A warning notice“; CQC [kein Datum]). Die Umsetzung der Auflagen wird ebenfalls durch die CQC überprüft. Erreicht das Krankenhaus die notwendigen Verbesserungen nicht, entscheidet die CQC in Abwägung der unternommenen Verbesserungsmaßnahmen, ob eine weitere Abmahnung oder aber andere Auflagen notwendig sind. Als höchste Eskalationsstufe für Krankenhäuser, die bereits mit diesen Auflagen belegt sind, kann die CQC schließlich eine Sonderverwaltung anordnen (*special administration*) bzw. diese beim Gesundheitsministerium beantragen, d. h., das Management der Einrichtung wird dann einer Verwalterin oder einem Verwalter übertragen, die/der durch die Gesundheitsministerin / den Gesundheitsminister ernannt wird (DHSC 2013).

In den Niederlanden ist mit Verabschiedung des Gesundheitsversicherungsgesetzes („Zorgverzekeringswet“) und des Gesundheitsversorgungs-Marktregulierungs-Gesetzes („Wet marktordering gezondheidszorg“) seit 2006 ein Strukturreformprozess im Gesundheitswesen hin zu einem nachfrageorientierten, patientenzentrierten und durch Marktanreize gesteuerten System eingeleitet worden. Eine grundlegende Systementscheidung hierbei war die Einführung einer Pflichtversicherung für alle und die Umstellung auf ein privatwirtschaftliches Versicherungswesen aller Krankenversicherer. Schon zuvor hatte eine zunehmende Konzentration sowohl bei Versicherern als auch bei Krankenhäusern, die als Non-Profit-Einrichtungen geführt werden, eingesetzt. Ziel der 2006 begonnenen Gesundheitsreform war es nicht nur, die Kosten im Gesund-

⁴ Notfallversorgung, Medizinische Versorgung, Chirurgie, Intensivpflege, Gynäkologie/Geburtshilfe, Kinder- und Jugendmedizin, Versorgung am Lebensende, ambulante Versorgung und bildgebende Diagnostik.

heitswesen zu senken, sondern auch, die Qualität der Gesundheitsversorgung durch kompetitives Verhalten der Akteure zu verbessern. So sollen in einem „gesteuerten Wettbewerb“ zum einen die Versicherer und Leistungserbringer durch autonome Vertragsgestaltung, zum anderen die Versicherten durch qualitätsorientiertes Auswahlverhalten eine Verbesserung des Qualitätsniveaus herbeiführen. In erster Linie sollen die Versicherer durch Vertragsgestaltung Qualitätsanforderungen für Krankenhäuser definieren, die zugleich diesen selbst einen Vorteil im Wettbewerb um Versicherte bieten können (Kroneman et al. 2016).

Qualität, Sicherheit und Wettbewerb sowie Einhaltung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen in der Gesundheitsversorgung werden durch verschiedene Institutionen⁵ landesweit überwacht (Kroneman et al. 2016). Hochspezialisierte Leistungen, wie z. B. Transplantationen, Herzchirurgie, Neurochirurgie, Neugeborenenintensivbehandlung, dürfen nur nach Zulassung durch das Gesundheitsministerium erbracht werden und werden auf diese Weise zentral sichergestellt. Außerdem werden Einrichtungen wie Notfallzentren, Trauma- und Brandverletztenzentren sowie das Rettungswesen zentral durch die Dutch Health Care Authority (Niederländische Zorgautorität) gesteuert. Abgesehen von diesen Zuständigkeiten findet jedoch keine staatliche bzw. zentrale Krankenhausplanung und -regulierung mithilfe von Qualitätsanforderungen statt (Geissler et al. 2018).

In Österreich ist das zentrale Planungsinstrument u. a. für die Krankenhausplanung der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG; BMASGK 2018, BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018). Dieser stellt als nationaler Rahmenplan die Grundlage für die Gesundheits- und Bedarfsplanung dar und wird gemeinsam vom Bund, den Bundesländern sowie der Sozialversicherung erstellt (Hofmarcher und Quentin 2013). Der ÖSG wird auf Ebene der Bundesländer in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit im Sinne einer Detailplanung konkretisiert (BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018). Diese Strukturpläne enthalten Vorgaben für Akutkrankenhäuser, aber auch für den ambulanten Bereich (u. a. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte), die stationäre und ambulante Rehabilitation sowie für Langzeitpflegeeinrichtungen. Es werden sowohl Kapazitäten festgelegt (z. B. die Anzahl an Betten pro medizinischer Fachrichtung) als auch qualitative Anforderungen bzw. Qualitätskriterien formuliert (Fülöp 2017). Diese Qualitätskriterien sind eine wesentliche Voraussetzung für die Leistungserbringung und umfassen einerseits allgemeine Kriterien, die sich auf alle Fachbereiche und Versorgungsstufen beziehen, so z. B. Kriterien zu Personal (personelle Ausstattung von Abteilungen) und zur Ausstattung der Krankenhäuser (Mindestausstattung als Voraussetzung für die Leistungserbringung). Andererseits werden darüber hinaus spezifische Qualitätskriterien für ausgewählte Versorgungsbereiche oder bestimmte Patientengruppen formuliert (z. B. zur Versorgung von Schwerbrandverletzten; BMASGK 2018). Die Qualitätskriterien des Strukturplans beziehen sich dabei hauptsächlich auf die Strukturqualität, aber es werden auch Kriterien der Prozessqualität in allgemeiner Form (z. B. zum Nahtstellenmanagement oder zur Patientensicherheit) aufgeführt (BMASGK 2018). Mit dem aktuellen ÖSG 2017 werden zudem erste Schritte unternommen, von einer ausschließlichen Betrachtung der Krankenhäuser abzusehen und zunehmend die gesamte Versorgung einer Region bei der Planung in

⁵ Health Care Inspectorate („Inspectie voor de gezondheidszorg“); Netherlands Healthcare Authority („Nederlandse Zorgautoriteit“); Netherlands Competition Authority („Nederlandse Mededingingsautoriteit“).

den Blick zu nehmen und somit zu einer integrativen regionalen Versorgungsplanung überzugehen (Fülöp 2017). Somit werden nicht mehr nur strukturplanerische Aspekte bei der Gesundheits- und Bedarfsplanung berücksichtigt, sondern auch Aspekte einer flächendeckenden Qualitätsverbesserung sowie der Patientenorientierung/-zentrierung (Fülöp 2017). Durch diese ersten Bemühungen der Integration von Aspekten der Patientenorientierung/-zentrierung zielt die Bedarfs- und Gesundheitsplanung zukünftig nicht mehr nur auf die Optimierung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ab, sondern bezieht ebenfalls die Ebene der Interaktion von Patientinnen/Patienten und Versorgern sowie die Patientenperspektive bei der Planung mit ein (Fülöp 2017).

Im Januar 2012 erfolgte in der Schweiz mit Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen auch die Novellierung der Spitalplanung. Diese liegt in der Verantwortung der insgesamt 26 Schweizer Kantone. Hierbei erfolgen in einem ersten Schritt die Bildung von sogenannten Leistungsgruppen mit medizinisch vergleichbaren Leistungen und anschließend die Festlegung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen für die jeweiligen Leistungsgruppen. Die insgesamt 125 Spitalplanungs-Leistungsgruppen sind nach Fachgebieten unterteilt und sollen unter anderem medizinisch sinnvolle Einheiten bilden, indem Leistungen ähnlicher Komplexität zusammengefasst wurden (De Pietro et al. 2015, BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018). In einem zweiten Schritt wird eine Bedarfsprognose auf Kantonsebene für die jeweiligen stationären Leistungsgruppen unter Berücksichtigung von u. a. epidemiologischen, demographischen, ökonomischen Faktoren erstellt. Im Anschluss erfolgen die Ausschreibung der Leistungsgruppen sowie die Bewerbung einzelner Spitäler. Nach Evaluierung der Erfüllung der Anforderungen und unter Gewährleistung einer guten und schnellen Erreichbarkeit der Listenspitäler gemäß definierter Wegezeiten wird letztlich durch den Kanton die Spitalliste erstellt (De Pietro et al. 2015, BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018).

Folgende Anforderungen müssen erfüllt werden: generelle Qualitätsanforderungen wie beispielsweise das Vorhandensein eines QS-Konzepts, eines Patientenversorgungskonzepts, eines Notfallkonzepts, eines Hygienekonzepts, eines Critical Incident Reporting Systems (CIRS), von multiprofessionellen Entlassungspfaden und von Patienten- und Einweiser-Befragungen. Zudem müssen Wirtschaftlichkeitsanforderungen erfüllt und angemessene Aus- und Weiterbildungen der Gesundheitsberufe gewährleistet werden. Je Leistungsgruppe müssen zudem zusätzlich spezifische Strukturanforderungen erfüllt werden, wie beispielsweise das Vorhandensein bestimmter Facharztqualifikationen, die Vorhaltung einer Notfallversorgung, die Sicherstellung eines Tumorboards oder die Erfüllung von Mindestfallzahlen.

Eine Ausnahme bildet die Leistungsgruppe „hochspezialisierte Leistungen“, deren Beplanung kantonsübergreifend erfolgt. Durch eine Konzentration von komplexen seltenen Leistungen soll eine höhere Auslastung hochspezialisierter Zentren angestrebt werden (De Pietro et al. 2015, BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018).

Die in der Spitalliste aufgeführten Spitäler müssen sich einer kontinuierlichen Auditierung unterziehen, die durch ein unabhängiges Audit-Institut im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons erfolgt. Bei Feststellung von Abweichungen müssen diese innerhalb vorgegebener Fris-

ten behoben werden, da andernfalls Maßnahmen (Verwarnungen, finanzielle Sanktionen) getroffen werden können, die bis zu einem Entzug des betroffenen Leistungsauftrags reichen (De Pietro et al. 2015).

In den USA erfolgt die Planung des Gesundheitssektors weniger durch den Staat als vielmehr über einzelne Aktivitäten von nicht staatlichen oder auch privaten Organisationen bzw. öffentlich-privaten Partnerschaften. Eine koordinierte Gesundheitsplanung der verschiedenen Akteure ist nicht in hohem Maße ausgebaut (Rice et al. 2013). Vorgaben für den Krankenhaussektor erfolgen in den USA primär über Akkreditierungen, vorwiegend durch die nicht staatliche Organisation Joint Commission (JC) sowie im Bereich des Fürsorgesystems von Medicare und Medicaid anhand festgelegter Kriterien zur Leistungserstattung (Rice et al. 2013). Bei der Akkreditierung durch die JC handelt es sich um eine freiwillige Selbstkontrolle der Krankenhäuser hinsichtlich bestimmter Akkreditierungsanforderungen (Rice et al. 2013). Diese zu erfüllenden Voraussetzungen für eine Akkreditierung umfassen bestimmte Strukturvorgaben, aber auch Anforderungen an die Prozess- und Ergebnisqualität, z. B. hinsichtlich des Zugangs und der Kontinuität der Versorgung, zum Patientenassessment, zum Medikationsmanagement, zur Infektionsprävention und -kontrolle sowie zur Qualitätsverbesserung und Patientensicherheit (JCI 2017). Zwar erfolgt durch die JC-Akkreditierung eine der wichtigsten Qualitätskontrollen des Krankenhaussektors in den USA (Rice et al. 2013), jedoch wird sie nicht regulierend eingesetzt. Eine Regulierung der Krankenhäuser über Qualitätsanforderungen erfolgt wie erwähnt dagegen im System von Medicare und Medicaid. Für Krankenhäuser, die Medicare- und Medicaid-Patientinnen und -Patienten behandeln, sind von den Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) bestimmte Mindeststandards für Qualität und Sicherheit als Voraussetzung für die Leistungserstattung vorgegeben (Rice et al. 2013). Die Mindeststandards umfassen zum einen Strukturvorgaben („Ein Notfalllabor muss 24 Stunden am Tag verfügbar sein“), aber auch Vorgaben zur Durchführung von Prozessen (z. B. zum Entlassungsprozess: „Durchführung eines Assessments zum poststationären Unterstützungsbedarf für eine angemessene Entlassungsplanung“) sowie Anforderungen an Maßnahmen zur Qualitätsbewertung und Leistungsverbesserung („Implementierung von Qualitätsindikatoren, um z. B. bestimmte Pflegeprozesse oder die Ergebnisse von Operationen analysieren und verfolgen zu können“; CMS.gov [2017], HCPro 2015). Die Einhaltung der Mindeststandards wird in Übereinstimmung mit der Section 1864 des Social Security Act „Use of state agencies to determine compliance by providers of services with conditions of participation“ von staatlichen Begutachterinnen und Begutachtern geprüft (HHS, CMS 2012).

In Kanada ist das staatlich finanzierte Gesundheitswesen föderal organisiert und wird in den dreizehn Provinzen bzw. Territorien eigenständig verwaltet (Marchildon 2013). Durch zentrale Gesetzgebung (Canada Health Act) sind die Konditionen der Finanzierung und die strategischen Zielsetzungen des Gesundheitssystems (Zugang, Umfänglichkeit, Übertragbarkeit, Allgemeingültigkeit, Verwaltung) festgelegt. Die Umsetzung und Ausgestaltung obliegt jedoch den einzelnen Territorial- und Provinzialregierungen, häufig in der Verantwortung von regionalen Gesundheitsbehörden (Regional Health Authority). Entsprechend erfolgen auch Planung und Regulierung nicht kanadaweit einheitlich, sondern durch die territorial oder provinzial zuständigen Behörden bzw. Körperschaften. Provinzregierungen oder Gesundheitsbehörden als die eigentli-

chen Kostenträger schließen Verträge mit unabhängigen Leistungserbringern und stellen so die Gesundheitsversorgung sicher. Dabei unterliegen sie der Gesetzgebung der jeweiligen Provinz (Marchildon 2013). Die Mehrzahl der Krankenhäuser wird von regionalen Gesundheitsbehörden betrieben, die übrigen in freier Trägerschaft befindlichen Krankenhäuser sind aufgrund ihrer finanziellen Abhängigkeit vertraglich den regionalen Gesundheitsbehörden und deren Zielsetzungen verpflichtet. Eine Kapazitätsplanung erfolgt krankenhaushaus- und bedarfsbezogen durch die jeweils zuständige regionale Behörde.

Mit der Accreditation Canada (bis 2008 Canadian Council on Health Services Accreditation) und deren Tochtergesellschaft Health Standards Organization existiert zwar kanadaweit eine Non-Profit-Organisation, die Standards für Gesundheits- und Sozialfürsorge entwickelt und diese in einer Art Peer-Review-Verfahren umsetzt. Hierzu gehören beispielsweise Standards für Krebsbehandlung, Intensivmedizin, perioperative und invasive Leistungen oder Geburtshilfe (HSO [kein Datum]). Außer in Alberta und Quebec hat eine Akkreditierung, die auch Krankenhäuser vornehmen lassen können, allerdings nur den Charakter einer freiwilligen Selbstkontrolle (Marchildon 2013). Grundlegende Qualitätsanforderungen an Krankenhäuser sind z. B. in British Columbia (BC) im Hospital Act Regulation gesetzlich geregelt. Diese beinhalten bestimmte Strukturanforderungen, wie die Organisationsform und Verantwortlichkeit in Krankenhäusern (Vorstand, verantwortliche Verwalterin / verantwortlicher Verwalter), Personal (Organisation, Qualifikation, Verantwortlichkeiten, Sanktionen) oder Verpflichtung zur Teilnahme am Qualitätsmanagement bezogen auf bestimmte Items (Todesfälle, Behandlungsmethoden, Patientenergebnisse, Ergebnisse chirurgischer Behandlung, Fälle mit überlanger Verweildauer; Hospital Act, B.C. Reg. 121/97 [einschließlich Änderungen bis B.C. Reg. 225/2016]). In einigen Provinzen existieren „Qualitätsräte“ (*quality councils*), mit dem Ziel, Qualitätsstandards zu verbessern und Ergebnisse zu veröffentlichen, die jedoch lediglich eine beratende Funktion ohne eigene Durchsetzungsbefugnisse haben (British Columbia, Alberta, Saskatchewan, Ontario, Quebec und New Brunswick). Beispielsweise ist es in BC der BC Patient Safety and Quality Council, ein Expertengremium unter Vorsitz einer Ministerialbeamtin / eines Ministerialbeamten des Gesundheitsministeriums, die/der im Auftrag der Gesundheitsministerin / des Gesundheitsministers Strategiepläne zur Umsetzung der Gesundheitsziele erstellt und spezielle Programme durchführt. Die Ergebnisse zu den einzelnen Strategieprogrammen werden durch den BC Patient Safety and Quality Council jährlich veröffentlicht (BCPSQC [2018]). So wurde z. B. ein Strategieplan zur Unterstützung für Kliniken in BC entwickelt, die sich am nationalen National Surgical Quality Improvement Program beteiligen (Marchildon 2013). Im Rahmen des BC Sepsis Network führt der Council mit dem Inpatient Sepsis Toolkit ein Programm zur Verbesserung der Qualität des Sepsismanagements im Krankenhaus durch (Marchildon 2013). Ein weiteres Instrument zur Durchsetzung von Qualität in der Gesundheitsversorgung ist die durch den BC Patient Safety and Quality Council veröffentlichte BC Health Quality Matrix, in der sieben Qualitätsdimensionen definiert sind (*acceptability, appropriateness, accessibility, safety, effectiveness, equity, efficiency*), welche vom Council angewendet werden (Marchildon 2013). Zugleich soll damit allen Beteiligten des Gesundheitswesens ein einheitlicher Qualitätsmaßstab zur Messung und Planung zur Verfügung gestellt werden, um zu einem provinzübergreifenden Verständnis von Qualität und zu einer kontinuierlichen Verbesserung zu kommen. Es existiert somit also eine Vielzahl

konzertierter Qualitätssicherungsmaßnahmen, eine systematische und qualitätsgesteuerte Regulierung des Krankenhaussektors findet derzeit jedoch nicht statt. In letzter Instanz bleibt die Sicherheit und Qualität der Gesundheitsversorgung in der Verantwortung der jeweiligen Provinz- oder Territorialregierung (Marchildon 2013).

1.3 Auftrag durch den G-BA

Die Folgebeauftragung des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V beinhaltete zwei Auftragsgegenstände: die Prüfung der Ableitung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen (Auftragsgegenstand 1) sowie die Erstellung eines Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung (Auftragsgegenstand 2). Zunächst erfolgte die Bearbeitung des Auftragsgegenstands 1. Hierzu wurde dem G-BA am 27. April 2018 der entsprechende Abschlussbericht übergeben (IQTIG 2018c).

Im Rahmen des Auftragsgegenstands 2 zur Erstellung eines Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren soll nun erarbeitet werden, welche Qualitätsaspekte sich grundsätzlich für die Krankenhausplanung eignen, sowie eine Methode zur Entwicklung von entsprechenden Qualitätsindikatoren und Indikatorensets dargestellt werden (Auftragsgegenstand 2a). Das IQTIG wird im Zusammenhang mit dem formulierten Auftragsgegenstand Kriterien für die Identifikation von Themen bzw. Versorgungsbereichen mit besonderer Priorität für die Berücksichtigung von Qualitätsergebnissen bei der Krankenhausplanung vorgeben. Darüber hinaus soll laut G-BA-Auftrag formuliert werden, welche Anforderungen an Qualitätsindikatoren zu stellen sind, damit diese die Bewertung einer Fachabteilung ermöglichen können (Auftragsgegenstand 2b). Entsprechend der Neuformulierung des § 136c Abs. 2 Satz 1 SGB V, der Auflage des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG; BMG 2017) sowie der Änderung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL)⁶ hinsichtlich § 3 Abs. 2 sollen zudem methodische Anforderungen, die an die zu liefernden Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Auswertungsergebnisse zu stellen sind, dargestellt werden, um damit eine differenziertere Qualitätsbeurteilung zu ermöglichen (Auftragsgegenstand 2c). Auftragsgegenstand 2d beinhaltet die Frage, ob und wie „Grundleistungsbereiche“ der stationären Patientenversorgung identifiziert werden können. Dies soll am Beispiel der Bereiche Unfall- und Viszeralchirurgie dargestellt werden. Der Auftrag schließt ab mit einem Konzept, wie Veränderungen der Versorgungsqualität, die sich aus der Anwendung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren ergeben, evaluiert werden können (Auftragsgegenstand 2e).

⁶ Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 18. Januar 2018, in Kraft getreten am 12. Mai 2018. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/> (abgerufen am 07.09.2018).

Zur Orientierung ist der vorliegende Bericht den genannten Auftragsgegenständen entsprechend gegliedert:

- zu Auftragsgegenstand 2a – Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Kapitel 4)
- zu Auftragsgegenstand 2b – Anforderungen zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung (Kapitel 6)
- zu Auftragsgegenstand 2c – Differenzierte Qualitätsbeurteilung (Kapitel 5)
- zu Auftragsgegenstand 2d – Grundleistungsbereiche (Kapitel 3)
- zu Auftragsgegenstand 2e – Evaluation der Veränderung der Versorgungsqualität durch planungsrelevante Qualitätsindikatoren (Kapitel 7)

Die Erstellung des Konzepts für planungsrelevante Qualitätsindikatoren erfolgt nun explizit erst im dritten Schritt. Zuvor wurden zum einen die Auswahl von Indikatoren, die bereits gemäß der QSKH-RL erhoben werden, sowie Vorschläge zur Umsetzung in ein Verfahren planungsrelevante Qualitätsindikatoren beauftragt und bearbeitet (Schritt 1; IQTIG 2016a). Zum anderen erfolgte mit Abgabe zum 27. April 2018 die Prüfung der Ableitung aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen (Folgauftrag 1; IQTIG 2018c). Der vorausgegangenen Bearbeitung von Einzelaufträgen im Zusammenhang mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren folgt nun ein Gesamtkonzept, in das die bestehenden Ansätze für planungsrelevante Qualitätsindikator integriert werden und das dabei gleichzeitig die konzeptionellen Grundlagen für Neuentwicklungen schafft.

1.4 Einbindung von Expertinnen und Experten

1.4.1 Fachgespräche

Während der Erstellung des Konzepts wurden im Januar und Februar 2018 Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden von fünf Bundesländern (Bayern, Brandenburg, Hamburg, Hessen und Nordrhein-Westfalen) geführt (siehe Tabelle 1 im Anhang A). Ziel war es, Hinweise zum planerischen Bedarf sowie zur intendierten Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung zu erhalten. Die Fachgespräche hatten jeweils eine Dauer von eineinhalb bis zwei Stunden. Die Teilnehmerzahl aufseiten der Bundesländer lag bei ein bis zwei Personen, vonseiten des IQTIG waren ebenfalls eine bzw. zwei Personen beteiligt. Die Fachgespräche wurden protokolliert und ihre Inhalte fanden Eingang in die Überlegungen zum vorliegenden Konzept, insbesondere zu Planungszwecken (siehe Abschnitt 1.1), zu Kriterien für Versorgungsbereiche (siehe Kapitel 2), zu Anforderungen an Qualitätsaspekte zur Nutzung in der Krankenhausplanung und an planungsrelevante Qualitätsindikatoren (siehe Kapitel 4), zur Verbindung der Systemlogiken Krankenhausplanung und Qualitätssicherung (siehe Kapitel 6), zur Rolle der potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit (siehe Abschnitt 6.1) und zum Konzept der Leistungsbündel bzw. Grundleistungsbereiche (siehe Kapitel 3).

1.4.2 Expertenworkshop

Zur Fundierung des Konzepts wurde am 25. Januar 2018 ein Expertenworkshop durchgeführt. Am Workshop nahmen fünf Vertreterinnen und Vertreter der für den Auftragsgegenstand relevanten wissenschaftlichen Fachgesellschaften teil (Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V., Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V., Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V., Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.). Weiterhin waren Vertreterinnen und Vertreter der Landesbehörden für Krankenhausplanung (2) und der Patientenvertretung im G-BA (2) beteiligt (siehe Tabelle 2 im Anhang A). Die Vertreterinnen und Vertreter der Fachgesellschaften und die Patientenvertreterinnen und -vertreter waren von ihren jeweiligen Organisationen benannt worden.

Ziel des Expertenworkshops war die Diskussion des Konzepts für die Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Indikatoren. Der Workshop wurde protokolliert und die Ergebnisse im vorliegenden Bericht berücksichtigt.

Entsprechend den „Verfahrensregeln der Interessenkonflikt-Kommission des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)“ des IQTIG (Stand: 17. Mai 2018) wurden die ausgewählten Expertinnen und Experten nach potenziellen Interessenkonflikten befragt (Fragenkatalog zu potenziellen Interessenkonflikten siehe Tabelle 3 im Anhang A). Die Expertinnen und Experten willigten bei Abgabe des „Formblatts zur Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte“ ein, dass die angegebenen Sachverhalte zusammenfassend, ohne konkrete Nennung der Beziehungen, unter Angabe ihres Namens veröffentlicht werden können (siehe Tabelle 4 im Anhang A). Die angegebenen potenziellen Interessenkonflikte wurden durch das entsprechende interne Gremium des IQTIG gesichtet und Themenbezug, Relevanz und Ausprägung bewertet: Es wurden von den Expertinnen und Experten Fakten genannt, die Grund für Interessenkonflikte sein könnten. Diese hatten in der Bewertung des Gremiums für Interessenkonflikte aber keine oder nur eine niedrige Relevanz für den Auftragsgegenstand, sodass alle Expertinnen und Experten zum Workshop zugelassen wurden.

1.4.3 Beteiligungsverfahren nach § 137a Abs. 7 SGB V

Darüber hinaus wurde in der Zeit vom 1. Oktober bis 9. November 2018 ein Beteiligungsverfahren zum vorliegenden Bericht durchgeführt, an dem die Institutionen gemäß § 137a Abs. 7 SGB V beteiligt wurden. Insgesamt nahmen 18 Organisationen Stellung. Die Stellungnahmen und ihre Würdigungen seitens des IQTIG werden als Anlagen bereitgestellt.

2 Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen

Bei der Auswahl von Versorgungsbereichen im Rahmen der Neu- und Weiterentwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren geht es im ersten Schritt darum festzustellen, bei welchen Frage- und Problemstellungen dieses Verfahren die größte Wirkung entfalten kann. Im zweiten Schritt können dann die konkreten Versorgungsbereiche identifiziert werden, bei denen der Einsatz von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sinnvoll erscheint, weil bei diesen eine entsprechende Frage- und Problemstellung vorliegt. Künftig geht es darum zu bestimmen, bei welchen Fragestellungen man planungsrelevante Qualitätsindikatoren einsetzen kann, um Versorgung zu verbessern und weiterzuentwickeln, aber auch ob alternativ andere Steuerungsinstrumente möglich wären.

Wenn im Folgenden von Versorgungsbereichen gesprochen wird, so ist das zunächst auf die Fachabteilungen als Planungseinheiten anzuwenden. Dabei handelt es sich aber um Organisationseinheiten, die sehr differente Leistungsspektren aufweisen. Daher gibt es zusätzlich die Konstrukte des Grundleistungsbereichs und der Leistungsbündel (siehe Kapitel 3), als eine Möglichkeit, um die Brücke zwischen der Qualitätssicherung, die bisher auf (Einzel-)Leistungen basiert, und einer organisationszentrierten Planung herzustellen (siehe Kapitel 6). Es ist jedoch denkbar, dass künftig für bestimmte Regionen die Planung spezifischer (Einzel-)Leistungen, wie z. B. interventionelle Endoskopie, für die Planungsbehörden erforderlich wird. Hierfür kann es sinnvoll sein, die regionale Versorgung mit diesen Spezialleistungen qualitativ darzustellen. Die folgende systematische Herleitung der Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen kann sich daher entsprechend auch auf Leistungsbündel und Einzelleistungen beziehen, sofern dies für die konkrete Aufgabenstellung erforderlich ist.

2.1 Eignung nach Planungszwecken

Die Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen lassen sich aus den verschiedenen Planungszwecken herleiten.

Intervention

Ein Versorgungsbereich eignet sich dann zur Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren für den Zweck der krankenhauplanerischen Intervention, wenn in einem Versorgungsbereich bei Leistungserbringern anhaltend „unzureichende“ Versorgungsqualität vorliegt, sodass die Patientensicherheit gefährdet erscheint. Dies sind einerseits Versorgungsbereiche, bei denen die Standardinstrumente der externen Qualitätssicherung (z. B. Strukturierter Dialog) nicht in der Lage waren, diese Situation zu ändern. Andererseits kommen auch Versorgungsbereiche infrage, die bisher noch nicht Gegenstand der externen Qualitätssicherung waren, bei denen jedoch aus anderen Quellen der Verdacht besteht, dass dort erheblicher Verbesserungsbedarf für Patientinnen und Patienten besteht, sodass eine Handlungsrelevanz für ein behördliches Ein-

schreiten besteht. Konkret kommen Versorgungsbereiche infrage, in denen das Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* dazu benötigt wird, bei anhaltenden Mängeln der Versorgungsqualität mit der Androhung und auch Durchführung von Sanktionen im Rahmen krankenhauplanerischer Interventionen zu reagieren.

Die Information, dass in einem Versorgungsbereich bei bestimmten Leistungserbringern anhaltend „unzureichende“ Versorgungsqualität vorliegt und Mindeststandards nicht eingehalten werden, kommt aus QS-Verfahren (Prozess- und Ergebnisindikatoren) oder externen Prüfungen der Strukturqualität. Liegt eine potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit vor, sodass die Versorgungsqualität als „in erheblichem Maß unzureichend“ eingestuft werden muss, kann eine Einschränkung der Berücksichtigung in der Krankenhausplanung gerechtfertigt sein, falls andere, weniger einschneidende Maßnahmen zu keiner Lösung des Problems führen. Das wären z. B. der Dialog mit der Einrichtung und dem Träger, Analyse der Ursachen und Erarbeitung eines Plans zur Behebung des Versorgungsmangels und Kontrolle der Umsetzung desselben.

Die krankenhauplanerische Intervention komplettiert die Instrumente der externen Qualitätssicherung, indem sie bei verbesserungsresistenten Versorgungsmängeln klarere Konsequenzen ziehen kann. Neuentwicklungen sollten stets – mit einer Ausnahme (gebiets- bzw. teilgebietsbezogene Indikatorenentwicklung, siehe Abschnitt 8.2) – auch für die Qualitätsförderung nutzbar sein.

Zulassung

Für Entwicklungen planungsrelevanter Qualitätsindikatoren für diesen Zweck eignen sich Versorgungsbereiche, für die strukturelle Mindestanforderungen vorgegeben werden sollten, deren Einhaltung für eine zureichende Versorgungsqualität erforderlich ist. Es kommen Versorgungsbereiche infrage, bei denen bekannt ist, dass strukturelle Mängel bei einzelnen Leistungserbringern vorliegen, die mit einer angemessenen Versorgungsqualität nicht zu vereinbaren sind, oder in denen neue Leistungserbringer tätig werden wollen. Bei diesen soll sichergestellt werden, dass nur die Standorte bzw. Fachabteilungen eine Zulassung erhalten, die zu angemessener Versorgungsqualität auch in der Lage sind.

Zur Sicherstellung zureichender Versorgungsqualität ist für die Planungsbehörden wichtig, dass sie nur Zulassungsanträge von Leistungserbringern für neue Leistungsbereiche bewilligen, die die justiziablen strukturellen Mindestanforderungen für zureichende Versorgungsqualität einhalten können. Gleichzeitig gelten diese Mindestanforderungen auch für Leistungserbringer, die in diesem Versorgungsbereich bereits tätig sind. Qualitätsindikatoren beschränken sich hierbei auf die Feststellung, ob die Mindestanforderungen eingehalten werden oder nicht. Da für Leistungserbringer, die in diesem Versorgungsbereich tätig sind, ein Verfehlen dieser Anforderungen im Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* erst im Wiederholungsfall zu Konsequenzen führt, wird damit eine gewisse Übergangszeit gewährt.

Für Versorgungsbereiche zur Nutzung für den Planungszweck der Zulassung kommen als Alternative Strukturqualitätsrichtlinien infrage, die in gleicher Weise Strukturvorgaben machen, vom G-BA zu beschließen sind und die damit auch bundesweite Gültigkeit haben. Strukturqualitäts-

richtlinien sind einerseits einfacher zu organisieren, bieten aber bisher nicht die gleichen Möglichkeiten zur Veröffentlichung der Ergebnisse hinsichtlich Umfang und Zeitnähe wie in der plan. QI-RL vorgesehen (Bericht nach § 17), wodurch der Öffentlichkeit transparent gemacht wird, ob Leistungserbringer die Anforderungen einhalten.

Der Impuls für ein Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* im Bereich Mindestanforderungen für den Planungszweck Zulassung geht von den Planungsbehörden oder von den Beteiligten des G-BA aus, je nachdem von wem aus eine berechtigte Notwendigkeit für strukturelle Anforderungen gesehen und nachgewiesen wird.

Auswahl

Zur Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren für diesen Planungszweck sind Versorgungsbereiche geeignet, die in der Planung besonders berücksichtigt oder gefördert werden sollen, sodass ein Interesse besteht, Leistungserbringer mit „guter“ Versorgungsqualität zu identifizieren und planerisch besonders zu berücksichtigen. Aufgrund der Interessenlage sind die Versorgungsbereiche vor allem nach den Bedarfen der Planungsbehörden auszuwählen.

Für die Weiterentwicklung regionaler Versorgung müssen diejenigen Leistungserbringer besonders fokussiert werden, die „gute“ Versorgungsqualität erbringen. Dieser Aspekt wurde in der bisherigen verpflichtenden externen Qualitätssicherung nicht berücksichtigt, da sie primär das Einhalten von Behandlungsstandards zum Ziel hatte und somit kaum zu einer Differenzierung von „guter“ Versorgungsqualität beitragen konnte. Mit der Einführung der Qualitätsverträge nach § 110a SGB V, den Qualitätszu- und -abschlägen sowie den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Auswahl beginnt die Qualitätssicherung, sich erstmals der („außerordentlich“) „guten“ Versorgungsqualität zuzuwenden.

Alternativ kämen für diese Versorgungsbereiche nur die Qualitätszu- und -abschläge infrage, die aber noch nicht realisiert und wenig auf die Planungsbedürfnisse der Landesbehörden zugeschnitten sind.

Fazit

Fasst man diese Systematik zusammen, so ergeben sich folgende Wege zur Identifizierung geeigneter Versorgungsbereiche nach Planungszwecken:

- für die Intervention: Initiierung durch die Ergebnisse bestehender QS-Verfahren, bei denen durch anhaltend „unzureichende“ Versorgungsqualität eine potenzielle Gefährdung von Patientensicherheit festgestellt wird, durch externe Prüfungen der Strukturqualität oder Hinweise des G-BA oder der Landesplanungsbehörden auf erhebliche Verbesserungsbedarfe für Patientinnen und Patienten
- für die Zulassung: Initiierung durch den Bedarf an Mindeststandards in Versorgungsbereichen, die für die Planungsbehörden von Wichtigkeit sind. Auswahl anhand der (potenziellen) Bedeutung von strukturellen Vorgaben für den entsprechenden Leistungsbereich
- für die Auswahl von Krankenhausstandorten: Initiierung durch den Bedarf der Landesplanungsbehörden, Leistungserbringer mit besonders „guter“ Qualität in den Krankenhauspla-

nungen fördern und ausbauen zu können. Auswahl eines Versorgungsbereichs zur Entwicklung entsprechender Indikatoren anhand der erwartbaren Unterschiede der Versorgungsqualität im guten Bereich.

Die Auswahl der Versorgungsbereiche entscheidet sich daher primär am intendierten Planungszweck und den planerisch-inhaltlichen Schwerpunkten der Planungsbehörden. Für die jeweiligen Versorgungsbereiche sind dann planungsrelevante Qualitätsindikatoren für den entsprechenden Planungszweck zu entwickeln. Nicht in allen Versorgungsbereichen lassen sich Indikatoren finden, die im Bereich der Patientensicherheit oder im Bereich „guter“ Qualität differenzierend messen können. Dies schränkt ggf. deren Verwendbarkeit für bestimmte Planungszwecke ein.

2.2 Kriterien für Versorgungsbereiche

Zur Identifizierung von Versorgungsbereichen, die von fachlicher und praktischer Relevanz für planungsrelevante QS-Verfahren sein könnten, wurden zunächst Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern der Krankenhausplanungsbehörden einiger Bundesländer geführt (siehe Abschnitt 1.4.1). Die Gesprächspartnerinnen und -partner sollten demnach darlegen, auf welche konkreten Versorgungsbereiche man sich ihrer Meinung nach zukünftig fokussieren sollte und für welche Themen, Gebiete, Bereiche und Indikationen planungsrelevante Qualitätsindikatoren sinnvoll wären. Hieraus ergaben sich zahlreiche Hinweise auf Themen der stationären Versorgung, in denen aus Sicht der Expertinnen und Experten eine Anwendung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren empfehlenswert wäre und aus denen im Weiteren allgemeine Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen für die Krankenhausplanung abgeleitet wurden.

Eine Auswertung der Fachgespräche ergab vielfache Übereinstimmungen bezüglich der adressierten Bereiche. So wurden u. a. mehrfach die Herzinfarkt- bzw. die Schlaganfallversorgung als geeignete Bereiche genannt, da hiervon große Teile der Bevölkerung betroffen seien. Ebenso wurden die Geriatrie oder Psychiatrie/Psychosomatik, aber auch Fachgebiete wie z. B. Orthopädie/Endoprothetik, Interventionelle Kardiologie oder Onkologie angeführt. Hier sahen die Expertinnen und Experten Planungsrelevanz, u. a. weil es sich um wachsende Bereiche handele (Geriatrie, Psychiatrie/Psychosomatik), aufgrund eines Potenzials für finanzielle Fehlanreize (Orthopädie/Endoprothetik, Kardiologie) oder aufgrund der Häufigkeit der Erkrankungen (Onkologie). Allgemein wurden Bereiche, bei denen für Leistungserbringer Fehlanreize im System der diagnosebezogene Fallgruppen (*diagnosis related groups*, DRG) bestünden, sodass sie ihr Versorgungsangebot über das erforderliche Maß ausweiten wollten, für die Krankenhausplanung als relevant bezeichnet. Aus Sicht der Vertreterinnen und Vertreter der Planungsbehörden wären planungsrelevante Qualitätsindikatoren für jeweils fachgebietstypische Leistungen verschiedener medizinischer Fachrichtungen bzw. eine Kombination aus operativen, konservativen und psychiatrischen Leistungen wünschenswert. Hierbei sei nach Fachabteilungen mit hohen Fallzahlen und eher einfachen Leistungen und Fachabteilungen mit geringeren Fallzahlen und dabei eher komplexen Leistungen, bei denen eine Komplikation zumeist gravierende Auswirkung auf die Patientinnen und Patienten haben könne, zu differenzieren. Einzelne Fachbereiche wurden

aufgrund eines hohen Steuerungspotenzials oder wegen bestehender Qualitätsdefizite als planungsrelevant bezeichnet. Die Notfallversorgung wurde ebenfalls mehrfach genannt, da hier eine große Patientengruppe betroffen sei. Zudem könne in Notfallsituationen meist keine qualitätsorientierte Auswahlentscheidung vor Inanspruchnahme der Leistung getroffen werden, daher sei hier eine qualitätsorientierte Planung notwendig, bei der dann ggf. auch das Rettungswesen einzubeziehen sei.

Im Rahmen dieser Expertengespräche wurde klar, dass neben den zweckbezogenen Kriterien für die Auswahl von Versorgungsbereichen zusätzlich die Häufigkeit der zugrunde liegenden Erkrankungen, der besondere Steuerungsbedarf und/oder die Häufigkeit der stationären Versorgung zu berücksichtigen sind.

- **Epidemiologische Relevanz:** Das Kriterium „Epidemiologische Relevanz“ bezieht sich auf Bereiche im Zusammenhang mit Erkrankungen, die von großer gesellschaftlicher Bedeutung sind, weil sie z. B. eine hohe Morbidität (Krankheitslast), Mortalität oder Letalität aufweisen. Hierfür ist eine Analyse von Daten aus repräsentativen Erhebungen, Studien und Forschungsergebnisse notwendig.
- **Besonderer Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung:** Mit dem Kriterium „Besonderer Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung“ könnten weitere Versorgungsbereiche identifiziert werden, in denen aus Sicht der Expertinnen und Experten planungsrelevante Qualitätsindikatoren anwendbar sein könnten. Hierzu zählen Bereiche, für die sich aus gesellschafts- oder gesundheitspolitischen Maßgaben Handlungsbedarf für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung ableiten lässt oder die aufgrund bestehender regulatorischer Vorgaben bereits einer gewissen Steuerung unterliegen.
- **Quantitative Bedeutung in der stationären Versorgung:** Die quantitative Relevanz eines Versorgungsbereichs kann über die Fallzahl oder die Anzahl der Einrichtungen definiert werden. Hierbei besteht ein Bezug zu Leistungen, die besonders häufig erbracht werden (Fallzahlen) oder die von einer großen Anzahl an Einrichtungen erbracht werden (Krankenhaus, Fachabteilung).

Versorgungsbereiche anhand dieser Kriterien können zudem unterschiedliche thematische Bezüge aufweisen. Bei den Qualitätsaspekten, die die Versorgungsqualität von Abteilungen oder Standorten abbilden sollen, werden leistungsbezogene Themen von Querschnittsthemen unterschieden. Leistungsbezogen bedeutet, dass ein Bezug zu einer konkreten Leistung und/oder Krankheitsentität besteht, die z. B. für ein Fachgebiet repräsentativ sein kann (z. B. Endoprothetik, Interventionelle Kardiologie, Krebserkrankungen nach betroffenem Organsystem). Querschnittsthemen hingegen sind übergreifende Aspekte, die Patientinnen und Patienten in verschiedensten Behandlungssituationen der stationären Versorgung betreffen (z. B. Hygiene, Entlassmanagement, Arzneimittelversorgung, Notfallversorgung).

2.3 Explorative Anwendung der abgeleiteten Kriterien

Im Folgenden wird skizziert, welche Versorgungsbereiche sich anhand der epidemiologischen Relevanz, des besonderen Steuerungsbedarfs für die Krankenhausplanung und der quantitativen Bedeutung in der stationären Versorgung für eine Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren eignen könnten.

Epidemiologische Relevanz

Für eine explorative Anwendung des Kriteriums „Epidemiologische Relevanz“ wurden die Ergebnisse der internationalen Global Burden of Disease-Studie (GBD-Studie) und des Statistischen Bundesamtes bezogen auf Krankheitslast, Mortalität und Letalität herangezogen.

Aus der GBD-Studie (Plass et al. 2014) geht hervor, dass, bezogen auf „Disability-Adjusted Life Years“ (DALYs; „behinderungsbereinigte Lebensjahre“), Herz-Kreislauf-Erkrankungen auf dem ersten (4.623.567 DALYs) und Krebserkrankungen auf dem zweiten (4.260.565 DALYs) Rang der zehn wichtigsten Erkrankungen in Deutschland stehen. Auf sie entfallen zusammen 40,7 % der Krankheitslast. Auf Rang drei und vier folgen muskuloskelettale Erkrankungen (3.771.654 DALYs) und die psychischen und Verhaltensstörungen (2.765.881 DALYs). Zusammen mit den beiden erstgenannten Krankheitsgruppen bilden sie hier 70,7 % der Krankheitslast unter den wichtigsten zehn Erkrankungen ab (Abbildung 2 und siehe Tabelle 8 in Anhang B) (Plass et al. 2014).

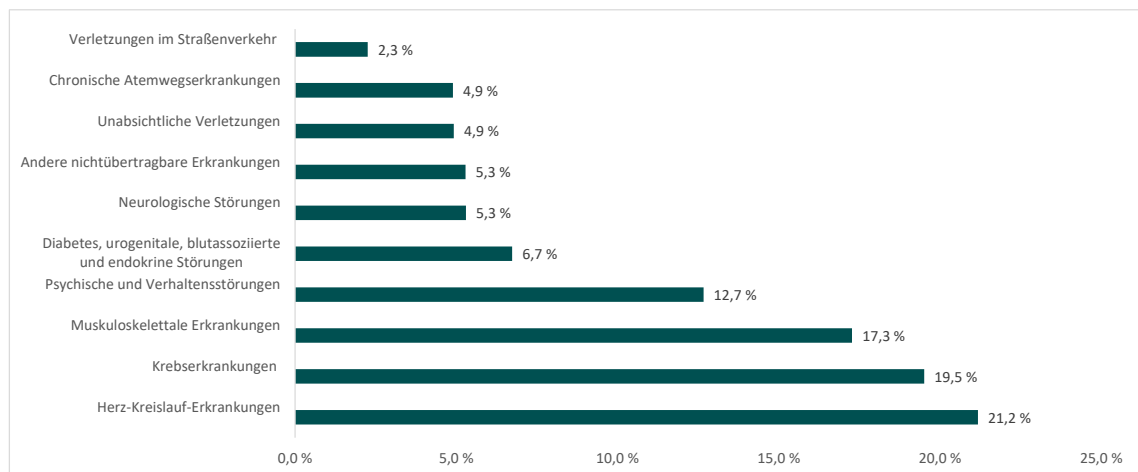


Abbildung 2: Krankheitslast bezogen auf die zehn wichtigsten Erkrankungen auf der Basis von „Disability-Adjusted Life Years“ (DALYs) 2010 (Plass et al. 2014; eigene Darstellung)

Für eine Analyse der Todesursachen wurden die zur Verfügung stehenden Daten des Statistischen Bundesamtes des Jahres 2015 betrachtet (Abbildung 3). Diese zeigen, dass allein fünf der zehn häufigsten Todesursachen dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen („Krankheiten des Kreislaufsystems“, ICD-10-Kodes I00-99) zuzurechnen sind, hiervon die chronische ischämische Herzkrankheit (76.013 Todesfälle; Destatis [2017]) an erster und der akute Myokardinfarkt (49.210 Todesfälle; Destatis [2017]) an zweiter Stelle. Diese fünf bilden einen Anteil von 23,4 % aller Todesfälle (n = 925.200; Destatis 2017e) ab. Mit Lungen- und Bronchialkrebs (45.224 Todesfälle; Destatis [2017]) und Brustdrüsenkrebs (18.295 Todesfälle; Destatis [2017]) finden

sich zwei Krebserkrankungen („Bösartige Neubildungen“, ICD-10-Kodes C00-C97) ebenfalls unter den häufigsten zehn Todesursachen. Außerdem finden sich darunter Demenz („Psychische und Verhaltensstörungen“, ICD-10-Kodes: F00-F99) sowie chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Pneumonie („Krankheiten des Atmungssystems“, ICD-10-Kodes J00-J99, siehe Anhang B; Destatis [2017]).

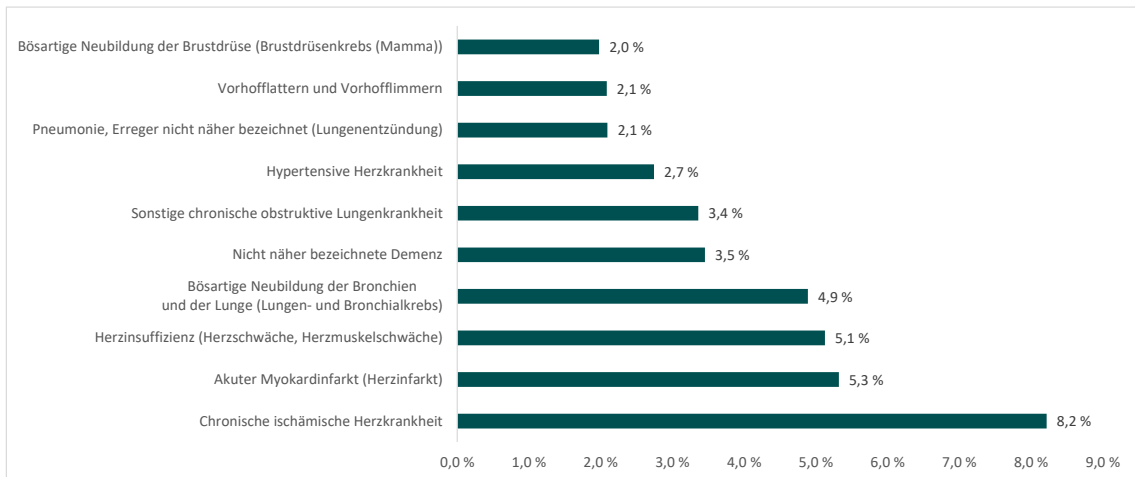


Abbildung 3: Zehn häufigste Todesursachen bezogen auf 925.200 Todesfälle 2015 (Destatis [2017]; eigene Darstellung)

Eine geschlechterspezifische Analyse zeigt bei Frauen und bei Männern die chronische ischämische Herzkrankheit als häufigste Todesursache, bei Männern gefolgt von Lungen- und Bronchialkrebs und bei Frauen von Herzinsuffizienz. An dritter Stelle folgt bei Männern der akute Myokardinfarkt, bei Frauen findet sich an dritter Stelle die Demenz (siehe Anhang B; Destatis [2017]).

Aussagen zur Letalität sind hier nur begrenzt möglich, da hierfür im Einzelnen epidemiologische Untersuchungen erforderlich wären. Es kann lediglich die Einschätzung getroffen werden, dass die Letalität bei akuten Ereignissen wie Schlaganfall, Herzinfarkt oder Unfällen besonders hoch ist, ebenso bei Krebserkrankungen („Bösartige Neubildungen“) sowie bei allen Fällen mit einer Indikation zur Organtransplantation.

Besonderer Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung

Ein auf Initiative des Bundes und der Länder gebildeter Kooperationsverbund aller relevanten Akteure im Gesundheitswesen entwickelt seit dem Jahr 2000 nationale Gesundheitsziele als „Steuerungsinstrument, das im pluralistischen Gesundheitswesen wirkungsvoll zur Qualität von Prävention, Kuration und Rehabilitation sowie zu einem wirtschaftlichen Einsatz der Ressourcen beitragen kann“ (Gesundheitsziele.de 2010: 2). In diesen werden Maßgaben und Ziele formuliert, die auf die „Verbesserung der Gesundheit in definierten Bereichen oder für bestimmte Gruppen“ und auf die Optimierung von „Strukturen [...] die Einfluss auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Krankenversorgung haben“, gerichtet sind (Gesundheitsziele.de [kein Datum]). In den nationalen Gesundheitszielen „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ (Gesundheitsziele.de 2003a), „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken,

Erkrankte früh erkennen und behandeln“ (Gesundheitsziele.de 2003b), „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ (Gesundheitsziele.de 2006) und „Gesundheit rund um die Geburt“ (Gesundheitsziele.de 2017) sind jeweils auch Teilziele formuliert, die sich auf den stationären Sektor beziehen und die damit auch im Rahmen des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* adressiert werden könnten. Beispielsweise werden im Gesundheitsziel „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ als Teilziel die Behandlung „nur in Einrichtungen, die bestimmten Qualitätsanforderungen genügen“, und als Maßnahmen zur Erreichung die Festlegung und Implementierung von Qualitätskriterien sowie Zertifizierung von Brustkrebszentren und konsentiertere „Anforderungen an stationäre Einrichtungen“ gefordert, sodass die „Versorgung [...] bundesweit nur noch in entsprechend zugelassenen Einrichtungen“ erfolgt (Gesundheitsziele.de 2003a: 69, 75). Auch die jeweils eigenen Gesundheitsziele oder prioritären Handlungsfelder der Bundesländer verweisen auf Schwerpunkte in der Gesundheitsversorgung, wie z. B. „Onkologische Vorsorge und Versorgung“, „Krebs bekämpfen“, „Herz-Kreislauf-Erkrankungen reduzieren“ oder „Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit an koronaren Herzerkrankungen“, aus welchen ebenfalls ein besonderer Steuerungsbedarf abgeleitet werden könnte (Gesundheitsziele.de 2007). Hier könnte beispielsweise überlegt werden, dies im Rahmen des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* zu adressieren.

Auch der Nationale Krebsplan, ein Koordinierungs- und Kooperationsprogramm des BMG seit 2008, hat „die Verbesserung der Krebsbekämpfung durch ein effektives, zielgerichtetes und aufeinander abgestimmtes Handeln aller Verantwortlichen im Rahmen eines langfristig ausgerichteten Koordinierungs- und Kooperationsprogramms“ zum Ziel (BMG 2012: 2). Hier wurden vier Handlungsfelder definiert, von denen insbesondere das Handlungsfeld 2 „Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung“ auf einen besonderen Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung hindeuten könnte (BMG 2018).

Im Rahmen der Krankenhausplanung werden überwiegend Fachgebiete beplant, aber auch Schwerpunktplanungen vorgenommen. Auch hieraus könnte daher ein besonderer Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung abgeleitet werden (z. B. hochkomplexe Krankenhausleistungen in Zentren, Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten, Geriatrie; siehe auch Tabelle 5 und 6 in Anhang B). Sowohl Fachgebiets- als auch Schwerpunktplanungen erfolgen in manchen Bundesländern mithilfe von Qualitätsanforderungen, häufig mit Bezug auf G-BA-Richtlinien, Zertifizierungen oder Behandlungsleitlinien medizinischer Fachgesellschaften oder auch Mindestmerkmalen bestimmter OPS-Kodes für Komplexbehandlungen (siehe Tabelle 7 im Anhang B). In acht Bundesländern findet beispielsweise die Versorgung von Schlaganfallpatientinnen und -patienten in Form von „stroke units“ oder „besonderen Aufgaben“ Eingang in die Krankenhausplanung. Hierbei kann eine Zertifizierung notwendige Voraussetzung sein (z. B. Baden-Württemberg; Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales und Integration 2017). Auch aus den mit Qualitätsanforderungen ausgestalteten Fachgebieten bzw. Schwerpunkten lässt sich ein besonderer Steuerungsbedarf bei der Krankenhausplanung mithilfe von Qualitätsaspekten vermuten.

Besonderer Steuerungsbedarf könnte auch aus dem Aspekt der Daseinsvorsorge durch die Verpflichtung zur Versorgungssicherstellung bezogen auf besonders vulnerable Patientengruppen

abgeleitet werden. Hierunter fallen beispielsweise spezifische Versorgungsleistungen in der stationären Versorgung, die unabhängig vom Grund des Krankenhausaufenthalts für diese Patientengruppen zu erbringen sind. Dies wären etwa Patientinnen und Patienten mit Demenzerkrankung, geriatrische oder palliativmedizinisch zu versorgende Patientinnen und Patienten. Hier ist aufgrund steigender Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung eine Zunahme der Inzidenz und damit wachsender Bedarf zu erwarten (RKI 2015).

Auch für hochkomplexe Krankenhausleistungen könnte besonderer Steuerungsbedarf bestehen. Dieser würde sich durch die Komplexität der Leistungen bei gleichzeitig hohem Risikopotenzial und hohem Letalitätsrisiko (z. B. Transplantationen, onkologische Behandlungen, Behandlung von Schwerbrandverletzten) begründen. In Bezug auf Transplantationen ist schon die Existenz des Transplantationsgesetzes ein Hinweis, dass auch der Gesetzgeber in diesem Bereich bereits Steuerungsbedarf sieht.

Besonderer Steuerungsbedarf könnte sich außerdem für Bereiche ergeben, in denen Fehlansätze für Angebotsausweitung bestehen oder bei welchen aufgrund wachsender Nachfrage eine Kapazitätsausweitung zu erwarten ist. Es wäre zu prüfen, inwieweit eine Fehlentwicklung in Versorgungsbereichen antizipiert werden könnte. In den Expertengesprächen wurden beispielsweise Bereiche wie die Endoprothetik oder minimalinvasive Herzklappeninterventionen genannt. Auch vor dem Hintergrund einer insgesamt zunehmenden Anzahl an Krankenhaufällen (Anstieg um 6,7 % von 2011 – 18.797.989 Fälle – bis 2016 – 20.063.689 Fälle; Destatis 2017a) wird die Meinung geäußert, dass beispielsweise Knieprothesenoperationen für viele Krankenhäuser finanziell lukrativ seien und folglich eine Angebotsausweitung nicht auszuschließen sei (Hemschemeier et al. 2018).

Tatsächlich können in einigen von den Expertinnen und Experten genannten Bereichen steigende Fallzahlen beobachtet werden. So konnte beispielsweise für Knieprothesen ein Anstieg der Leistungszahlen für Erstimplantationen von 2013 bis 2016 um 18,5 % nachgewiesen werden. Insbesondere bei den unter 60-jährigen Patientinnen und Patienten war ein Anstieg von 31,4 % seit 2009 zu beobachten (Hemschemeier et al. 2018). Auch bei den minimalinvasiven Herzklappeneingriffen (OPS-Kode 5-35a) ist ein Anstieg der Eingriffszahlen von 2013 (14.568 Eingriffe) bis 2016 (25.300 Eingriffe) um 73,7 % zu verzeichnen (Destatis 2017b, Destatis 2016, Destatis 2015, Destatis 2014) (Abbildung 4).

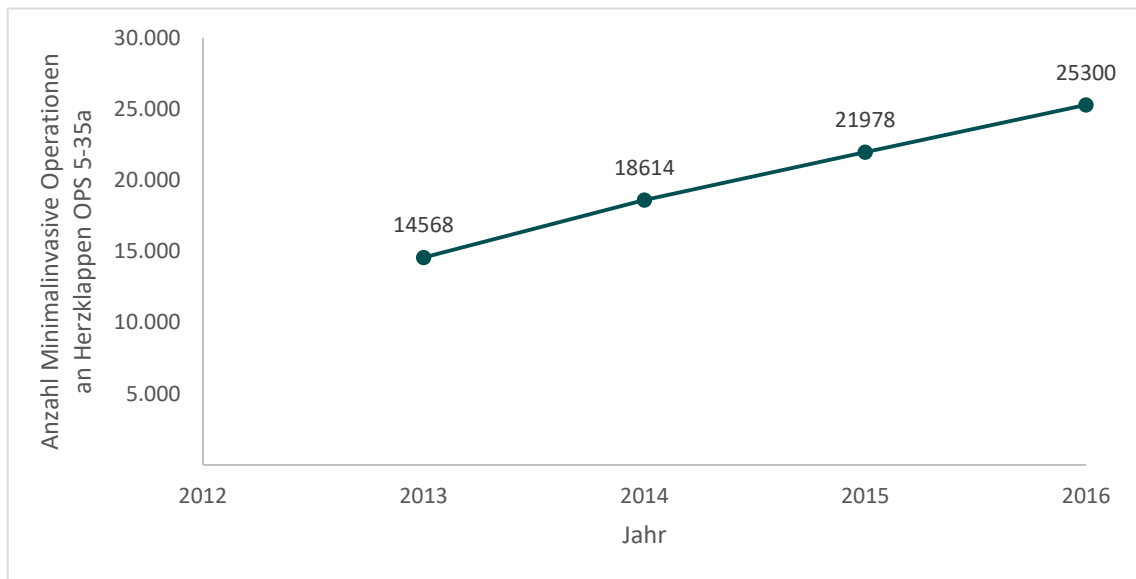


Abbildung 4: Anzahl minimalinvasiver Operationen an Herzklappen 2013–2016, OPS 5-35a (Destatis 2017b, Destatis 2016, Destatis 2015, Destatis 2014; eigene Darstellung)

In einer Untersuchung der Mengenentwicklung von Krankenhausfällen zeigten sich eine Relation von steigenden Fallzahlen bei aufgewerteten DRGs sowie ein größerer Fallzahlenanstieg bei bestimmten planbaren Leistungen als bei Fällen mit eher akutem Charakter (hche/TU Berlin 2014). Auch der Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen stellt beispielsweise fest, dass es „negative Anreize zur Erbringung wirtschaftlich attraktiver Leistungen bei gleichzeitiger Reduktion wirtschaftlich unattraktiver Leistungen“ geben könne (Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes 2013: 24). Darüber hinaus kann auch der durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) seit 2015 für Versicherte bestehende Anspruch auf eine Zweitmeinung vor bestimmten operativen Eingriffen, wenn „insbesondere im Hinblick auf die zahlenmäßige Entwicklung seiner Durchführung die Gefahr einer Indikationsausweitung nicht auszuschließen ist“ (§ 27b SGB V), ein Hinweis auf Steuerungsbedarf seitens des Gesetzgebers sein.

Außerdem könnte hinsichtlich der Investitionskosten krankenhauplanerisch ein besonderer Steuerungsbedarf vorliegen. Hier könnten planungsrelevante Qualitätsindikatoren sinnvoll sein, um das Kriterium Qualität für Allokationsentscheidungen zu ergänzen. Dies könnte beispielsweise auch bei einer Umstellung der Investitionsförderung auf pauschale und fallzahlunabhängige Zahlungen, wie sie der SVR Gesundheit in seinem Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung“ empfiehlt (BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018), miteinbezogen werden.

Besonderer Steuerungsbedarf könnte sich auch aus bereits existierenden gesetzlichen oder untergesetzlichen Normen ableiten lassen (Transplantationsgesetz, Struktur-Richtlinien oder Mindestmengen-, Notfallstrukturen- oder Sicherstellungs-Regelungen des G-BA). Es handelt sich hierbei um bundesweit verbindliche Normen, die bereits eine gewisse regulierende Wirkung entfalten, die jedoch grundsätzlich geeignet sein könnten, auf krankenhauplanerischer Ebene

eine übergeordnete qualitätsorientierte Steuerung zu ermöglichen. Für eine Einschätzung, inwieweit dies zusätzlich zu den bereits bestehenden Steuerungselementen sinnvoll sein kann, kann auf den Abschlussbericht des IQTIG zur Prüfung der Ableitung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen verwiesen werden (IQTIG 2018c).

Quantitative Bedeutung in der stationären Versorgung

Für eine Einschätzung in Bezug auf die quantitative Bedeutung wurden exploratorisch Krankenhausfallzahlen und die Anzahl der Fachabteilungen anhand der Daten des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2016 analysiert.

Auch hier zeigte sich, dass Krankheiten des Kreislaufsystems (Rang 1) und Krebserkrankungen (Rang 6) zu den häufigsten Hauptdiagnosegruppen bezogen auf alle Krankenhausfälle (n = 20.063.689) zählen (Destatis 2017a) (Abbildung 5). Dies wird auch durch eine tiefergegliederte geschlechterspezifische Analyse bestätigt, die zeigt, dass sowohl bei Frauen als auch bei Männern allein fünf der zehn häufigsten Hauptdiagnosen dem Bereich der Herz-Kreislaufferkrankungen zugehören (Destatis 2017d; siehe Tabelle 9 in Anhang B).

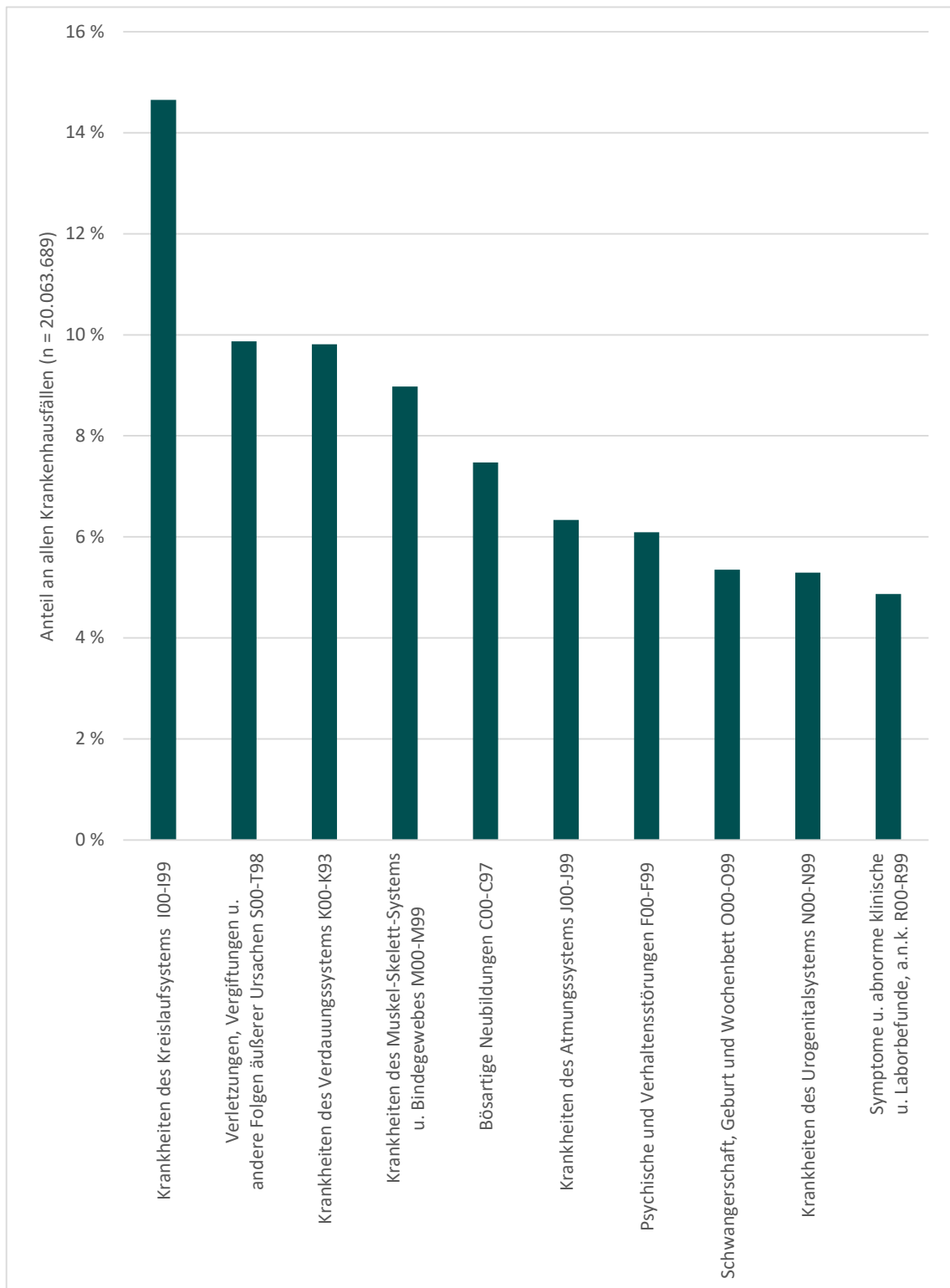


Abbildung 5: Zehn häufigste Hauptdiagnosen 2016, ICD-10 Europäische Kurzliste (Destatis 2017a; eigene Darstellung)

Bei Betrachtung der ausgewiesenen Fachabteilungen zeigte sich erwartungsgemäß, dass die Innere Medizin mit 1.169, die Chirurgie mit 1.124 sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit

819 Fachabteilungen am häufigsten vertreten sind (Destatis 2017c) (Abbildung 6). Die Anwendung dieses Kriteriums sollte sinnvollerweise dazu führen, Versorgungsbereiche, von denen eine große Anzahl von Fachabteilungen betroffen sind, zu wählen. Die Auswahl von Versorgungsbereichen, die nur wenige Fachabteilungen betreffen, wie beispielsweise die Thoraxchirurgie (n = 59), erscheint daher eher weniger sinnvoll.

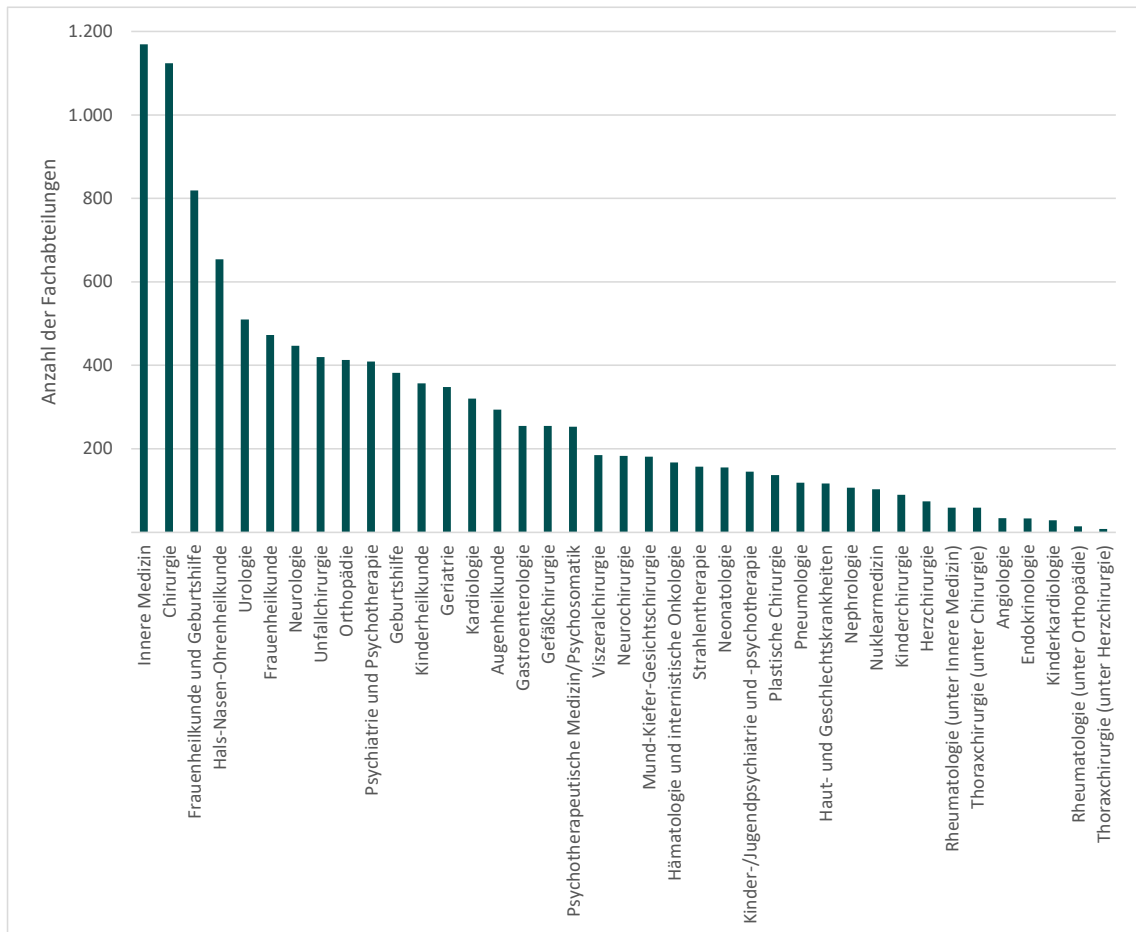


Abbildung 6: Anzahl Fachabteilungen 2016 (Destatis 2017c; eigene Darstellung)

2.4 Fazit

In diesem Kapitel wurde dargestellt, welche Versorgungsbereiche für planungsrelevante Qualitätsindikatoren relevant sein können und wie unterschiedlich sie in Bezug auf die jeweiligen Planungszwecke zu betrachten sind.

Geht man von der „epidemiologischen Relevanz“ aus, könnte sich eine Fokussierung auf die Bereiche „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ und „Krebserkrankungen“ ergeben. Hieraus könnte sich beispielsweise ein Versorgungsbereich aus der Inneren Medizin in Bezug auf die erhebliche Bedeutung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und zugleich die Vielzahl betroffener Fachabteilungen ergeben. Denkbar wäre eine Verknüpfung der epidemiologischen Relevanz mit einem besonderen Steuerungsbedarf in einem Versorgungsbereich. Dies könnte beispielweise auf Versorgungsbereiche bei Krebserkrankungen zutreffend sein.

Im Rahmen dieses Berichts können jedoch keine konkreten Versorgungsbereiche vorgeschlagen werden. Vielmehr wurden übergeordnete Kriterien erarbeitet, mithilfe derer Versorgungsbereiche identifiziert werden können, auf die sich zukünftig mit einem Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* sinnvoll fokussiert werden könnte, und die dem G-BA bei zukünftigen Entscheidungen hilfreich sein könnten.

3 Grundleistungsbereiche

Auftragsgegenstand 2d beinhaltet die Frage, ob und wie „Grundleistungsbereiche der stationären Patientenversorgung identifiziert werden können, auf die planungsrelevante Qualitätsindikatoren angewandt werden können“. Diese Grundleistungsbereiche sollen exemplarisch für die Fachgebiete der Viszeral- und Unfallchirurgie dargestellt werden.

Diese Notwendigkeit ergibt sich aus dem systematischen Unterschied zwischen Krankenhausplanung und Qualitätssicherung: Die Krankenhausplanung befasst sich mit organisatorischen Einheiten (z. B. Fachabteilungen), die externe Qualitätssicherung mit Leistungen (siehe Kapitel 6). Über den Begriff der Grundleistungsbereiche sollen typische Leistungen definiert werden, die den Organisationseinheiten der Fachgebiete und Teilgebiete zugeordnet werden können, – und damit auch die Qualität der Erbringung der ausgewählten Leistungen. An dieser Stelle geht es aber zunächst einmal um die Herleitung typischer Leistungsbündel für bestimmte Fachbereiche.

Nach Begründung zum KHSG (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015) sollen hierbei „[...] 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“. Über die Identifikation des typischen Leistungsspektrums von Abteilungen desselben Fachgebiets, die jedoch teilweise recht unterschiedliche Leistungsspektren aufweisen, soll ermöglicht werden, dass eine Aussage zur Qualität eben dieser Fachabteilungen getroffen werden kann. In den Bundesländern erfolgt bislang kaum eine Beplanung von Leistungsbereichen oder einzelnen Leistungen, sondern meist von gesamten Abteilungen (siehe Tabelle 5 in Anhang B).

3.1 Methodische Herangehensweise

In einem zweistufigen Vorgehen wurden zunächst auf Grundlage der ärztlichen Weiterbildungsordnung für die jeweiligen Facharztkompetenzen innerhalb des Gebiets Chirurgie typische operative Eingriffe extrahiert und zu Leistungsbündeln zusammengefasst, die dann basierend auf den Daten der strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V aller deutschen Krankenhäuser des Jahres 2016 einer empirischen Prüfung unterzogen wurden. Ziel war die Identifikation des jeweiligen „Grundleistungsbereichs“ für die Fachgebiete Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie und somit die Ableitung einer Liste von fachgebietstypischen OPS-Kodes.

3.1.1 Analyse Weiterbildungsordnungen und Richtlinien

Basierend auf der Begründung zum KHSG (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015) wurden in einem ersten Schritt die (Muster-)Weiterbildungsordnung⁷, die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern sowie (Muster-)Richtlinien und Richtlinien der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern betrachtet.

Definition der ärztlichen Weiterbildung

Die ärztliche Weiterbildung kann laut Bundesärztekammer eine Ärztin / ein Arzt nach Abschluss des Studiums der Humanmedizin und Erhalt der Erlaubnis zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit, der sogenannten Approbation, beginnen. Diese erfolgt mehrere Jahre in einer strukturierten Form und beinhaltet den Erwerb festgelegter Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, um nach erfolgreich abgeschlossener Prüfung die Qualifikation als Fachärztin / Facharzt erhalten zu können. Darauf aufbauend kann zudem eine Spezialisierung in Schwerpunkten oder in einer Zusatz-Weiterbildung erworben werden. Bei den vorgegebenen Weiterbildungszeiten und -inhalten handelt es sich um Mindestanforderungen, die an zugelassenen Weiterbildungsstätten und unter Anleitung befugter Ärztinnen und Ärzte erworben werden. Diese werden in der (Muster-) Weiterbildungsordnung bzw. den daran angelehnten Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern festgehalten.

Die Richtlinien der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammern enthalten ergänzend zur Weiterbildungsordnung die zahlenmäßigen Anforderungen für die Weiterbildungsinhalte in den Untersuchungs- und Behandlungsverfahren der einzelnen Facharztkompetenzen und werden von den Landesärztekammern in enger Absprache mit den Medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden erstellt und in sogenannten Logbüchern für die jeweilige Facharztweiterbildung bzw. Zusatz-Weiterbildung dokumentiert. Diese orientieren sich gleichzeitig am durchschnittlichen Leistungsgeschehen in Krankenhäusern und Praxen wie auch an den Ausbildungserfordernissen für Fachärztinnen und -ärzte.

In Deutschland liegt die Zuständigkeit für die ärztliche Weiterbildung bei den Landesärztekammern als Körperschaften des Öffentlichen Rechts. Somit sind für jede Ärztin und jeden Arzt lediglich die Weiterbildungsordnung und die Richtlinien der Landesärztekammer rechtsverbindlich, deren Mitglied sie/er ist.

Methodisches Vorgehen auf Grundlage der Weiterbildungsordnung bzw. Richtlinien

Zunächst wurde der Fokus auf die Facharztkompetenz Viszeralchirurgie innerhalb des Gebiets Chirurgie gelegt und die Vorgehensweise auf die Facharztkompetenz Unfallchirurgie übertragen bzw. dafür angepasst und überprüft. Da die Facharztkompetenz Allgemeine Chirurgie große inhaltliche Schnittmengen mit den Facharztkompetenzen Viszeral- und Unfallchirurgie innerhalb des Gebiets Chirurgie aufweist, wurden auch die Logbücher der Landesärztekammern für die

⁷ Der Deutsche Ärztetag hat die Bundesärztekammer beauftragt, eine kompetenzbasierte Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung vorzunehmen, die derzeit in Bearbeitung ist und voraussichtlich Ende 2018 vom Vorstand der Bundesärztekammer beschlossen wird.

Facharztweiterbildung „Allgemeine Chirurgie“ betrachtet. Es erfolgte eine Aufstellung der geforderten Richtzahlen in den Logbüchern über

- die Facharztweiterbildung „Allgemeine Chirurgie“, „Viszeralchirurgie“ sowie
- die Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Viszeralchirurgie“,
- respektive über die Facharztweiterbildung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ sowie
- die Zusatz-Weiterbildungen „Spezielle Unfallchirurgie“ und „Spezielle Orthopädische Chirurgie“

aller 17 Landesärztekammern.

Nach anschließendem Abgleich der Logbücher der oben genannten Facharztweiterbildungen und der Zusatz-Weiterbildungen sowie der jeweiligen Definitionen, Weiterbildungsziele und -inhalte der entsprechenden Weiterbildungsordnungen wurden alle in den jeweiligen Logbüchern aufgeführten Weiterbildungsinhalte, im Besonderen der aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren inhaltlich zu „unspezifischen“, also auch für andere Facharztkompetenzen geltenden, allgemeinen Leistungsbündeln sowie zu „spezifischen“ Leistungsbündeln aggregiert. Grundsätzlich werden unter „Leistungsbündeln“ inhaltlich zusammengehörige Themenkomplexe verstanden. Für die spezifischen Leistungsbündel können entsprechend den beinhalteten operativen Eingriffen OPS-Kodes zugeordnet werden. Auf die Leistungsbündel und die sich daraus ergebenden Grundleistungsbereiche wird in Abschnitt 3.2 ausführlicher eingegangen.

Im Folgenden soll auf die Bildung der spezifischen Leistungsbündel für das Fachgebiet Viszeralchirurgie eingegangen werden. Hierzu dienten die Logbücher „Allgemeine Chirurgie“ und „Viszeralchirurgie“ als Grundlage, operative Eingriffe mit der geringsten aufgeführten Richtzahl wurden gesondert betrachtet, die übrigen nach Komplexität beziehungsweise anatomischer Zugehörigkeit in spezifische Leistungsbündel eingeteilt. Operative Eingriffe, die mit einer hohen Richtzahl im Logbuch zur Zusatz-Weiterbildung „Spezielle Viszeralchirurgie“ vermerkt waren, wurden mit den zuvor gesondert betrachteten Eingriffen mit geringer Richtzahl der Logbücher „Allgemeine Chirurgie“ und „Viszeralchirurgie“ abgeglichen und zu einem sogenannten hochkomplexen Leistungsbündel zusammengefasst (Abbildung 7). Im Anschluss wurden den auf diese Weise gebildeten Leistungsbündeln OPS-Kodes (Viersteller) aus Kapitel 5 „Operationen“ des OPS-Katalogs des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) aus dem Jahr 2016 zugewiesen.

Analog zum oben genannten Vorgehen erfolgte die Bildung der spezifischen Leistungsbündel für das Fachgebiet Unfallchirurgie. Hierbei wurden die Logbücher für die Facharztweiterbildungen „Allgemeine Chirurgie“ und „Orthopädie und Unfallchirurgie“ sowie die Logbücher für die Zusatz-Weiterbildungen „Spezielle Unfallchirurgie“ und „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ extrahiert. Je nach Schwierigkeitsgrad und Komplexität des Eingriffes wurden diese in spezifische Leistungsbündel unterteilt, denen dann jeweils OPS-Kodes (Viersteller) aus Kapitel 5 „Operationen“ des OPS-Katalogs des DIMDI aus dem Jahr 2016 zugewiesen wurden. Operative Eingriffe, die schwerpunktmäßig der Orthopädie zugeordnet wurden, erhielten Eingang in ein gesondert zu betrachtendes Leistungsbündel.

3.1.2 Analyse der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Um das typische Leistungsspektrum einer Fachabteilung identifizieren zu können, wurden in einem zweiten Schritt die auf Grundlage der Weiterbildungsordnung gebildeten Leistungsbündel samt der dazugehörigen OPS-Kodes einer empirischen Prüfung unterzogen. Hierfür erfolgte eine Auswertung der strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V aller deutschen Krankenhäuser des Jahres 2016 hinsichtlich der Zahl an Eingriffen (OPS-Kodes), die auf Standorte mit einer zuvor definierten Liste an Fachabteilungsschlüsseln (Schlüssel 6 der Anlage 2 der Vereinbarung nach § 301 SGB V) beschränkt wurde. Die Erstellung dieser Liste erfolgte anhand von Fachabteilungsschlüsseln, die den Fachgebieten Allgemeine Chirurgie, Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie inhaltlich zugeordnet werden konnten (Tabelle 1). Zuordnungen aus anderen Fachgebieten wurden somit theoretisch ausgeschlossen, sind aber bei fehlerhafter Zuordnung durch die einzelnen Standorte durchaus denkbar und dadurch gegebenenfalls als Limitation anzusehen.

Tabelle 1: Fachabteilungsschlüssel mit Bezeichnung

Fachabteilungsschlüssel	Bezeichnung des Fachabteilungsschlüssels
1500	Allgemeine Chirurgie I
1513	Allgemeine Chirurgie / Schwerpunkt Kinderchirurgie
1516	Allgemeine Chirurgie / Schwerpunkt Unfallchirurgie
1518	Allgemeine Chirurgie / Schwerpunkt Gefäßchirurgie
1519	Allgemeine Chirurgie / Schwerpunkt Plastische Chirurgie
1520	Allgemeine Chirurgie / Schwerpunkt Thoraxchirurgie
1523	Chirurgie / Schwerpunkt Orthopädie
1536	Allgemeine Chirurgie / Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
1550	Allgemeine Chirurgie / Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
1551	Allgemeine Chirurgie / Schwerpunkt Handchirurgie
1590	Allgemeine Chirurgie II
1591	Allgemeine Chirurgie III
1592	Allgemeine Chirurgie IV
1600	Unfallchirurgie
1690	Unfallchirurgie
1691	Unfallchirurgie
1692	Unfallchirurgie

Fachabteilungsschlüssel	Bezeichnung des Fachabteilungsschlüssels
2315	Orthopädie / Schwerpunkt Chirurgie
2316	Orthopädie und Unfallchirurgie
3618	Intensivmedizin / Schwerpunkt Chirurgie
3650	Operative Intensivmedizin / Schwerpunkt Chirurgie
3757	Viszeralchirurgie

Zur Vorbereitung der Analysen erfolgte die Abfrage der XML-Dateien zu jedem datenliefernden Krankenhausstandort mittels des Programms BaseX. Es wurden alle im Kalenderjahr 2016 vergebenen OPS-Kodes entsprechend dem Kapitel 5 „Operationen“ des OPS-Katalogs des DIMDI aus dem Jahr 2016 abgefragt (5-010 bis 5-999). Die Abfrage enthält folgende Datenfelder:

- „IK“
- „Standortnummer“
- „Name“
- „Postleitzahl“
- „Anzahl_Betten“
- „Akademisches Lehrkrankenhaus“
- „Fachabteilung_schluessel“ (eingegrenzt durch vorgegebene Liste)
- „Vollstationaere_Fallzahl“
- „OPS_301“
- „Anzahl“ (der Eingriffe pro OPS und Standort).

Die Anzahl der Eingriffe pro OPS-Kode unterliegt dem Datenschutz und wird über eine Mindestfallzahlregel von mindestens vier Fällen geschützt. Dies bedeutet, dass ein OPS-Kode, der weniger als viermal abgerechnet wurde, nicht mit der konkreten Anzahl in der XML-Datei als Quelle enthalten ist. Das Vorliegen kleiner Anzahlen an erbrachten Eingriffen verfälscht daher die durchgeführten Analysen. Um trotzdem eine fallzahlbasierte Auswertung zu ermöglichen, sind die OPS-Kodes, welche der Mindestfallzahlregel unterliegen, mit einer Anzahl von eins („1“) in die Auswertung eingeflossen.

Leistungen bzw. OPS-Kodes, zu denen in einem Krankenhausstandort keine Eingriffe erbracht worden sind, wurden nicht exportiert. Die Ergebnisse wurden deskriptiv ausgewertet. Dabei wurden die OPS-Kodes auf Viersteller aggregiert (z. B. 5-010).

Bei der empirischen Prüfung wurde die Anzahl aller erbrachten OPS-Kodes pro Standort (beschränkt auf Standorte mit zuvor definiertem Fachabteilungsschlüssel) für das Jahr 2016 ausgewertet. Ziel der Auswertungen war es, anhand empirischer Daten zur Erbringung von Leistungen in Fachabteilungen einen Schwellenwert festzulegen, ab dem eine Leistung als „typisch für Abteilungen desselben Fachgebiets“ gelten und somit in den Grundleistungsbereich für das Fach-

gebiet aufgenommen werden kann. Es geht dabei um den Anteil aller Standorte deutschlandweit mit entsprechendem Fachabteilungsschlüssel, die einen OPS-Kode des spezifischen Leistungsbündels mindestens einmal erbracht haben.

3.2 Ergebnisse am Beispiel von Viszeral-, Allgemein- und Unfallchirurgie

Eine Aufstellung der geforderten Richtzahlen aus den Logbüchern über die betrachteten Facharztweiterbildungen und Zusatz-Weiterbildungen aller 17 Landesärztekammern zeigte lediglich geringfügige Differenzen im Vergleich der jeweiligen Landesärztekammern.

3.2.1 Leistungsbündel

Auf Grundlage der Logbücher über die Facharztweiterbildungen „Viszeralchirurgie“, „Allgemeine Chirurgie“, „Orthopädie und Unfallchirurgie“ und über die Zusatz-Weiterbildungen „Spezielle Viszeralchirurgie“, „Spezielle Unfallchirurgie“ und „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ wurden drei unspezifische und fünf spezifische Leistungsbündel entwickelt (Abbildung 7), in denen entsprechende OPS-Kodes zusammengefasst wurden.

Das hochkomplexe Leistungsbündel „Spezielle Viszeralchirurgie“, das u. a. OPS-Kodes zu Eingriffen an Ösophagus, Leber, Pankreas und den Gallenwegen (ohne Gallenblase) enthält, wird für die Bildung eines Grundleistungsbereichs für das Fachgebiet Viszeralchirurgie nicht weiter in Betracht gezogen, da es sich bei den genannten Leistungen um hochkomplexe Leistungen handelt, die eher Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung zuzuordnen sind. Es enthält somit nach Einschätzung des IQTIG keine typischen Leistungen und eignet sich aus diesem Grund nicht für die Bildung eines Grundleistungsbereichs für das Fachgebiet Viszeralchirurgie.

Das Leistungsbündel „Spezielle orthopädische Chirurgie“ enthält operative Eingriffe, die schwerpunktmäßig dem Fachgebiet der Orthopädie zugeordnet wurden, wie beispielsweise die endoprothetische Gelenkversorgung, arthroskopische Gelenkoperationen, Operationen bei kongenitalen Anomalien des Bewegungsapparats oder Bandscheibenoperationen. Somit wurde dieses Leistungsbündel aus der weiteren Analyse ausgeklammert, da das Fachgebiet Orthopädie nicht Auftragsgegenstand ist.

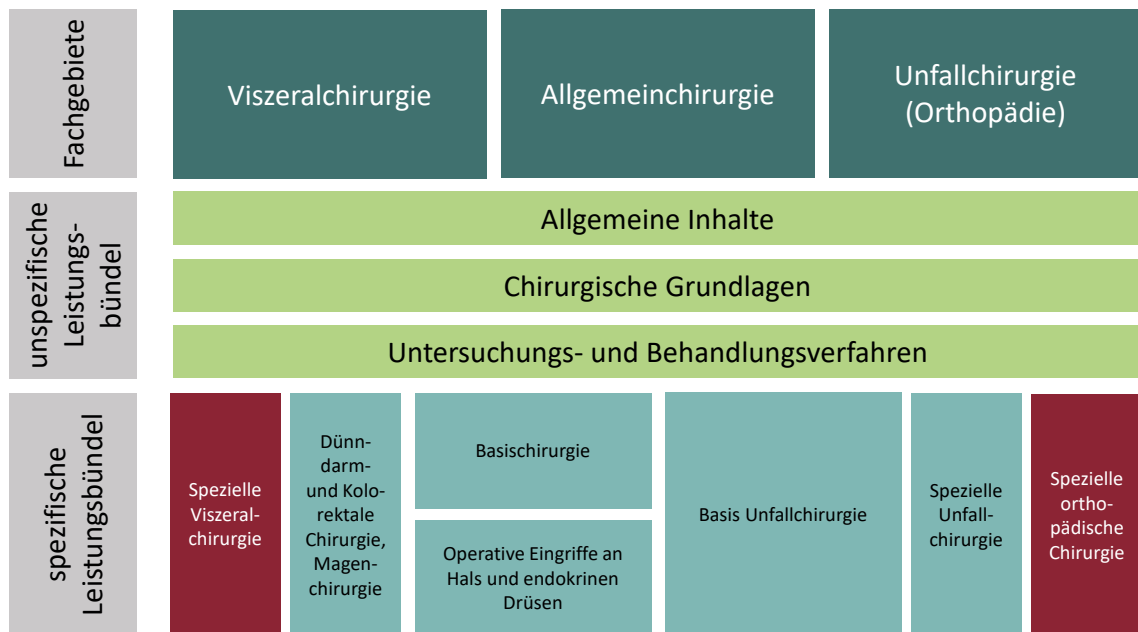


Abbildung 7: Leistungsbündel am Beispiel der Fachgebiete Viszeral-, Allgemein- und Unfallchirurgie

Unspezifische Leistungsbündel

Die sowohl für die Allgemeinchirurgie als auch für die Viszeral- und Unfallchirurgie (Orthopädie) gültigen unspezifischen Leistungsbündel gliedern sich in „Allgemeine Inhalte“, „Chirurgische Grundlagen“ sowie „Untersuchungs- und Behandlungsverfahren“. Das Leistungsbündel „Allgemeine Inhalte“ umfasst Inhalte der „Basisweiterbildung für die Facharztcompetenzen“ des Gebiets Chirurgie (aus der [Muster-]Weiterbildungsordnung). Dies sind unter anderem Grundlagen der ärztlichen Weiterbildung, die sich innerhalb der jeweiligen Facharztweiterbildungen jedoch nicht unterscheiden und Grundtechniken beispielsweise der ärztlichen Gesprächsführung, der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie berufsethische Grundsätze beinhalten, die bezogen auf den Auftragsgegenstand jedoch ohne Planungsrelevanz sind. Im Leistungsbündel „Chirurgische Grundlagen“ sind für alle betrachteten Facharztweiterbildungen allgemeingültige Fähigkeiten und Fertigkeiten wie beispielsweise Kenntnisse der Wundversorgung, Schmerztherapie oder Thromboseprophylaxe enthalten. Das Leistungsbündel „Untersuchungs- und Behandlungsverfahren“ beinhaltet ebenfalls Maßnahmen, die allen betrachteten chirurgischen Facharztweiterbildungen zuordenbar sind, z. B. „Ultraschalluntersuchungen bei chirurgischen Erkrankungen und Verletzungen“, „Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich Legen von Drainagen und zentralvenösen Zugängen sowie der Gewinnung von Untersuchungsmaterial“ oder „Infusions-, Transfusions- und Blutersatztherapien, enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik“ (Bundesärztekammer 2015: 35).

Spezifische Leistungsbündel

Die spezifischen Leistungsbündel des Fachgebiets Viszeralchirurgie gliedern sich in „Operative Eingriffe an Hals und endokrinen Drüsen“, „Basischirurgie“ sowie „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magen- chirurgie“. Dem Fachgebiet Unfallchirurgie werden die spezifischen Leistungsbündel „Basis Unfallchirurgie“ und „Spezielle Unfallchirurgie“ zugeordnet.

Das spezifische Leistungsbündel „Operative Eingriffe an Hals und endokrinen Drüsen“ enthält insgesamt 21 OPS-Kodes. Hierbei handelt es sich um operative Eingriffe, die sowohl der Allgemeinchirurgie als auch der Viszeralchirurgie zugeordnet werden können, wie beispielsweise Schilddrüsenresektionen, Parathyreoidektomien oder Tracheotomien (Tabelle 12, Anhang C.1). Unter dem Leistungsbündel „Basischirurgie“ werden ebenfalls operative Eingriffe subsumiert, die sowohl in der Allgemeinen- wie auch in der Viszeralchirurgie erbracht werden können. Zum Beispiel wurden Cholezystektomien, Herniotomien, Appendektomien, proktologische Operationen und Sinus-pilonidalis-Exzisionen, aber auch Kleinsteingriffe wie die „einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut“ oder die „chirurgische Wundtoilette mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut“ diesem Leistungsbündel zugeordnet. Insgesamt beinhaltet dieses Leistungsbündel 27 OPS-Kodes (Tabelle 13, Anhang C.1). Das Leistungsbündel „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magen Chirurgie“ enthält komplexere viszerale Eingriffe, die tendenziell eher viszeralchirurgischen Schwerpunkt haben, aber auch im Logbuch der Facharztweiterbildung „Allgemeine Chirurgie“ Erwähnung finden, wenngleich ohne jeweils fixen Richtwert. Operative Eingriffe dieses Leistungsbündels stellen beispielsweise Dünndarm-, Kolon- und Rektumresektionen bis hin zur totalen Kolektomie und Proktokolektomie dar, aber auch Anlage- und Korrekturingriffe enteraler Stomata sind Teil des Leistungsbündels. Auch Magenresektionen und Antirefluxoperationen wurden diesem Leistungsbündel zugeordnet. Das Leistungsbündel „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magen Chirurgie“ ist mit 40 OPS-Kodes das zahlenmäßig größte viszeralchirurgische Leistungsbündel (Tabelle 14, Anhang C.1).

Das spezifische Leistungsbündel „Basis Unfallchirurgie“ umfasst operative Eingriffe, die hauptsächlich der Unfallchirurgie zuzuordnen sind, in geringem Maße aber auch im Logbuch „Allgemeine Chirurgie“ enthalten sind. Hierzu zählen beispielsweise die Versorgung einfacher Frakturen sowie die offene Reposition einfacher Frakturen und Frakturosteosynthesen, zudem Amputationen und Exartikulationen sowie die Entfernung von Osteosynthesematerial. Es beinhaltet insgesamt 30 OPS-Kodes (Tabelle 15, Anhang C.1). Dem Leistungsbündel „Spezielle Unfallchirurgie“ werden komplexere operative Eingriffe des Fachgebiets der Unfallchirurgie zugeordnet, wie z. B. die Versorgung von Frakturen höherer Schwierigkeitsgrade, die offene Reposition von Mehrfragmentfrakturen, plastische Rekonstruktionen mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien, komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule sowie Replantationen von Extremitäten. Insgesamt wurden diesem Leistungsbündel 23 OPS-Kodes zugeordnet (Tabelle 16, Anhang C.1).

Eine detaillierte Auflistung der Leistungsbündel samt der zugehörigen OPS-Kodes (Viersteller) aus Kapitel 5 „Operationen“ des OPS-Katalogs des DIMDI aus dem Jahr 2016 enthält Anhang C.1.

3.2.2 Grundleistungsbereiche

Grundleistungsbereiche bilden nach empirischer Prüfung – auf Grundlage der Daten aus den strukturierten Qualitätsberichten – der in den jeweiligen spezifischen Leistungsbündeln enthaltenen OPS-Kodes das typische Leistungsspektrum der jeweiligen Abteilungsart ab. Grundleis-

tungsbereiche enthalten somit nach obiger Prüfung ausgewählte OPS-Kodes (Viersteller) aus Kapitel 5 „Operationen“ des OPS-Katalogs des DIMDI aus dem Jahr 2016 der spezifischen Leistungsbündel.

Zur Identifikation der Grundleistungsbereiche für die Fachgebiete Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie erfolgte zunächst die Berechnung des Anteils der Krankenhausstandorte deutschlandweit, die die OPS-Kodes der spezifischen Leistungsbündel im Jahr 2016 mindestens einmal genutzt haben. Ein OPS-Kode wurde auch dann genutzt, wenn er unter die Mindestfallzahlregel gefallen ist. Hier wurde dann abstrahiert eine Anzahl von eins pro OPS-Kode angenommen und in die Auswertung übernommen.

Es konnten die Angaben von 1.217 Standorten mit den ausgewählten Fachabteilungen in die Analysen eingehen. Zudem erfolgte für jedes spezifische Leistungsbündel eine Stratifizierung der Erbringung der jeweiligen OPS nach Bettengrößenklassen (Tabellen 19 bis 38, Anhang C.2) sowie die Identifikation der Grundleistungsbereiche für die jeweiligen Fachgebiete je Bettengrößenklasse (Tabellen 39 bis 44, Anhang C.3). Die Bettengrößenklassen wurden anhand der Bettenanzahl der Krankenhausstandorte wie folgt eingeteilt:

- Kleinkrankenhausstandorte (≤ 200 Betten)
- mittlere Krankenhausstandorte (> 200 und ≤ 400 Betten)
- größere Krankenhausstandorte (> 400 und ≤ 650 Betten)
- Großkrankenhausstandorte (> 650 Betten)

Es wurden hierbei 477 Kleinkrankenhausstandorte, 422 mittlere Krankenhausstandorte, 193 größere Krankenhausstandorte und 125 Großkrankenhausstandorte ermittelt.

Exemplarisch sei hier die OPS-Kode-Verteilung des spezifischen Leistungsbündels „Basischirurgie“ tabellarisch dargelegt (Tabelle 2). Eine detaillierte tabellarische Darstellung aller Leistungsbündel befindet sich in Anhang C.1. Zusätzlich wurde eine Berechnung des Anteils der Krankenhausstandorte durchgeführt, die einen OPS-Kode mindestens 20- bzw. 50-mal, also einmal pro Woche, erbracht haben (Tabellen 12 bis 18, Anhang C.1).

Tabelle 2: Deutschlandweite Verteilung der OPS-Kodes des Leistungsbündels „Basischirurgie“ (Viszeralchirurgie)

OPS-Kode	Bezeichnung	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS-Kode [%]	Anteil bei Standorten mit ≤ 200 Betten [%]	Anteil bei Standorten mit $> 200 \leq 400$ Betten [%]	Anteil bei Standorten mit $> 400 \leq 650$ Betten [%]	Anteil bei Standorten mit > 650 Betten [%]
5-470	Appendektomie	89,9	81,4	94,1	96,4	97,6
5-479	Andere Operationen an der Appendix	21,2	13,8	25,4	26,4	27,2
5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	91,2	84,3	94,1	96,4	99,2
5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	87,4	77,4	92,2	94,8	97,6
5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	85,5	74,3	91,7	93,3	94,4
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	90,1	82,4	94,3	95,3	96,8
5-494	Durchtrennung des Sphincter ani [Sphinkterotomie]	9,5	6,7	12,6	7,3	13,6
5-499	Andere Operationen am Anus	55,2	39,5	61,9	64,3	78,4
5-510	Cholezystotomie und Cholezystostomie	19,0	11,7	19,9	24,4	35,2
5-511	Cholezystektomie	91,3	83,5	95,5	96,4	98,4
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	93,3	89,1	95,0	96,4	97,6
5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	82,9	71,6	89,3	91,2	91,2
5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	92,5	87,5	95,0	96,4	96,8
5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	88,7	79,3	93,8	94,8	96,8
5-536	Verschluss einer Narbenhernie	91,8	85,6	95,3	95,9	96,8
5-539	Verschluss anderer abdominaler Hernien	74,1	56,3	82,2	88,1	92,8

OPS-Kode	Bezeichnung	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS-Kode [%]	Anteil bei Standorten mit ≤ 200 Betten [%]	Anteil bei Standorten mit $> 200 \leq 400$ Betten [%]	Anteil bei Standorten mit $> 400 \leq 650$ Betten [%]	Anteil bei Standorten mit > 650 Betten [%]
5-540	Inzision der Bauchwand	63,1	43,5	69,9	78,8	90,4
5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	88,0	74,9	94,6	98,5	99,2
5-542	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand	81,9	67,2	88,9	92,8	97,6
5-545	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	82,2	64,9	91,9	94,3	96,0
5-549	Andere Bauchoperationen	84,3	68,4	92,9	95,9	97,6
5-891	Inzision eines Sinus pilonidalis	33,3	20,9	36,0	46,1	51,2
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	97,1	94,1	98,8	99,0	100,0
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	97,9	96,7	98,3	99,0	99,2
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddébridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	97,4	93,9	99,3	100,0	100,0
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	89,9	84,1	92,2	94,8	96,8
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	95,1	89,3	98,3	99,0	100,0

Die Aufnahme eines OPS-Kodes aus den spezifischen Leistungsbündeln in die Grundleistungsbereiche für die Fachgebiete Viszeral- und Unfallchirurgie erfolgte, sofern mindestens drei Viertel der Krankenhausstandorte (75,0 %) diesen OPS-Kode mindestens einmal erbracht haben. Der Schwellenwert wurde so gesetzt, dass zum einen die Abbildung des typischen Leistungsspektrums von Abteilungen der Fachgebiete Viszeral- und Unfallchirurgie ermöglicht wurde. Zum anderen sollte auch ein möglichst hohes Maß an Repräsentativität der Leistung gewährleistet sein. Bei einem gesetzten Schwellenwert von 100,0 % wären die von allen Krankenhäusern erbrachten Eingriffe, weniger die fachgebietstypischen Eingriffe erfasst worden. Ein Schwellenwert von 50,0 % hingegen erschien nicht ausreichend repräsentativ, da unter „typisch“ mehr als „mehrerheitlich“ verstanden wurde. Die Setzung des Schwellenwertes fiel daher auf die Mitte dieses Intervalls bei 75,0 %.

Für den OPS-Kode 5-470 „Appendektomie“ des oben exemplarisch dargelegten spezifischen Leistungsbündels „Basischirurgie“ des Fachgebiets Viszeralchirurgie bedeutet dies beispielsweise, dass dieser von 89,9 % aller Standorte mindestens einmal erbracht wurde (Tabelle 2). Insgesamt führten 82,8 % aller Standorte diesen OPS-Kode mindestens 20-mal und 66,9 % aller Standorte mindestens 50-mal durch. Insgesamt wurde der OPS-Kode im Jahr 2016 auf Grundlage der Daten der strukturierten Qualitätsberichte 133.013-mal deutschlandweit durchgeführt (Tabelle 13, Anhang C.1). Da der OPS-Kode 5-470 über dem Schwellenwert von 75 % liegt, wurde er in den Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Viszeralchirurgie aufgenommen.

Der eher unspezifische OPS-Kode 5-479 „Andere Operationen an der Appendix“ wurde hingegen von lediglich 21,2 % aller Standorte und insgesamt nur 397-mal deutschlandweit erbracht, so dass er keinen Eingang in den Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Viszeralchirurgie fand (Tabelle 13, Anhang C.1).

Die Tabellen Tabelle 3 und Tabelle 4 stellen die auf obige Weise identifizierten Grundleistungsbereiche für die Fachgebiete Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie dar.

Tabelle 3: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Viszeralchirurgie (OPS-Kodes)

OPS-Kode	Bezeichnung
5-061	Hemithyreoidektomie
5-063	Thyreoidektomie
5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen
5-470	Appendektomie
5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion
5-491	Operative Behandlung von Analfisteln
5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden
5-511	Cholezystektomie

OPS-Kode	Bezeichnung
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis
5-531	Verschluss einer Hernia femoralis
5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis
5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica
5-536	Verschluss einer Narbenhernie
5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums
5-542	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand
5-545	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum
5-549	Andere Bauchoperationen
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut
5-449	Andere Operationen am Magen
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes
5-454	Resektion des Dünndarmes
5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes
5-460	Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff
5-462	Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes
5-464	Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma
5-465	Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas
5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes
5-469	Andere Operationen am Darm
5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums
5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung

Tabelle 4: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Unfallchirurgie (OPS-Kodes)

OPS-Kode	Bezeichnung
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen
5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes
5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie
5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie
5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie
5-853	Rekonstruktion von Muskeln
5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide
5-856	Rekonstruktion von Faszien
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln
5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität
5-865	Amputation und Exartikulation Fuß
5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes
5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens
5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen
5-840	Operationen an Sehnen der Hand
5-783	Entnahme eines Knochentransplantates
5-784	Knochentransplantation und -transposition

Abschließend erfolgte die Berechnung des Anteils der Standorte in Deutschland, die die oben dargestellten Grundleistungsbereiche im Jahr 2016 auf Datengrundlage der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser vollständig, also zu 100 % erbracht haben, sowie eine anteilige Aufschlüsselung ab einer Erbringung von mindestens der Hälfte der in den Grundleistungsbereichen enthaltenen OPS-Kodes, d. h. zu mindestens 50 % (Tabelle 5 und Tabelle 6).

Tabelle 5: Erbringung des Grundleistungsbereichs für das Fachgebiet Viszeralchirurgie

Prozentsatz der Erbringung des Grundleistungsbereichs	Anzahl Standorte	Anteil an Standorten in [%]
100 %	544	45
90 %	895	74
80 %	991	81
70 %	1.024	84
60 %	1.048	86
50 %	1.076	88

Tabelle 6: Erbringung des Grundleistungsbereichs für das Fachgebiet Unfallchirurgie

Prozentsatz der Erbringung des Grundleistungsbereichs	Anzahl Standorte	Anteil an Standorten in [%]
100 %	479	39
90 %	836	69
80 %	981	81
70 %	1.018	84
60 %	1.049	86
50 %	1.068	88

Für den Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Viszeralchirurgie bedeutet dies beispielsweise, dass insgesamt 991 Krankenhausstandorte, also 81 % der 1.217 Standorte, die mit den ausgewählten Fachabteilungen in die Auswertungen eingegangen sind, diesen zu 80 % erbringen (Tabelle 5).

Ein ähnlicher Wert ergibt sich für den Grundleistungsbereich des Fachgebiets Unfallchirurgie: 81 % aller erfassten Standorte erbringen 80 % der im Grundleistungsbereich enthaltenen OPS-Kodes (Tabelle 6).

3.3 Konzept für die methodische Vorgehensweise zur Identifikation von Grundleistungsbereichen

Die oben dargelegte methodische Herangehensweise lässt sich nach Einschätzung des IQTIG auch auf andere Fachgebiete, deren Leistungen hauptsächlich über OPS-Kodes abbildbar sind, übertragen. Hierzu werden in einem ersten Schritt auf Grundlage der (Muster-)Weiterbildungsordnung und unter Hinzuziehung eventuell vorhandener Zusatz-Weiterbildungen Leistungsbündel entsprechend der spezifischen Operationsgruppen zusammengefasst. Diesen werden im Anschluss gegebenenfalls unter Einbeziehung von Fachexpertinnen und -experten OPS-Kodes (Viersteller) des OPS-Katalogs des DIMDI zugeordnet. Diese OPS-Kodes bilden dann die Grundlage für die im zweiten Schritt durchzuführende empirische Prüfung der Leistungsverteilung über die Krankenhausstandorte auf Basis der Daten der strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V aller deutschen Krankenhäuser. Ein abschließend zu setzender Schwellenwert, dessen Höhe über den Ein- und Ausschluss der OPS-Kodes in den Grundleistungsbereich entscheidet, sollte zum einen ermöglichen, das typische Leistungsspektrum der jeweiligen Abteilungsart abzubilden, um somit eine Vergleichbarkeit der Fachabteilungen untereinander zuzulassen. Zum anderen sollte die Repräsentativität gewährleistet sein, demnach sollte der Schwellenwert so gewählt werden, dass möglichst viele Krankenhausstandorte eingeschlossen werden. Die Stratifizierung anhand von Bettengrößenklassen könnte diesbezüglich zu einer Homogenisierung der Datenlage und der leichteren Identifizierung eines möglichst repräsentativen Schwellenwertes verhelfen. Eine Übertragung des vorgeschlagenen Vorgehens auf rein konservative Fachgebiete ließe sich gegebenenfalls durch das Heranziehen von ICD-Kodes realisieren, wobei hier große Limitationen in der Definition von Haupt- und Nebendiagnosen liegen könnten.

Als alternative Möglichkeit einer Kopplung von organisatorischen Einheiten mit typischen Leistungsbündeln sei hier kurz die Herangehensweise in der Schweiz skizziert, die bereits seit Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen im Januar 2012 eine Novellierung der Spitalplanung vollzogen hat. Hierzu wurden ähnlich der Bildung der zuvor dargestellten Leistungsbündel in der Schweiz sogenannte Leistungsgruppen mit medizinisch vergleichbaren Leistungen gebildet, die nach Fachgebieten unterteilt sind und Leistungen ähnlicher Komplexität zusammenfassen, um auf diese Weise medizinisch sinnvolle Einheiten abzubilden. Diese Leistungsgruppen werden ähnlich wie in dem zuvor erläuterten Konzept auf Basis des Internationalen Diagnoseverzeichnisses (ICD), des Schweizer Operationskatalogs (CHOP) und des Schweizer DRG-Systems entwickelt (De Pietro et al. 2015, BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018). Innerhalb dieser Leistungsgruppen sind dann jedoch zwei Gruppen mit Querschnittsbereichen hervorzuheben: das „Basispaket“ und das „Basispaket elektiv“. Das „Basispaket“ beinhaltet Leistungen der Grundversorgung in den Fachgebieten der Inneren Medizin und der Allgemeinen Chirurgie und ist somit die Grundlage für Spitäler mit einer Notfallstation. Das „Basispaket elektiv“ hingegen bildet die Grundlage für Leistungserbringer ohne Notfallstation, die lediglich Leistungsgruppen mit hauptsächlich elektiven Eingriffen erbringen (BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018). Diese Herangehensweise differiert von der zuvor durch das IQTIG vorgeschlagenen Bildung von fachgebietsspezifischen Leistungsbündeln. Eine ähnliche Bildung eines „Basispakets“ wäre aber beispielweise für in der Versorgung zusammenhängende Fachgebiete denkbar, von denen sich manche Bereiche

nicht hauptsächlich über OPS-Kodes abbilden lassen, aber gerade in der Grundversorgung ihren Fokus haben.

Eine Ausnahme bildet in der Schweizer Spitalplanung die Leistungsgruppe „hochspezialisierte Leistungen“, deren Beplanung kantonsübergreifend erfolgt. Diese beinhaltet ausgewählte seltene Leistungen, die sich durch komplexe Behandlungsverfahren und somit einen hohen technischen und/oder personellen Aufwand auszeichnen, wie beispielsweise die Viszeralchirurgie (Ösophagus-, Leber-, Pankreasresektion) und Transplantationschirurgie. Durch eine Konzentration der Leistungen soll in der Schweiz eine höhere Auslastung hochspezialisierter Zentren angestrebt werden (De Pietro et al. 2015, BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018). Das IQTIG hat bislang das vergleichbare hochkomplexe Leistungsbündel „spezielle Viszeralchirurgie“, das u. a. OPS-Kodes zu Eingriffen an Ösophagus, Leber, Pankreas und den Gallenwegen beinhaltet, nicht näher betrachtet, da es sich nicht für die Bildung eines Grundleistungsbereichs für das Fachgebiet Viszeralchirurgie eignet und somit nicht Auftragsgegenstand ist. Zusammengefasst ist ein methodisches Vorgehen zur Identifizierung von Grundleistungsbereichen, d. h. zur Abbildung eines typischen Leistungsspektrums der jeweiligen Abteilungsart, nach Einschätzung des IQTIG für Fachgebiete, deren Abbildbarkeit hauptsächlich über OPS-Kodes erfolgt, wie oben dargestellt möglich.

Für solche Leistungsbündel ist dann die Neuentwicklung einer übergreifenden Qualitätsbewertung erforderlich. Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist primär für Leistungsbündel intendiert, aber auch für Grundleistungsbereiche denkbar.

4 Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Im Rahmen des zu erarbeitenden Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren soll gemäß G-BA-Auftrag (G-BA 2017) dargelegt werden, welche Qualitätsaspekte sich grundsätzlich für die Krankenhausplanung eignen und wie entsprechende Indikatoren und Indikatorensets entwickelt werden können (Auftragsgegenstand 2a). Im Folgenden wird dementsprechend erörtert, wie für eine Krankenhausplanung (Intervention, Zulassung oder Auswahl; siehe Abschnitt 1.1) geeignete Qualitätsaspekte der Versorgung identifiziert werden können und welche Anforderungen diese erfüllen müssen, um in ein Qualitätsmodell Eingang zu finden. Zudem wird dargestellt, wie eine Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren und Indikatorensets allgemein zum Verfahrenszweck Krankenhausplanung und im Speziellen zu Leistungsbündeln, Grundleistungsbereichen oder auch Querschnittsthemen erfolgen kann. Unterschiede in der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren zum Zweck der Krankenhausplanung im Vergleich zur Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren für qualitätsfördernde Maßnahmen werden aufgezeigt.

4.1 Qualitätsaspekte

Die Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren bzw. QS-Verfahren zur Qualitätsförderung erfolgt gemäß den Methodischen Grundlagen des IQTIG in verschiedenen aufeinander aufbauenden Schritten. Die erste, konzeptionelle Phase der Entwicklung beginnt mit der Konzeptstudie, innerhalb derer die Qualitätsaspekte der Versorgung identifiziert werden und an deren Ende das Qualitätsmodell steht (Abschnitt 4.1.1). Anschließend erfolgt die Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren auf Basis dieses Qualitätsmodells (Abschnitt 4.2). Nach Abschluss der konzeptionellen Phase schließt sich die empirische Phase der QS-Verfahrensentwicklung an, in der zur Vorbereitung der Überführung des QS-Verfahrens in den Regelbetrieb u. a. eine Machbarkeitsprüfung durchgeführt wird (IQTIG 2017).

Bei der Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind generell verschiedene Möglichkeiten denkbar:

- Neuentwicklung eines Qualitätsmodells sowie entsprechender Qualitätsindikatoren ausschließlich zum Zweck der Krankenhausplanung (Zulassung und Auswahl)
- Neuentwicklung eines Qualitätsmodells zum Zweck sowohl der Qualitätsförderung als auch der Krankenhausplanung (integrierte G-BA-Beauftragung); anschließend darauf basierend die Entwicklung von Qualitätsindikatoren zur Qualitätsförderung sowie von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
- Prüfung von bereits zum Zweck der Qualitätsförderung entwickelten Qualitätsaspekten und Qualitätsindikatoren für die stationäre Versorgung (einschließlich der Indikatoren in sektorübergreifenden QS-Verfahren) hinsichtlich ihrer Eignung für den Zweck der Krankenhausplanung

- Ableitung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus Vorgaben in Richtlinien zur Strukturqualität oder Mindestmengenregelungen

Im Folgenden wird der Fokus auf die ersten beiden möglichen Entwicklungsprozesse von komplett neuen Qualitätsmodellen und Indikatoren gelegt. Zudem wird auf die Prüfung der Eignung von Qualitätsaspekten aus bereits entwickelten Qualitätsmodellen sowie von Qualitätsindikatoren aus entwickelten QS-Verfahren mit einem zugrundeliegenden Qualitätsmodell zum Zweck der Qualitätsförderung eingegangen. Hinsichtlich eines Konzepts zur Ableitung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus Richtlinien zur Strukturqualität oder Mindestmengenregelungen wird auf den entsprechenden Abschlussbericht des IQTIG verwiesen (IQTIG 2018c).

4.1.1 Ermittlung von Qualitätsaspekten

Neuentwicklung von Qualitätsmodellen zum Zweck der Krankenhausplanung

Zu Beginn einer Konzeptstudie für ein QS-Verfahren wird eine umfängliche Themenerschließung zur Aufbereitung und Analyse der aktuellen Versorgungspraxis für das vom G-BA vorgegebene Thema oder den vorgegebenen Versorgungsbereich durchgeführt. Die Themenerschließung erfolgt dabei auf Basis verschiedener Wissensquellen: Literatur- und Leitlinienrecherche, Recherche aktueller normativer Rahmenbedingungen, leitfadengestützte Einzelinterview mit Expertinnen und Experten sowie Fokusgruppen mit Patientinnen und Patienten bzw. an der Versorgung beteiligten Gesundheitsfachkräften und eine explorative Sozialdatenanalyse. Die Darstellung der Versorgungspraxis umfasst u. a. Angaben zur Epidemiologie und Ätiologie der Erkrankung, zur Diagnosestellung, Indikation und Therapie sowie zu Behandlungsergebnissen und auch übergeordneten Behandlungs- und Versorgungszielen. Zusätzlich zur Aufbereitung der Versorgungspraxis wird im Rahmen der Themenerschließung nach größeren regionalen und überregionalen Qualitätsinitiativen und Versorgungsmodellen gesucht, um u. a. anhand der Projektergebnisse Hinweise auf mögliche Verbesserungspotenziale in der Versorgung zu erhalten und zudem Abschätzungen hinsichtlich möglicher Umsetzungshürden eines zukünftigen QS-Verfahrens vornehmen zu können (IQTIG 2017). Bei der Aufbereitung der Versorgungspraxis ist noch keine Fokussierung auf den zukünftigen Verfahrenszweck eines QS-Verfahrens (Qualitätsförderung, Krankenhausplanung etc.) notwendig (Abbildung 8). Eine integrierte Entwicklung sowohl für Qualitätsförderung als auch Krankenhausplanung erscheint dabei je nach Versorgungsbereich sinnvoll. Dessen ungeachtet sind Modellentwicklungen ausschließlich für den Verfahrenszweck Qualitätsförderung je nach Versorgungsbereich weiterhin zweckmäßig. Dagegen ist die Entwicklung nur für Krankenhausplanung alleine nur zielführend, wenn keine Qualitätsförderung erforderlich ist, weil es um die Planungszwecke Auswahl („gute“ Qualität) oder Zulassung (Erfüllung von Mindestanforderungen) geht.

Hinsichtlich der Themenerschließung für ein QS-Verfahren zum Verfahrenszweck Krankenhausplanung ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Aufbereitung und Analyse der Versorgungspraxis von Leistungsbündeln, Grundleistungsbereichen (siehe Kapitel 3) oder auch Querschnittsthemen vergleichsweise komplexer und umfangreicher werden wird als bei der Themen-

erschließung für nur eine Leistung oder ein Versorgungsthema, wie es im Bereich der Qualitätsförderung bislang üblich ist. Das liegt daran, dass der Blick der Qualitätssicherung sich bisher an Leistungen oder besonderen Versorgungsthemen ausrichtet hat. Die Fragestellung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren betrachtet aber Einheiten (z. B. Fachabteilungen, Querschnittsthemen), die Versorgungsleistungen unterschiedlichster Art erbringen. Da das Portfolio der einzelnen Leistungserbringer sehr viele unterschiedliche medizinische Leistungen umfassen und gleichzeitig sehr unterschiedlich ausgeprägt sein kann, muss die Qualitätsmessung für solche Einheiten auf individuell angepassten Indikatorensets aufbauen.

Bei der Recherche nach nationalen Qualitätsinitiativen ist mit Blick auf den Verfahrenszweck Krankenhausplanung zusätzlich eine Recherche nach Qualitätsanforderungen sinnvoll, welche bereits in den Krankenhausplanungen der Länder zur Anwendung kommen. Darüber hinaus können Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser Hinweise auf geeignete Qualitätsindikatoren geben. Die Zertifizierungsanforderungen können bei der Identifikation von Qualitätsaspekten zur Strukturqualität (Strukturanforderungen), aber auch Prozess- und Ergebnisqualität nützlich sein. Zudem ist es für den Verfahrenszweck Krankenhausplanung sinnvoll, die Recherche auch auf internationale Qualitätsinitiativen, die zur Regulierung der Gesundheitsversorgung eingesetzt werden (z. B. Akkreditierungen, Zertifizierungen), auszuweiten, um auch Bestrebungen und Vorgehensweisen zur Regulierung von anderen Ländern bei der Verfahrensentwicklung berücksichtigen zu können.

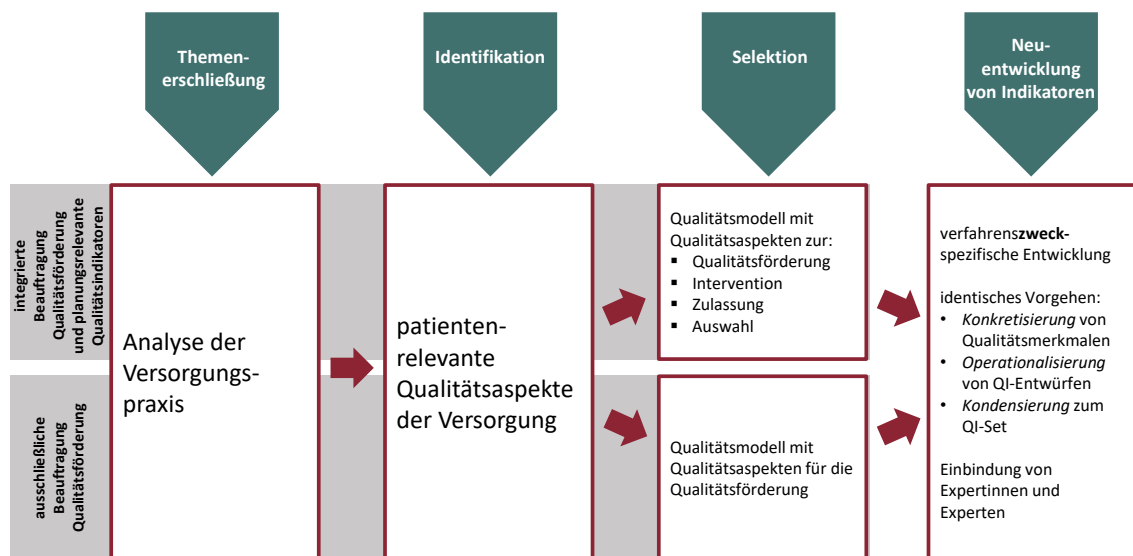


Abbildung 8: Schritte zur Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Aus der Analyse der Versorgungspraxis im Rahmen der Themenerschließung werden in einem nächsten Schritt die patientenrelevanten Qualitätsaspekte der Versorgung abgeleitet. Ausgangspunkt für die Identifikation der patientenrelevanten Qualitätsaspekte sind die jeweils themenspezifischen Behandlungs- und Versorgungsziele, die auf Basis des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstands (z. B. zentrale Themen in Leitlinien) sowie aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten heraus formuliert werden (IQTIG 2017). Qualitätsaspekte im Sinne der QS-Verfahrensentwicklung stellen jene handlungsbezogenen Themenkomplexe der Versorgung

dar, die wesentlich zur themenspezifischen Gesamtqualität im Sinne der übergeordneten Behandlungs- und Versorgungsziele beitragen. Qualitätsaspekte können sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beziehen – auch Systemindikatoren sind möglich. Die Ableitung der Qualitätsaspekte aus der Versorgungspraxis kann auch hier noch verfahrenszweckunabhängig erfolgen (Abbildung 8).

Im anschließenden Entwicklungsschritt werden aus sämtlichen Qualitätsaspekten, die aus der Literatur, den Erkenntnissen zur Patientenperspektive und dem Erfahrungswissen der Expertinnen und Experten gewonnen wurden, jene für das Qualitätsmodell ausgewählt, die dafür als geeignet eingestuft werden (Abbildung 8). Der Selektionsschritt erfolgt zuerst anhand von generellen Kriterien (z. B. Übereinstimmung mit dem Auftrag des G-BA; IQTIG 2017). Ob sich die selektierten Qualitätsaspekte neben der Qualitätsförderung auch zur Krankenhausplanung eignen, muss dann anhand weiterer Kriterien geprüft werden, wobei krankenhauserplanerische Intervention und die Zulassung bzw. Auswahl von Leistungserbringern jeweils unterschiedliche Anforderungen stellen, insbesondere da z. B. die differenzierte Identifikation „guter“ Qualität für Auswahlentscheidungen von Bedeutung ist (siehe Abschnitt 4.1.2).

Die als geeignet selektierten Qualitätsaspekte werden in einem Qualitätsmodell zusammengefasst. Bei jedem Qualitätsaspekt wird jeweils festgelegt, für welche(n) Verfahrens- bzw. Planungszweck(e) er sich grundsätzlich eignet (Abbildung 8). An dieser Stelle der Verfahrensentwicklung wird explizit entschieden, welche Qualitätsaspekte eines Qualitätsmodells sich für einen spezifischen Versorgungsbereich eignen und welche sich für ein Leistungsbündel eignen und demzufolge in die nachfolgende Indikatorenentwicklung (Abschnitt 4.2) einzubeziehen sind – unter Berücksichtigung des intendierten Planungszwecks.

Für die selektierten Qualitätsaspekte des Qualitätsmodells erfolgt des Weiteren eine Einschätzung hinsichtlich der grundsätzlichen Erfassbarkeit. Die grundsätzliche Erfassbarkeit ist gegeben, wenn der Qualitätsaspekt einer zugänglichen Datenquelle und einem realisierbaren Erfassungsinstrument zugeordnet werden kann. Dies bedeutet, dass die Inhalte des Qualitätsaspekts mit dem Erfassungsinstrument erhoben werden können (z. B. Abbildung auf der Basis von Sozialdaten bei den Krankenkassen möglich), die Leistungserbringer das Erfassungsinstrument praktikabel nutzen können (z. B. im Rahmen der fall- oder einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation) und der Aufwand für die Erhebung als angemessen eingeschätzt wird (IQTIG 2017). Bei der Prüfung der grundsätzlichen Erfassbarkeit ist es unerheblich, für welchen Verfahrenszweck die Qualitätsaspekte geeignet sind. Grundsätzlich stehen alle Datenquellen der Verfahren zur Qualitätsförderung sowie deren Standard-Erfassungsinstrumente auch für Verfahren zur Regulierung (Krankenhausplanung) zur Verfügung:

- fallbezogene QS-Dokumentation
- einrichtungsbezogene QS-Dokumentation
- Sozialdaten bei den Krankenkassen
- Patientenbefragung

Da im Rahmen des Verfahrenszwecks Krankenhausplanung Allokationsentscheidungen ermöglicht werden sollen und ggf. existenzielle Entscheidungen von den QS-Daten abhängen, sind be-

sondere Anforderungen an die Qualität der Daten zu stellen. Dies findet sich auch in der Begründung des KHSG wieder: „Nur wenn die mit der Qualitätssicherung erhobenen Daten die Qualität der Leistungen sachgerecht wiedergeben, können diese Daten rechtssicher als Grundlage [...] für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung herangezogen werden.“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015) Vor diesem Hintergrund erscheint die Nutzung von Daten aus der Befragung von Patientinnen und Patienten für den Planungszweck Intervention – also im Qualitätsspektrum der „mäßig unzureichenden“ und „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ – zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht empfehlenswert. Einer Nutzung im Bereich „guter“ Qualität scheint jedoch erstmal grundsätzlich nichts entgegenzustehen. Es ist nicht auszuschließen, dass sich möglicherweise der Anreiz für die Krankenhäuser erhöht, ihre Anstrengungen zur Verbesserung in den Indikatoren der Patientenperspektive zu steigern, wenn diese für planerische Auswahlentscheidungen berücksichtigt werden. Hinsichtlich der Einschätzung einer Eignung dieser Datenquelle für regulierende Maßnahmen können zukünftig auch die Erfahrungen und Ergebnisse aus der Umsetzung der ersten Patientenbefragungen hilfreich sein, die dann im Entwicklungsprozess berücksichtigt werden.

Prüfung von vorhandenen (sektorenübergreifenden) Qualitätsmodellen hinsichtlich ihrer Eignung für den Zweck der Krankenhausplanung

Bei der Prüfung von bereits entwickelten Qualitätsmodellen bzw. sektorenübergreifenden QS-Verfahren mit einem zugrunde liegenden Qualitätsmodell hinsichtlich der Eignung der Qualitätsaspekte für die Krankenhausplanung bzw. der Ableitung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist die Wiederholung eines Entwicklungsschrittes notwendig: Ausgehend von den aus der Versorgungspraxis identifizierten patientenrelevanten Qualitätsaspekten muss die Selektion der Qualitätsaspekte erneut mit Blick auf den Verfahrenszweck Krankenhausplanung vorgenommen werden. Dies bedeutet, dass alle identifizierten patientenrelevanten Qualitätsaspekte der Versorgung zusätzlich anhand der weiteren anzulegenden Kriterien hinsichtlich ihrer Eignung für den Zweck der Krankenhausplanung geprüft werden (Abschnitt 4.1.2). Die zusätzlich für die Krankenhausplanung geeigneten Qualitätsaspekte werden dann im Qualitätsmodell als solche gekennzeichnet. Die daraus abgeleiteten, neuen Qualitätsindikatoren müssen zunächst im Regelbetrieb erprobt und auf Eignung geprüft werden, bevor sie im Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* dann zur Folgen auslösenden Bewertung von Leistungserbringern bzw. zur Veröffentlichung eingesetzt werden können (Abschnitt 4.2).

4.1.2 Eignung der Qualitätsaspekte für die Krankenhausplanung

Qualitätsaspekte der Versorgung sollten grundsätzlich verschiedene Dimensionen der Versorgungsqualität abbilden. Anforderungsarten an die Qualität der Gesundheitsversorgung werden dabei häufig in Form von Qualitätsdimensionen in einem Rahmenkonzept für Qualität zusammengefasst. Zur Beurteilung der Abbildung der Qualität der Gesundheitsversorgung hat beispielsweise die Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) ein Modell mit verschiedenen Qualitätsdimensionen entwickelt (Arah et al. 2006):

- Effektivität
- Sicherheit
- Patientenzentrierung

Neben diesen „core quality dimensions“ benennt die OECD Effizienz – darunter makroökonomische Effizienz im Sinne von Nachhaltigkeit und mikroökonomische Effizienz – sowie Gerechtigkeit – darunter Verteilungsgerechtigkeit und Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen – als weitere gesundheitspolitische Qualitätsdimensionen (Arah et al. 2006).

Die Dimension „Effektivität“, der auch die Indikationsstellung zugeordnet werden kann (Döbler und Geraedts 2018), umfasst dabei, inwieweit primäre Behandlungsziele erreicht werden bzw. Prozesse genutzt werden, mit denen diese Behandlungsziele erreicht werden können. Die Dimension „Sicherheit“ wird hier als Patientensicherheit verstanden und beinhaltet, inwieweit das Auftreten vermeidbarer unerwünschter Ereignisse tatsächlich vermieden wird bzw. ob geeignete Prozessschritte eingesetzt werden, um solche Ereignisse zu vermeiden. Die Dimension der Patientenzentrierung umfasst, inwieweit die Bedürfnisse und Erfahrungen der Patientinnen und Patienten mit hoher Priorität berücksichtigt werden (Arah et al. 2006, Döbler und Geraedts 2018).

Anhand der Zuordnung der ausgewählten Qualitätsaspekte zu diesen Qualitätsdimensionen lässt sich überprüfen, ob das Qualitätsmodell sowie die daraus abgeleiteten Qualitätsindikatoren thematisch ausgewogen verteilt sind.⁸ Hierbei ist jedoch zu beachten, dass sich nicht alle Qualitätsdimensionen gleichermaßen für jeden Verfahrens- bzw. Planungszweck eignen und dementsprechend ein Qualitätsmodell nicht zwangsläufig alle genannten Qualitätsdimensionen abdecken muss.

Auf der Grundlage der Analyse der Versorgungspraxis und Identifikation der patientenrelevanten Qualitätsaspekte der Versorgung erfolgt die Selektion von geeigneten Qualitätsaspekten für das Qualitätsmodell. Die identifizierten Qualitätsaspekte müssen hierfür je nach Verfahrens- bzw. Planungszweck unterschiedliche Kriterien, u. a. abgeleitet aus den Qualitätsdimensionen der OECD, erfüllen.

Dabei gibt es Kriterien, die grundsätzlich von allen Qualitätsaspekten – unabhängig davon, ob sie sich zur Qualitätsförderung, Intervention oder Zulassung bzw. Auswahl eignen sollen – erfüllt sein müssen, um in das Qualitätsmodell Eingang zu finden. So müssen alle identifizierten Qualitätsaspekte grundsätzlich den Bezug zu einem patientenrelevanten Outcome aufweisen. Darüber hinaus werden alle identifizierten Qualitätsaspekte dahingehend geprüft, ob sie mit den verfahrensspezifischen Vorgaben des G-BA für das geplante QS-Verfahren übereinstimmen. Zudem müssen die Qualitätsaspekte grundsätzlich durch die Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V erhebbar und durch die betroffenen Leistungserbringer beeinflussbar sein (IQTIG 2017).

⁸ Vom IQTIG wurde in Anlehnung an bestehende Rahmenkonzepte von Qualität für die Gesundheitsversorgung ein eigenes Rahmenkonzept entwickelt. Dies wird in seinen sich zum Zeitpunkt der Abgabe des Bericht noch im Stellungnahmeverfahren befindlichen „Methodischen Grundlagen V1.1s“ (IQTIG 2018b), beschrieben. Bei Neuentwicklungen von (planungsrelevanten) Qualitätsindikatoren wird demnach zukünftig das Rahmenkonzept des IQTIG zur Prüfung der Ausgewogenheit der Qualitätsaspekte angewendet.

Eignung für die Intervention

Bei Qualitätsaspekten für die krankenhauserische Intervention ist es unabdingbar – analog zu solchen für die Qualitätsförderung – zu prüfen, ob es ausreichende Hinweise für einen Verbesserungsbedarf für die Patientinnen und Patienten gibt. Nur das Vorliegen eines anhaltenden, erheblichen Verbesserungsbedarfs kann die Intervention der Planungsbehörden zum Schutz von Patientinnen und Patienten auslösen (Abbildung 9). Zur Identifikation eines erheblichen Verbesserungsbedarfs – in Abgrenzung zum Verbesserungsbedarf im Bereich der Qualitätsförderung –, bei dem eine Handlungsrelevanz für die Krankenhausplanung besteht, wird auf Basis der Informationen aus den verschiedenen Wissensquellen (siehe Abschnitt 4.1.1) nochmals eine qualitative Bewertung und Abwägung des Verbesserungsbedarfs hinsichtlich der Anzahl an betroffenen Patienten und des Ausmaßes der Schädigungen/Folgen (Komplikationsrate, Morbidität, Mortalität) vorgenommen. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren, die für die Intervention im Rahmen der Krankenhausplanung eingesetzt werden, müssen zudem einen Bezug zu Patientensicherheit aufweisen. Aber auch Qualitätsaspekte, die die medizinische Zielerreichung „Erreichen primärer Behandlungsziele“ sowie die „adäquate Indikationsstellung“, abgeleitet aus den Qualitätsdimensionen „Effektivität“ und „Sicherheit“ der OECD (Arah et al. 2006), abbilden, können für den Verfahrenszweck Krankenhausplanung bzw. Planungszweck Intervention als geeignet eingestuft werden, wenn z. B. bei Grundleistungsbereichen mehrere grundlegende Versorgungsstandards nicht eingehalten werden und daher von einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit auszugehen ist.

Das Konzept der potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit basiert auf den Herleitungen im Abschlussbericht des IQTIG zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren aus den QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung (IQTIG 2016a). Eine potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit besteht, wenn durch Versorgungsmängel Patientinnen und Patienten vermeidbaren Risiken eines schweren Gesundheitsschadens (schwere oder letale Patientenschäden) ausgesetzt werden (IQTIG 2016a: 28 ff.). Entsprechend der Auflage des BMG an den G-BA vom 24. Februar 2017 müssen planungsrelevante Qualitätsindikatoren den „Ländern eine fundierte fachliche Grundlage dafür zur Verfügung stellen, [...] ,eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ mit den entsprechenden Konsequenzen festzustellen (BMG 2017: 3). So hat auch der G-BA in der plan. QI-RL beschlossen, dass „ab dem Jahr 2018 zu beschließende neue Indikatoren eine Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern im Hinblick darauf, ob eine „in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität“ im Sinne von § 8 Absatz 1a Satz 1 und Absatz 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V vorliegt“, ermöglichen müssen (§ 3 Abs. 2 plan. QI-RL). Qualitätsaspekte eignen sich gemäß Abschlussbericht des IQTIG zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren aus den QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung (IQTIG 2016a) für die Intervention schon allein aus gesetzlicher und juristischer Sicht nur, wenn aus ihnen Qualitätsindikatoren mit Bezug zur Patientensicherheit entwickelt werden können.

Qualitätsaspekte, die sich ausschließlich der Qualitätsdimension der „Patientenzentrierung“ (nicht zu verwechseln mit patientenorientierten Outcomes) zuordnen lassen, werden dagegen für den Planungszweck einer krankenhauplanerische Intervention nicht als geeignet betrachtet, da sie keinen direkten Zusammenhang mit Patientensicherheit haben.

Intervention	Zulassung	Auswahl
Bezug zu einem patientenrelevanten Outcome		
Beeinflussbarkeit durch die Leistungserbringer		
Grundsätzliche Erfassbarkeit durch die Qualitätssicherung		
erheblicher Verbesserungsbedarf mit Bezug	strukturelle Mindestanforderung mit Bezug	Anforderung an „gute“ Versorgungsqualität mit Bezug
Patientensicherheit		
Erreichen primärer Behandlungsziele		
adäquate Indikationsstellung		
		Patientenzentrierung

Abbildung 9: Kriterien zur Eignung von Qualitätsaspekten für die Krankenhausplanung

Qualitätsaspekte sowie die darauf basierenden Qualitätsindikatoren für eine Zulassung oder die Auswahl von Krankenhäusern sollen grundsätzlich dazu geeignet sein, die Landesplanungsbehörden bei ihre Entscheidungen zu unterstützen (siehe Abschnitt 1.1). Auch die Qualitätsaspekte zur Zulassung und Auswahl müssen im ersten Schritt die QS-bezogenen allgemeinen, grundsätzlichen Eignungskriterien (Bezug zu einem patientenrelevanten Outcome, Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer, Erfassbarkeit durch die Qualitätssicherung) erfüllen.

Eignung für die Zulassung

Für die Zulassung spielen strukturelle Mindestanforderungen an neue Abteilungen in den einzelnen Qualitätsaspekten eine besondere Rolle. Solche können sich dabei auf personelle, räumliche oder apparative Mindestanforderungen beziehen. Die aus den Qualitätsaspekten abgeleiteten strukturellen Mindestanforderungen sollen dabei einen Bezug zu den OECD-Dimensionen Patientensicherheit oder auch Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung) aufweisen (Abbildung 9), da die geforderten Strukturen Grundvoraussetzungen zur Gewährleistung von Prozessen und Ergebnissen hinsichtlich dieser Dimensionen sind. So kann sich z. B. das Vorhandensein bestimmter apparativer Strukturen (z. B. zur Diagnostik) mittelbar auch auf eine adäquate Indikationsstellung sowie das Erreichen primärer Behandlungsziele auswirken, weshalb das Vorhalten dieser Apparate aus Erwägungen einer effektiven Behandlung gefordert werden kann.

Eignung für die Auswahl

Für Auswahlentscheidungen spielen dagegen Qualitätsaspekte eine Rolle, bei denen eine Differenzierung im „guten“ Bereich von Versorgungsqualität („Patientensicherheit“, „Erreichen primärer Behandlungsziele“ sowie die „adäquate Indikationsstellung“) möglich ist, sodass besonders geeignete Abteilungen identifiziert werden können. Eine Betrachtung ausschließlich der Bereiche der Versorgung, bei denen ein erheblicher Verbesserungsbedarf besteht, wird bei Qualitätsaspekten für die Auswahl nicht für sinnvoll erachtet. Die Anwendung des Kriteriums „erheblicher Verbesserungsbedarf für die Patientinnen und Patienten“ wird demnach nicht als notwendig erachtet (Abbildung 9). Neben einem Bezug zu den OECD-Dimensionen Patientensicherheit und Effektivität können für Auswahlentscheidungen auch Qualitätsaspekte mit einem Bezug zur Qualitätsdimension „Patientenzentrierung“ geeignet sein (Arah et al. 2006). Beispiele für „gute“ Qualität solcher Patientenzentrierung können sein:

- Berücksichtigung von Patientenbedürfnissen bei der Planung und Durchführung der Behandlung und des strukturellen Rahmens für diese Behandlung
- verständliche Information der Patientinnen und Patienten, sodass diese ihre Gesundheitssituation, die Behandlungsmöglichkeiten und den gewählten Behandlungspfad verstehen können
- offene Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, z. B. nach Eintreten von Komplikationen
- Beteiligung der Patientinnen und Patienten an den Entscheidungen zu ihrer Behandlung
- eine kultursensible Versorgung
- ein optimales, patientenbezogenes Entlassmanagement

4.2 Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Indikatorensets

Grundlage für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist das in der vorausgehenden Konzeptstudie formulierte Qualitätsmodell. Auf dieser Basis erfolgen die Entwicklung von Qualitätsindikatoren und die Erarbeitung von Empfehlungen zur Umsetzung eines künftigen QS-Verfahrens (IQTIG 2017). Die Entwicklung der Qualitätsindikatoren sollte dabei ab diesem Entwicklungsschritt verfahrenszweckspezifisch erfolgen. Das heißt, zu Beginn des Entwicklungsprozesses von Qualitätsindikatoren sollte klar sein, ob die zu entwickelnden Qualitätsindikatoren ausschließlich zur Qualitätsförderung oder ggf. auch als planungsrelevante Qualitätsindikatoren verwendet werden sollen. Nach Festlegung des Verfahrens- und hier speziell auch Planungszwecks werden der Indikatorenentwicklung entsprechend jeweils nur noch die Qualitätsaspekte zugrunde gelegt, die im Qualitätsmodell für den zu adressierenden Verfahrens- und Planungszweck als geeignet eingeschätzt wurden (Abschnitt 4.1.2).

Die Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren kann entsprechend der allgemeinen Methodik zur Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG erfolgen (IQTIG 2017). Ausgehend von den für den Planungszweck geeigneten Qualitätsaspekten des Qualitätsmodells werden im ersten Schritt der Konkretisierung systematisch Qualitätsmerkmale der Versorgung identifiziert, die den jeweiligen Qualitätsaspekt konkret

abbilden. Hierbei werden die spezifischen Qualitätsanforderungen aus Leitlinien und Pflegestandards ebenso berücksichtigt wie Qualitätsanforderungen, die sich im Hinblick auf die Patientensicht aus Fokusgruppen ergeben. Qualitätsmerkmale können dabei entsprechend den zugrunde liegenden Qualitätsaspekten sowohl die Prozess- als auch die Ergebnisqualität adressieren. Werden im Rahmen der Qualitätsförderung eher selten Aspekte der Strukturqualität adressiert, spielen diese im Bereich der Krankenhausplanung eine größere Rolle. So könnten für den Zweck Intervention z. B. die Erfüllung von Mindestanforderungen an vorhandene Strukturen zur Gewährleistung ausreichender Patientensicherheit und für den Zweck Zulassung oder Auswahl von Krankenhäusern weitere zu erfüllende Struktur- bzw. Prozessanforderungen als Qualitätsmerkmal formuliert werden (siehe Abschnitt 1.1). Die zugehörigen Qualitätsindikatoren für den Planungszweck Auswahl müssen dabei insbesondere im Bereich „guter“ Qualität differenzieren können, da sich hier Planung mit dem Einschluss von Abteilungen befasst zur Sicherstellung „guter“ Versorgungsqualität für die regionale Bevölkerung.

Für die identifizierten Qualitätsmerkmale muss im Anschluss geprüft werden, welche Datenquelle zur Abbildung des Merkmals am geeignetsten ist, ob das Merkmal durch die betroffenen Leistungserbringer beeinflussbar ist und ob diesen die Verantwortung dafür zugeschrieben werden kann (IQTIG 2017). Für die Qualitätsmerkmale zur Intervention im Rahmen der Krankenhausplanung muss darüber hinaus geprüft werden, ob ein Bezug zu Patientensicherheit, einer Erreichung primärer Behandlungsziele oder einer adäquaten Indikationsstellung vorliegt. Qualitätsmerkmale für eine Zulassungs- oder Auswahlentscheidung sollten einen Bezug zu „guter“ Qualität aufweisen (siehe Abschnitt 4.1.2). Im Rahmen der Konkretisierung von Qualitätsmerkmalen findet im Bereich der Qualitätsförderung zudem eine ergänzende themenspezifische Recherche nach bereits national oder international vorhandenen Qualitätsindikatoren statt, die als gedanklicher Input für die verfahrensspezifische Neuentwicklung dienen (IQTIG 2017). Auch bei der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist es daher sinnvoll, nach bereits international für die Regulierung der stationären Gesundheitsversorgung eingesetzten Qualitätsindikatoren zu recherchieren. Darüber hinaus wird eine Recherche in den Krankenhausplänen der Bundesländer durchgeführt, welche Indikatoren oder Qualitätsanforderungen bereits für die Krankenhausplanung genutzt werden. Am Ende des Entwicklungsschritts der Konkretisierung steht dann eine Liste definierter Qualitätsmerkmale, die für die Weiterentwicklung zu Qualitätsindikatoren prinzipiell tauglich sind.

Im anschließenden Entwicklungsschritt erfolgt die Operationalisierung der ausgewählten Qualitätsmerkmale zu Qualitätsindikatorentwürfen (QI-Entwürfe). Die Operationalisierung der QI-Entwürfe zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren kann dabei äquivalent zum Vorgehen im Bereich der Qualitätsförderung erfolgen. Das heißt, für die QI-Entwürfe werden die jeweils relevanten Grundgesamtheiten der Patientinnen und Patienten des betrachteten Versorgungsbereichs, Leistungsbündels oder Grundleistungsbereichs sowie die Merkmalsausprägungen, die für die Qualitätsmessung am geeignetsten erscheinen, definiert. Zudem wird festgelegt, mit welchem Erfassungsinstrument die Daten für die künftigen Indikatoren erhoben werden sollen und welche Datenfelder und Kodierungen für die Berechnung der Indikatoren notwendig sind. Darüber hinaus wird anhand der Literatur geprüft, ob und wenn ja welche patientenbezogenen Ri-

sikofaktoren das Indikatorergebnis beeinflussen können und daher in einem späteren Risikoadjustierungsmodell berücksichtigt werden sollten. Im Rahmen der Operationalisierung soll zudem ein erster Vorschlag für Referenzbereiche bzw. deren Grenzwerte formuliert werden, die die Ergebnisse quantitativ klassifizierbar machen (IQTIG 2017).

Im letzten Entwicklungsschritt erfolgt die Kondensierung der Liste möglicher Qualitätsindikatoren zum fokussierten Qualitätsindikatorenset. Dabei wird reflektiert, ob das Qualitätsindikatorenset den ursprünglichen Verfahrenszweck des QS-Verfahrens erfüllt und das Qualitätsmodell angemessen abbildet (IQTIG 2017).

Bei der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren zur Qualitätsförderung wird regelhaft ein beratendes Expertengremium einbezogen (IQTIG 2017). Nach den einzelnen Entwicklungsschritten des IQTIG wird das Expertengremium jeweils um eine Einschätzung gebeten. So erfolgt nach der Konkretisierung der Qualitätsmerkmale durch das externe Expertengremium eine Priorisierung der Qualitätsmerkmale im Hinblick auf die Bedeutung des Qualitätsmerkmals für den Qualitätsaspekt (Relevanz, Verbesserungsbedarf und -potenzial) sowie die Verantwortungszuweisung zu den Leistungserbringern. Außerdem sollen die Expertinnen und Experten dazu Stellung nehmen, inwieweit mögliche unerwünschte Wirkungen oder Fehlanreize gegen eine Verwendung der Qualitätsmerkmale als Indikatoren sprechen. Im Anschluss an die Operationalisierung der QI-Entwürfe erhält das Expertengremium die Möglichkeit, diese Entwürfe zu kommentieren und ggf. Optimierungsvorschläge (z. B. hinsichtlich der vorgeschlagenen Kodierung oder der Verständlichkeit der vorgeschlagenen Datenfelder) zu machen. Am Ende des Entwicklungsprozesses wird dem Expertengremium das fokussierte Qualitätsindikatorenset für eine finale Reflexion vorgelegt (IQTIG 2017).

Der Einbezug eines beratenden Expertengremiums ist auch bei der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sinnvoll. Die Beteiligung kann auch hier entsprechend dem skizzierten Vorgehen im Bereich der Qualitätsförderung erfolgen. Auch das methodische Vorgehen für die einzelnen Treffen des Expertengremiums kann bei der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren übernommen werden. Bei der Zusammensetzung des beratenden Expertengremiums bei der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren muss auf dieselben Kriterien wie auch im Bereich der Qualitätsförderung geachtet werden, um eine inhaltliche, fachliche Ableitung der Indikatoren gewährleisten zu können (IQTIG 2017). Eine entscheidende Rolle bei der Zusammensetzung eines Expertengremiums im Bereich der Krankenhausplanung spielt die Offenlegung und Bewertung möglicher Interessenskonflikte durch das IQTIG. Hierbei sind insbesondere materielle, z. B. Vergütungsanreize in Dienstverträgen, aber auch nicht materielle Konflikte, wie eine Position, die zum Vertreten spezifischer Interessen verpflichtet, zu berücksichtigen und kritisch zu bewerten (IQTIG 2017). Hierzu werden die „Verfahrensregeln der Interessenkonflikt-Kommission des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)“ des IQTIG (Stand: 17. Mai 2018) eingesetzt.

Ergebnis einer Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden nicht wie bisher nur Indikatoren sein, die in Richtung der auffällig „unzureichenden“ Qualität messen, sondern auch solche, die in Richtung „guter“ Qualität messen. Vor dem Hintergrund der sehr unter-

schiedlichen Aufgaben, die die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die Landesplanungsbehörden erfüllen müssen, sollen die zu entwickelnden Indikatoren zum einen für die Zulassung oder Auswahl dienlich sein und dafür „gute“ Qualität von „mittlerer“ Qualität zu trennen vermögen. Zum anderen sollen die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren den Behörden dazu dienen, „mäßig unzureichende“ und „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ zu identifizieren, aus denen sich ein Handlungsbedarf zur Abwendung einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit ergibt oder ergeben könnte. Die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren haben also sehr unterschiedliche Inhalte und werden darum aller Voraussicht nach entweder das eine oder das andere messen. Indikatoren, die eine Messung im gesamten Qualitätsspektrum erlauben, wird es aus inhaltlichen und aus statistischen Gründen eher selten geben (siehe Abschnitt 5.1).

Bei der Indikatorenentwicklung sind Konstellationen der Indikatoren innerhalb eines Leistungsbündels zur Bewertung „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ in einem Grundleistungsbereich (Variante C) zu entwickeln (siehe Abschnitt 5.5.2). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass es um Sets von Qualitätsindikatoren geht, die Leistungsbündel oder Grundleistungsbereiche qualitativ abbilden sollen. Es kommt also die Schwierigkeit hinzu, entsprechende Algorithmen zu entwickeln, die es ermöglichen, planbare Krankenhausstrukturen anhand der Qualität des spezifisch von ihnen erbrachten Leistungsspektrums qualitativ zu messen und zu bewerten. Die Indikatorenentwicklung schließt somit auch die Entwicklung solcher zugehörigen Bewertungsalgorithmen ein.

Am Ende der Neuentwicklung steht ein Set an (planungsrelevanten) Qualitätsindikatoren mit den entsprechenden Erfassungs- und Bewertungsinstrumenten und den zusammenfassenden Indizes für Zwecke der Krankenhausplanung. Zusätzlich werden im entsprechenden Abschlussbericht zur Verfahrensentwicklung noch weitere Ausführungen zur Umsetzung eines vorgesehenen QS-Verfahrens gemacht. So werden Informationen zur Auslösung der Erfassungsinstrumente (QS-Filter), zu den Erfassungsformen (Datenflüsse, Erfassungszeiträume, Verfügbarkeit der Daten etc.) sowie ein differenziertes Auswertungskonzept (z. B. Berichtszeitpunkte, Inhalte der Rückmeldeberichte an die Leistungserbringer) dargelegt (IQTIG 2017).

An die konzeptionelle Phase der Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren schließt sich eine empirische Phase an. Neue Qualitätsindikatoren in bereits existierenden QS-Verfahren sollten mindestens zwei Jahre erprobt werden. In einer Machbarkeitsprüfung sollen neu entwickelte Erfassungsinstrumente (fall- und einrichtungsbezogene QS-Dokumentation) sowie die QS-Filter und die Qualitätsindikatoren vor der Umsetzung im Regelbetrieb systematisch erprobt, überprüft und ggf. angepasst werden, um sicherzustellen, dass eine erfolgsversprechende Aufnahme des Regelbetriebs möglich ist. Demnach sind die Ziele der Machbarkeitsprüfung eine erste Erprobung in der Praxis, eine frühzeitige Abstimmung mit den Leistungserbringern und eine Förderung der Akzeptanz des QS-Verfahrens, bevor es in den Regelbetrieb startet (IQTIG 2017). Auch bei der Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wird daher die Durchführung einer Machbarkeitsprüfung als unentbehrlich erachtet.

Die empirische Phase kann im Bereich der Qualitätsförderung bis in den Regelbetrieb des QS-Verfahrens hinreichen, wenn der G-BA in seiner Richtlinie eine Erprobungsphase des QS-Verfahrens im Regelbetrieb vorsieht (IQTIG 2017). Auch bezüglich der Einführung von neu entwickelten planungsrelevanten Prozess- und Ergebnisindikatoren wird eine Erprobungsphase im Regelbetrieb als sinnvoll erachtet. Diese entwickelten Qualitätsindikatoren sollten zunächst unter den Bedingungen der Qualitätsförderung in den Regelbetrieb eingeführt werden. Nach einem Zeitraum von ca. zwei Erfassungsjahren kann dann anhand der Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Regelbetrieb (z. B. zur Setzung von Referenzbereichen bzw. Grenzwerten, Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog) geprüft werden, ob sich die Indikatoren nach den Kriterien der Reife im Regelbetrieb (IQTIG 2016a: 41 ff.) auch tatsächlich als planungsrelevante Qualitätsindikatoren eignen und als solche belastbar genutzt werden können. Zusätzlich muss im Rahmen der Erprobungsphase die Entwicklung eines Verknüpfungsalgorithmus der Qualitätsindikatoren innerhalb eines Indikatorensets erfolgen, sodass nach der Erprobungsphase feststeht, welche Qualitätsindikatoren gemeinsam in der qualitativen Bewertung (Variante C, siehe Abschnitt 5.5.2) die Bewertung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ ermöglichen. Dieses Vorgehen ist auch bei der Ableitung von möglichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus bereits entwickelten QS-Verfahren mit einem Qualitätsmodell sinnvoll. Die ursprünglich für den Zweck der Qualitätsförderung entwickelten Qualitätsindikatoren können dann ebenfalls anhand der Ergebnisse zur Reife im Regelbetrieb (IQTIG 2016a: 41 ff.) dahingehend geprüft werden, ob sie neben dem Bereich der Qualitätsförderung auch als planungsrelevante Qualitätsindikatoren angewendet werden können. Von einer Erprobung ausgenommen werden können dagegen neu entwickelte Strukturindikatoren, da bei ihnen keine Ergebnisse aus dem Regelbetrieb oder Erfahrungen aus dem Strukturierten Dialog erforderlich sind. Strukturindikatoren können nach kritischer Prüfung auf Praktikabilität, erwartete Konsequenzen und Risiken unmittelbar im Regelbetrieb eingesetzt werden. Gegebenenfalls muss hier eine Übergangslösung für den Aufbau von Strukturen bei den Krankenhäusern eingeplant werden.

5 Differenzierte Qualitätsbeurteilung

Im Rahmen der beauftragten Erstellung eines Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren soll u. a. dargestellt werden, „welche methodischen Anforderungen von den zu liefernden Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Auswertungsergebnisse zu erfüllen sind, um eine differenziertere, über die Feststellung einer unzureichenden Qualität hinausgehende Qualitätsbeurteilung zu ermöglichen, sodass die Länder ihre Aufgaben nach § 8 KHG durchführen können“ (Beschluss des G-BA über eine Folgebeauftragung des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vom 18. Mai 2017; G-BA 2017). Die Planungsbehörden der Länder sollen gemäß § 136c Abs. 2 SGB V neben den Auswertungsergebnissen der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der Krankenhäuser auch Maßstäbe und Kriterien erhalten, um eben jene Auswertungsergebnisse in ihren unterschiedlichen Ausprägungen bewerten zu können. Es soll nicht nur – wie bisher vorgegeben – eine „unzureichende“ Qualität feststellbar sein, sondern inhaltlich und methodisch fundiert eine „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ (§ 136c Abs. 2 SGB V und § 8 Abs. 1a und b KHG).

Der Bedarf, Qualität mithilfe von planungsrelevanten Indikatoren differenzierter bewerten zu können, ergibt sich aus den verschiedenen Zwecken im Rahmen der Krankenhausplanung (siehe Abschnitt 1.1). Demnach soll z. B. im Rahmen der Auswahl- und Zulassungsentscheidungen der Planungsbehörden auch „gute“ Qualität betrachtet werden. Daher sollen gemäß Begründung des KHSg „die zu liefernden Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Auswertungsergebnisse [...] die Länder in die Lage versetzen, mindestens beurteilen zu können, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich bzw. in einer Abteilung eine im Vergleich mit anderen Häusern gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität aufweist“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 90). Das Qualitätsspektrum soll also die Kategorien „guter“, „durchschnittlicher“, „unzureichender“ und „in einem in erheblichen Maß unzureichender“ Qualität differenzieren. So soll es den Landesplanungsbehörden möglich sein, ihre Auswahlentscheidungen von *guter* Qualität abhängig zu machen, während sie bei *in erheblichem Maß unzureichender* Qualität die Notwendigkeit zur Intervention prüfen können sollen.

Ziel des vorliegenden Konzepts für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist es gemäß dem Gesetzentwurf zum KHSg (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 90), die Versorgungsqualität prinzipiell in die Kategorien „gute“, „durchschnittliche“, „unzureichende“ und „in erheblichem Maß unzureichende“ Qualität einzustufen. In diesem Bericht wird jedoch teilweise von der gesetzgeberischen Wortwahl abgewichen. Statt von „durchschnittlicher“ Qualität wird im Rahmen dieses Konzepts die Rede von „mittlerer“ Qualität sein, da die Bezeichnung „durchschnittlich“ einen mathematisch berechneten Durchschnitt suggeriert, der der Zuordnung zu dieser Kategorie nicht zugrunde liegt. Auf semantischer Ebene unterstellt der Begriff „durchschnittlich“ weniger Qualität als mit der Definition der „mittleren“ Qualität gemeint ist, nämlich die Erfüllung von Mindeststandards für eine angemessene Versorgung. Weiterhin ist die derzeitige Kategorie „unzureichend“ künftig zu differenzieren in die beiden Kategorien „mäßig unzureichende“ Qualität sowie „in einem erheblichen Maß unzureichende“ Qualität. Der Begriff „unzureichend“ schließt

erheblich unzureichend mit ein, weswegen zur besseren Unterscheidung neben der „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ die „mäßig unzureichende Qualität“ eingeführt wird. Die Einführung des Zusatzes „mäßig“ bei „unzureichender Qualität“ ergibt sich auch aus dem Umstand, dass bei den bereits verwendeten planungsrelevanten Indikatoren zurzeit „unzureichende Qualität“ als die handlungsrelevante Kategorie festgestellt wird. Um eine Überführung der derzeit im Regelbetrieb befindlichen Qualitätsindikatoren in die neu zu entwickelnden planungsrelevanten Indikatoren auf Basis der angepassten plan. QI-RL zu ermöglichen, ist eine sprachliche Unterscheidung von „unzureichend“ und „mäßig unzureichend“ nötig.

Die Kategorien von Qualität sollen in den verschiedenen regulierenden Verfahren einen Bezug zueinander haben.

5.1 Vorbemerkungen zur Differenzierung von Qualität

Bei der Bewertung von Dienstleistungen oder Produkten wird implizit ein Kontinuum von sehr schlechter bis zu einer herausragenden Qualität angenommen. Dabei besteht Qualität aber aus sehr vielen verschiedenen Qualitätsaspekten. Im Rahmen von QS-Verfahren werden aus den verschiedenen Aspekten die für ein Verfahren relevanten Qualitätsaspekte ausgewählt (Qualitätsmodell; IQTIG 2017), zu denen entsprechende Indikatoren entwickelt werden. Das Kontinuum von Qualität bezogen auf eine Dienstleistung oder ein Produkt wird sich also in den seltensten Fällen durch ein einziges Merkmal abbilden bzw. durch einen einzigen Indikator operationalisieren und messen lassen. Das führt dazu, dass **vor** einer Messung und Differenzierung von Versorgungsqualität zunächst eine Festlegung erfolgen muss, welche Qualitätsaspekte welche Bereiche von Qualität abbilden können. Das bedeutet, dass bereits vor der Indikatorenentwicklung durch die Inhalte die Richtung der zu entwickelnden Qualitätsindikatoren für die Abbildung von „guter“, „mittlerer“ oder „unzureichender“ Qualität vorgegeben wird. Dies stellt bereits eine qualitative Einschätzung zur Differenzierung von Versorgungsqualität dar. Auf dieser Grundlage können die erzielten Messergebnisse anhand von den zu entwickelnden Indikatoren den jeweiligen Qualitätsbewertungskategorien rechnerisch (also quantitativ) zugeordnet werden. Die Indikatoren müssen also geeignet sein, im jeweiligen Qualitätsbereich Qualität differenzieren zu können.

In der schematischen Abbildung 10 ist ein Qualitätsindikator dargestellt, mit dem das gesamte Qualitätsspektrum zwischen „in erheblichem Maß unzureichender“ Qualität und „guter“ Qualität angezeigt werden kann. Es sei gedanklich die zugrunde liegende Rate eines Ratenindikators auf einer Skala von 0 bis 100 % mit beliebigen Ergebnissen vorzustellen, die kontinuierlich den verschiedenen Qualitätsbewertungskategorien zugeordnet werden können. Qualitätsindikatoren, die gleichzeitig von unzureichender bis guter Qualität sinnvoll differenzieren können sollen, müssten entsprechend auch mehrere Referenzbereiche haben. Dieses hier dargestellte Spektrum von Qualität würde sich also in der Operationalisierung auf einzelne, dichotome Bewertungsalternativen verteilen.

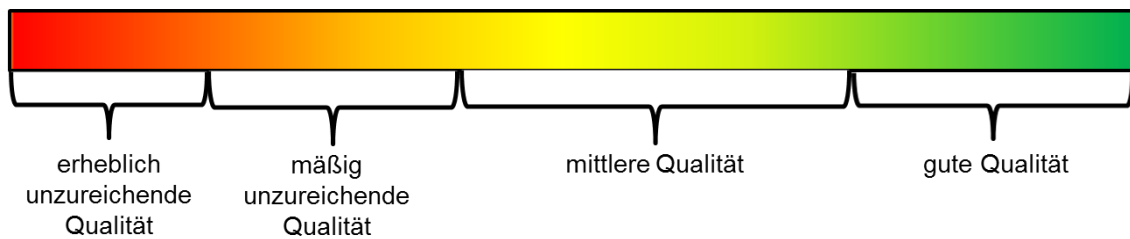


Abbildung 10: Kategorien zur differenzierten Betrachtung von Indikatorergebnissen bei einem planungsrelevanten Qualitätsindikator zur Messung im gesamten Qualitätsspektrum

Voraussichtlich werden sich kaum Qualitätsindikatoren aus Aspekten ableiten lassen, die über alle Qualitätsbewertungskategorien sinnvoll differenzieren können. Sollten sich Indikatoren entwickeln lassen, die diesen inhaltlichen Anforderungen gerecht werden würden, so müssten deren Ergebnisse auch den statistischen Anforderungen genügen (siehe Abschnitt 5.5.1). Wenn hingegen für die einzelnen Bewertungskategorien unterschiedliche Qualitätsindikatoren herangezogen werden (wobei es bei einzelnen Indikatoren auch Überlappungen geben kann), können prinzipiell alle Qualitätsfragen dichotom gestellt werden. Insofern wandelt sich das Bild vom kontinuierlichen Spektrum von Qualität zu mehreren dichotomen Fragestellungen: Liegt beispielsweise die für den konkreten Planungszweck relevante Qualitätsbewertungskategorie vor oder nicht? Dabei könnte das ganze Spektrum der Qualitätsbewertungskategorien bezogen auf einen Grundleistungsbereich durch spezifische Sets an Qualitätsindikatoren abgebildet werden.

Die Einteilung der Ergebnisse stationär erbrachter Leistungen von sehr schlechter bis guter Qualität in unterschiedliche Kategorien ist nur sinnvoll, wenn den Kategorien konkrete Handlungskonsequenzen zuzuordnen sind. Der Intervention liegt eine „in erheblichem Maß unzureichende“ Qualität zugrunde, während für Auswahlentscheidungen jene Einrichtungen von Bedeutung sind, die sich durch „gute“ Qualität auszeichnen. Die für Zulassungen zu definierenden Mindeststandards der zuzulassenden Leistungen sind im „mittleren“ Qualitätsbereich anzusiedeln – für „gute Qualität“ sind sie erforderlich, aber nicht ausreichend.

Die Abgrenzung der genannten Qualitätsbewertungskategorien voneinander muss – wie beschrieben – zunächst inhaltlich erfolgen (Auswahl der relevanten Aspekte für die einzubeziehenden Qualitätsindikatoren im Rahmen des Planungszwecks) und formale Gesichtspunkte berücksichtigen: so z. B. die ausreichende juristische Legitimierung für Interventionen bei Planungsentscheidungen, die mit einer gewissen Einschränkung der beruflichen Tätigkeit einhergehen (wie bei den ersten elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die einen Bezug zu Patientensicherheit aufweisen). Diesem inhaltlichen und formalen ersten Schritt, dem bereits durch die Entwicklung von entsprechenden Indikatoren Rechnung getragen werden wird, schließt sich die quantitative Abgrenzung der Qualitätsbewertungskategorien an, die mit entsprechenden mathematischen Verfahren unter Berücksichtigung relevanter stochastischer Einflüsse dann die Einstufung der Qualitätsergebnisse ermöglichen. Hierzu sind durch Setzung Schwellenwerte für die Indikatorergebnisse festzulegen. Bewertet wird dabei die „Qualitätskompetenz eines Leistungserbringers nach Ausschluss zufälliger Ereignisse“ (IQTIG 2016a: 54). Im Folgenden werden neben den Ausführungen zu den erforderlichen Maßstäben und Kriterien die statistischen Auswirkungen auf die Anforderungen nach mehreren Kategorien von Ergebnissen beschrieben

(Abschnitt 5.5.1). Ebenso werden die Möglichkeiten der qualitativen Zuordnung von unzureichenden Ergebnissen in die Kategorie „in erheblichem Maß unzureichend“ anhand von theoretisch denkbaren Bewertungskriterien ausgeführt und Überlegungen angestellt, auf welcher Basis diese Zuordnungen geschehen können (Abschnitt 5.5.3).

5.2 Maßstäbe und Kriterien

Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Ergebnisse planungsrelevanter Qualitätsindikatoren sind bereits im Abschlussbericht des IQTIG zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren (IQTIG 2016a) beschrieben worden. Demnach wird der Maßstab als vorbildhafte Norm definiert. Kriterien hingegen werden als relevante unterscheidende Merkmale definiert. Somit liefern Maßstäbe „die inhaltliche Zielsetzung“, während anhand der Kriterien die Zielerreichung bei einem Qualitätsindikator formal festgestellt wird (IQTIG 2016a: 23).

Der Maßstab wird festgemacht am Qualitätsziel des Qualitätsindikators sowie an dessen Referenzbereich. Die bisherigen elf planungsrelevanten Indikatoren sind der Qualitätsdimension Patientensicherheit (Arah et al. 2006: 8, AHRQ 2016) zugeordnet. Die Kriterien zur Bewertung des Auswertungsergebnisses bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind:

- die statistische Auffälligkeit
- das Fehlen relevanter fachlicher Ausnahmetatbestände
- Zeitdauer der statistischen Auffälligkeit („nicht nur vorübergehend“).

5.3 Methodische Anforderungen an Maßstäbe

Die Maßstäbe, die an planungsrelevante Qualitätsindikatoren angelegt werden, entsprechen dem Qualitätsziel und dem Referenzwert des jeweiligen Indikators. Die methodischen Anforderungen an diese Maßstäbe sind somit dieselben Anforderungen und Eignungskriterien, die im Rahmen der Entwicklung von Qualitätsindikatoren – unabhängig von ihrem späteren Zweck als planungsrelevantem Qualitätsindikator oder im Zusammenhang mit der Qualitätsförderung – gestellt werden und die in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2017) dargelegt sind.

Maßstab – Qualitätsziel

Das Qualitätsziel liegt einem Qualitätsindikator zugrunde und soll sicherstellen, dass der Indikator auch den Teil der Qualität widerspiegelt, den er messen soll, und dass „Verbesserungen dieser Qualität erreichbar sind“ (IQTIG 2017: 112). Das Qualitätsziel eines Qualitätsindikators wird laut den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG anhand von fünf Eignungskriterien in Bezug auf den herausgearbeiteten Qualitätsaspekt beurteilt und ist somit methodisch definiert (IQTIG 2017):

- Bedeutung für die Patientinnen und Patienten
- Potenzial zur Verbesserung
- Zusammenhang mit patientenrelevantem Ziel
- Übereinstimmung mit dem Qualitätsaspekt
- Beeinflussbarkeit durch den Leistungserbringer

Maßstab – Referenzbereich

Der Referenzbereich eines Qualitätsindikators in der externen stationären Qualitätssicherung – und damit auch bei den bisherigen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren – soll eine erwartbare Qualität (legitime Qualitätsanforderung) abbilden. Das Maß dessen, was an Leistung einer qualitätvollen Versorgung zu erwarten ist, beruht auf der Kenntnis der tatsächlichen Versorgungssituation. Für die Festlegung von Referenzbereichen werden Informationen aus der aktuellen Versorgung, Evidenz aus wissenschaftlicher Literatur, Hinweise von beratenden Expertinnen und Experten, klinische Expertise sowie bereits ermittelte Ergebnisse zugrunde gelegt. Das Maß kann auch auf wissenschaftlich begründeten Forderungen wie Leitlinien basieren oder auf begründeten gesellschaftlichen Übereinkünften bzw. legitimierten Setzungen. Voraussetzung für jeden dieser Referenzbereiche ist, dass die Ergebnisse der Indikatoren durch die Leistungserbringer zu beeinflussen sind (IQTIG 2017: 132 ff.).

Für die Festlegung eines Referenzbereichs zusammen mit dem Verfahren zur quantitativen Bewertung spielen die gewünschte Sensitivität und Spezifität eine wichtige Rolle. Sensitivität bezeichnet dabei die Wahrscheinlichkeit, mit der zugrunde liegende Indikatorwerte (eines Leistungserbringers), die tatsächlich außerhalb des Referenzbereichs liegen, auch auf Basis der beobachteten Indikatorwerte als außerhalb des Referenzbereichs liegend klassifiziert werden“. Spezifität bezeichnet dagegen entsprechend die Wahrscheinlichkeit, „mit der zugrunde liegende Indikatorwerte, die innerhalb des Referenzbereichs liegen, auf Basis der beobachteten Indikatorwerte tatsächlich auch als innerhalb des Referenzbereichs liegend klassifiziert werden“. (IQTIG 2017: 137).

Referenzbereiche können laut den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG mit einem fixen Wert versehen oder auch perzentilbasiert anhand der Verteilung der Leistungserbringerergebnisse definiert werden. Für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden nur Referenzwerte mit fixen Werten prospektiv festgelegt. Somit hängen die Referenzbereiche nicht von der Verteilung der tatsächlich erreichten Ergebnisse aller Krankenhäuser in dem zu bewertenden Erfassungsjahr ab und sind den Leistungserbringern prospektiv bekannt.

5.4 Methodische Anforderungen an Kriterien

Im Folgenden werden die Kriterien im Zusammenhang mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beschrieben.

Statistische Auffälligkeit

Die Voraussetzung für die Berechnung von Indikatorergebnissen ist das Vorliegen eines gut operationalisierten Qualitätsindikators, das Vorhandensein von validen Daten und die Anwendbarkeit der aufgestellten Rechenregel. Die Anforderungen an die einzelnen Komponenten sind elementarer Bestandteil der Indikatorenentwicklung. Diese werden ausführlich in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG (2017: 111 ff.) dargelegt. Die Ergebnisse der Leistungen werden als Verhältnis entweder der Häufigkeit eines selektierten Merkmals zur relevanten Grundgesamtheit oder als Verhältnis von beobachteter zu erwarteter Häufigkeit dieses Merkmals in risikoadjustierten Modellen ausgedrückt (IQTIG 2016a: 52).

Die bei den planungsrelevanten Indikatoren eingeführte Methode zur Bewertung eines tatsächlich beobachteten Indikatorergebnisses eines Leistungserbringers durch die Berechnung der sogenannten statistischen Auffälligkeit berücksichtigt mögliche stochastische Effekte bei der Einstufung von Ergebnissen. Für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wird – anders als bei den Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung – die statistisch signifikante Abweichung vom Referenzbereich in Richtung schlechterer Qualität (auf einem festgelegten Fehlerniveau) für die Feststellung der Auffälligkeit zugrunde gelegt. Unter Anwendung eines frequentistischen Hypothesentests können die Fallzahlen einer Einrichtung, die Häufigkeit der interessierenden Ereignisse und die stochastischen Effekte berücksichtigt werden (IQTIG 2016a). Da bei gleicher Qualität die Variation des Qualitätsergebnisses größer ist bei Leistungserbringern mit kleinen Fallzahlen als bei Leistungserbringern mit großen Fallzahlen, sind die berechneten Schwellenwerte zur statistischen Auffälligkeit abhängig von der zugrunde liegenden Fallzahl. Diese fallzahlabhängigen Schwellenwerte zur Einstufung der Auffälligkeit sind bei gegebenem Referenzwert außerdem abhängig vom gewählten Signifikanzniveau, welches in Abwägung zwischen Sensitivität und Spezifität gewählt wird (IQTIG 2016a: 62).

Feststellung eines Ausnahmetatbestands

Bei den derzeitigen elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden nach Erhalt aller erforderlichen QS-Daten die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren je Einrichtung berechnet. Bei Krankenhäusern, die statistisch auffällige Ergebnisse haben, erfolgt eine Datenvalidierung, sofern sie die fehlerfreie Dokumentation, die zu den Ergebnissen geführt haben, nicht selbst zusichern (§ 9 Abs. 9 plan. QI-RL). Nach der Zusicherung bzw. der Datenvalidierung sind die Krankenhäuser aufgefordert, eine Stellungnahme zu den statistisch auffälligen Ergebnissen abzugeben. Die eingegangenen Stellungnahmen für planungsrelevante Qualitätsindikatoren werden fachlich bewertet. Liegt ein anerkannter medizinisch fachlicher Ausnahmetatbestand vor, so kann sich das Krankenhaus damit rechtfertigen. Wird kein solcher Ausnahmetatbestand festgestellt und bleibt der begründete Hinweis auf eine potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit bestehen, so erfolgt eine Bewertung bislang mit „unzureichender“ Qualität (zur zukünftigen Differenzierung von „unzureichender“ Qualität in „mäßig unzureichende“ und „in erheblichem Maß unzureichende“ Qualität, siehe Abschnitt 5.5.2).

Bei zukünftigen planungsrelevanten Indikatoren, die unzureichende Qualität abbilden sollen, wird ebenso den Berechnungen eine Datenvalidierung, ein Stellungnahmeverfahren und eine fachliche Bewertung hinsichtlich von Ausnahmetatbeständen angeschlossen. Wird kein medizinisch fachlich anerkannter Ausnahmetatbestand festgestellt, erfolgt eine Bewertung mit „in erheblichem Maß unzureichender“ Qualität. Bei zukünftigen planungsrelevanten Indikatoren, die gute Qualität abbilden sollen, wird ebenfalls nach den Berechnungen eine statistisch auffällige Einrichtung einer Datenvalidierung unterzogen. Da kein Einspruch vonseiten der als gut eingestuften Einrichtungen zu erwarten ist, wird ein Stellungnahmeverfahren und eine fachliche Bewertung von Ausnahmetatbeständen nicht erforderlich sein.

Zeitdauer der statistischen Auffälligkeit

Die Zeitdauer der statistischen Auffälligkeit als ein Kriterium ist über § 8 Abs. 1a KHG in der Formulierung „nicht nur vorübergehend“ für die Beurteilung von Qualität hinzugekommen.

Der G-BA kam darin überein, dass das zeitliche Kriterium („nicht nur vorübergehend“) in der Bewertung der Ergebnisse planungsrelevanter Qualitätsindikatoren allein den Planungsbehörden der Länder zu überlassen bleibt (G-BA 2016c). Der G-BA berichtet den Behörden fortlaufend die Qualitätseinschätzung entsprechend der anderen Kriterien, sodass die Planungsbehörden auf Basis dieser Abfolge eigenständig den zeitlichen Maßstab bestimmen und anwenden können. Um das Kriterium der Zeitdauer zu erfüllen, bedarf es aus Sicht des IQTIG mindestens zweier Messzeitpunkte. Im Rahmen des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* wird sowohl quartalsweise als auch jährlich gemessen.

5.5 Bewertung von Qualität

Qualitätsindikatoren haben die Funktion, „das zunächst nicht messbare Konstrukt ‚Qualität der medizinischen Versorgung‘“ zu operationalisieren (Andres et al. 2010). Qualitätsindikatoren sind also „Maße, deren Ausprägungen eine Unterscheidung von guter und schlechter Qualität von Strukturen, Prozessen und/oder Ergebnissen der Versorgung ermöglichen sollen“ (Altenhofen et al. 2009: 2). Damit Indikatoren als Vergleichsinstrumente dienen können, müssen die Merkmale der zu vergleichenden Objekte eindeutig einem Skalenwert auf einer gemeinsamen Skala (Vergleichsmaßstab) zugeordnet werden können. So können Indikatoren Anhaltspunkte für eine Bewertung geben, werden eine solche aber nicht ersetzen (Meyer 2004).

Mithilfe statistischer Verfahren sollen aus gemessenen Ergebnissen eines definierten zurückliegenden Zeitraums belastbare, transparente und faire Aussagen über die Qualität der (von Leistungserbringern) erbrachten Leistung vorgenommen werden. Hierbei sind zufällige Einflüsse und Konstellationen sowie patientenseitige Risikofaktoren durch eine entsprechende Risikoadjustierung und eine angemessene statistische Berechnung zu berücksichtigen (IQTIG 2016a: 52). Dieser Anspruch gilt für jede Aussage über die Qualität von Leistungserbringern – sei es über die Definition eines Referenzbereichs zur Unterscheidung von „mäßig unzureichender“ und „zureichender Qualität“ (IQTIG 2018a) ebenso wie zur Unterscheidung von „guter“ und „mittlerer“ Qualität oder von „mäßig unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender“ Qualität.

Die Bewertung von Qualität anhand von Indikatoren kann grundsätzlich quantitativ oder qualitativ erfolgen. In der gesetzlichen Qualitätssicherung wird auf Basis von Berechnungen, also quantitativ bestimmt und die Berechnungen werden auch qualitativ geprüft (Strukturierter Dialog in der stationären Qualitätssicherung bzw. Stellungnahmeverfahren in der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung und fachliche Bewertung von Ausnahmetatbeständen bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren).

5.5.1 Berechnung und quantitative Zuordnung

Für die Berechnung der Indikatoren und die Zuordnung der Ergebnisse zu den verschiedenen Kategorien muss – nach der inhaltlichen Auswahl der Aspekte und Indikatoren zur Abbildung einer entsprechenden Qualitätsbewertungskategorien bzw. für einen der Planungszwecke – die

mathematische Herangehensweise erörtert werden. Die Berechnung stellt, wie bisher in der gesetzlichen Qualitätssicherung, die Grundlage für die Zuordnung zur Qualität dar.

Methodische Herangehensweise zu differenzierten Qualitätsbewertungskategorien

Die bestehende Methodik des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* beruht auf einer binären Klassifikation von Auswertungsergebnissen in „auffällige“ und „nicht auffällige“ bzw. „unzureichende“ und „zureichende“ Ergebnisse anhand eines fallzahlabhängigen Schwellenwerts und unter Berücksichtigung der Stochastizität der betrachteten Ergebniswerte eines Leistungserbringers (IQTIG 2016a). 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 als „besonders gut“ oder „besonders schlecht“ sehr groß sein kann (Paddock und Louis 2011). Im Folgenden wird skizziert, wie die bestehende statistische Methodik des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* zur Klassifikation von Auswertungsergebnissen auf drei oder vier Kategorien erweitert werden kann und mit welcher fallzahlabhängigen Unsicherheit die jeweiligen Klassifikationen verbunden sind.

Neben der im Folgenden vorgeschlagenen Berechnung von A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten für festgelegte Kategorien stellen prinzipiell auch alternative Herangehensweisen, z. B. ein Ranking der empirischen Auswertungsergebnisse unter Berücksichtigung von Unsicherheit (Paddock und Louis 2011) oder das (sequenzielle) Testen mehrerer Hypothesen, einen geeigneten methodischen Rahmen dar. Auf eine Darstellung dieser alternativen statistischen Methoden wird hier verzichtet, da sie zumeist deutlich komplexer sind und von der bestehenden Methodik des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* abweichen als das im Folgenden dargelegte Vorgehen. Mathematische Details der hier skizzierten statistischen Methodik, die für das Verständnis der grundsätzlichen Schlussfolgerungen nicht essenziell sind, werden in Anhang D erläutert.

Berechnung von A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten für Kategorien

Im Folgenden wird von einem ratenbasierten Ergebnisindikator ausgegangen, wobei angenommen wird, dass die beobachtete Anzahl an interessierenden Ereignissen bei den n betrachteten Fällen O (z. B. die Anwesenheit eines Pädia-terin / eines Pädia-ters bei Frühgeburten) binomialverteilt ist, d. h.

$$O \sim \text{Bin}(n, \pi),$$

wobei $\text{Bin}(n, \pi)$ die Binomialverteilung bestehend aus n unabhängigen Zufallsexperimenten mit Erfolgswahrscheinlichkeit π bezeichnet. Diese Annahme und Berücksichtigung von Stochastizität bietet sich vor allem bei Ergebnis- und auch situationsbezogenen bei Prozessindikatoren an (IQTIG 2017: 152). Im Folgenden bezeichnet t den festgelegten Grenzwert des Referenzbereichs eines Indikators. Für einen Indikator, bei dem niedrige Werte der Erfolgswahrscheinlichkeit π tendenziell schlechter Versorgungsqualität entsprechen, liegt das Interesse bei einer binären Klassifikation in „auffällige“ bzw. „nicht auffällige“ Ergebniswerte darin, ob die zugrunde liegende Rate des Leistungserbringers im Referenzbereich liegt, d. h., ob $\pi \geq t$ gilt. Im Verfahren

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren erfolgt diese binäre Klassifikation eines Ergebnisses unter Berücksichtigung stochastischer Effekte anhand eines frequentistischen Hypothesentests (IQTIG 2017: 54):

$$H_0: \pi \geq t \text{ vs. } H_1: \pi < t.$$

Evidenz gegen die Nullhypothese, d. h. die Annahme guter Qualität beim Leistungserbringer, wird dabei durch die Berechnung eines p-Werts zusammengefasst, der die Wahrscheinlichkeit abbildet, unter der Nullhypothese den tatsächlich beobachteten Wert der Rate oder einen noch extremeren (in Richtung der Alternativhypothese) zu beobachten. Ist diese Wahrscheinlichkeit gering, wird die Annahme, dass die Nullhypothese zutrifft, verworfen. Wichtig ist hier hervorzuheben, dass im Allgemeinen der p-Wert eines Hypothesentests nicht der Wahrscheinlichkeit für die Nullhypothese entspricht. Eine alternative Entscheidungsgrundlage zum p-Wert stellt die Berechnung der sogenannten A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die beiden Hypothesen H_0 und H_1 dar, welche als Wahrscheinlichkeiten für das Zutreffen der jeweiligen Hypothese in einem Bayesianischen Inferenzrahmen interpretiert werden können (Berger 2010). Für die Berechnung dieser A-posteriori-Wahrscheinlichkeit ist es notwendig, eine Annahme über die Ursprungswahrscheinlichkeiten von H_0 und H_1 in Form einer A-priori-Verteilung von π zu treffen. Aus dieser und den tatsächlich beobachteten Daten lassen sich dann die subjektiven Wahrscheinlichkeiten für H_0 und H_1 berechnen. Unter Verwendung der A-priori-Verteilung

$$\pi \sim \text{Beta}\left(\frac{1}{2}, \frac{1}{2}\right),$$

mit $\text{Beta}(p, q)$ als Betaverteilung mit Parametern p, q , ist die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit

$$\text{Beta}\left(o + \frac{1}{2}, n - o + \frac{1}{2}\right)$$

für H_0 nahezu identisch zum nach der bestehenden Methodik des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* berechneten einseitigen, exakten mid-p-Wert (Brown et al. 2001). Für den Spezialfall des einseitigen Tests eines Ratenparameters kann der p-Wert ausnahmsweise wie eine Wahrscheinlichkeit für die Nullhypothese interpretiert werden. Ein Vorteil der Berechnung von A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten gegenüber dem frequentistischen Hypothesentest ist, dass analog zur binären Klassifikation auch A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten für mehr als zwei Kategorien berechnet und dargestellt werden können. Tabelle 7 stellt beispielhaft die so berechneten Wahrscheinlichkeiten⁹ für einen Leistungserbringer mit Fallzahlen $n = 20$ bzw. $n = 40$, unterschiedlichen beobachteten Raten o/n und vier exemplarischen Kategorien ($0 \% \leq \pi < 70 \%$; $70 \% \leq \pi < 80 \%$; $80 \% \leq \pi < 90 \%$; $90 \% \leq \pi \leq 100 \%$) dar. In der Tabelle beschreibt n dabei die indikatorrelevante Größe der Grundgesamtheit eines Leistungserbringers, o/n die tatsächlich beobachtete Rate (z. B. 8 aus 20 in Zeile 1) und die letzten vier Spalten die oben beschriebene A-posteriori-Wahrscheinlichkeit dafür, dass die wahre (nicht beobachtbare) Rate des Leistungserbringers in der jeweiligen aufgeführten Kategorie liegt.

⁹ Diese Wahrscheinlichkeiten können auch als Angabe der subjektiven Sicherheit interpretiert werden, mit der die zugrunde liegende Rate π der jeweiligen Kategorie zugeordnet wird (Berger 2010).

Tabelle 7: A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten in Abhängigkeit der Fallzahl und der beobachteten Rate bezogen auf vier exemplarische Kategorien

n	o/n	Kategorien			
		$0\% \leq \pi < 70\%$	$70\% \leq \pi < 80\%$	$80\% \leq \pi < 90\%$	$90\% \leq \pi \leq 100\%$
20	8 / 20	100 %	0 %	0 %	0 %
	10 / 20	97 %	3 %	0 %	0 %
	12 / 20	84 %	15 %	2 %	0 %
	14 / 20	51 %	35 %	15 %	1 %
	16 / 20	16 %	36 %	40 %	8 %
	18 / 20	2 %	11 %	41 %	46 %
	20 / 20	0 %	0 %	4 %	96 %
40	16 / 40	100 %	0 %	0 %	0 %
	20 / 40	100 %	0 %	0 %	0 %
	24 / 40	91 %	8 %	0 %	0 %
	28 / 40	51 %	43 %	6 %	0 %
	32 / 40	8 %	44 %	46 %	3 %
	36 / 40	0 %	5 %	48 %	47 %
	40 / 40	0 %	0 %	0 %	100 %

Bei einer beobachteten Rate von $o/n = 80\%$ (entsprechend $\frac{16}{20}$ bzw. $\frac{32}{40}$) liegt die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit dafür, dass der zugrunde liegende Parameter in der Kategorie $90\% \leq \pi \leq 100\%$ liegt, bei 20 behandelten Fällen bei etwa 8%, bei 40 Fällen dagegen bei nur noch etwa 3%. Das bedeutet, dass bei einer angenommenen wahren Rate von 80% die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für die zugrunde liegende Rate die nicht zutreffende Kategorie $90\% \leq \pi \leq 100\%$ bei einer Fallzahl von 20 mit 8 % größer ist als bei einer Fallzahl von 40 mit nur noch 3 % Wahrscheinlichkeit. In diesem Fall bedeutet das, dass mit zunehmender Fallzahl die Wahrscheinlichkeit, die der nicht zutreffenden höchsten Kategorie zugeschrieben wird, abnimmt. Somit nimmt das Risiko ab, bei einer sich anschließenden Klassifikation das gemessene Ergebnis fälschlicherweise der höchsten Kategorie zuzuordnen.

Diese A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten entsprechen dabei nahezu den mid-p-Werten der bisherigen statistischen Methodik für den Hypothesentest der binären Klassifikation $H_0: \pi \geq 90\%$ vs. $H_1: \pi < 90\%$ (für $n = 20$: A-posteriori-Wahrscheinlichkeit: 0,078, p-Wert: 0,088; für $n = 40$: A-posteriori-Wahrscheinlichkeit: 0,026, p-Wert: 0,029). Die A-priori-Verteilung von π kann auch so modifiziert werden, dass die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit dem p-Wert exakt entspricht. Dies wird in Anhang D näher erläutert.

Wie bei der bestehenden Methodik sinkt also die Unsicherheit bei der Klassifikation von Auswertungsergebnissen generell mit zunehmender Fallzahl, hängt aber auch von der beobachteten Rate o/n sowie der Anzahl und Breite der Kategorien ab. Bei Auswertungsergebnissen mit geringer Variabilität zwischen den beobachteten Raten kann eine Klassifikation in mehrere Kategorien beispielsweise entweder gänzlich ungeeignet sein oder die Referenzkategorien müssen so eng gewählt werden, dass die Unsicherheit bei der Klassifikation sehr groß ist. Daher spielt für die Wahl von Klassifikationsintervallen auch die Variabilität der empirisch beobachteten Indikatorergebnisse eine Rolle. Ist die Variabilität beispielsweise sehr klein, sind sehr enge Intervalle nötig, um nicht alle Ergebnisse einer einzigen Kategorie zuordnen zu müssen. Die oben angeführte Darstellung von A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten für definierte Kategorien reflektiert die Unsicherheit bei der anschließenden Klassifikation von Auswertungsergebnissen und ist prinzipiell auch für O/E-Indikatoren möglich. Für den Fall von lediglich einem Referenzwert ist die Klassifikation auf Basis der A-posteriori-Wahrscheinlichkeit darüber hinaus nahezu identisch zur bestehenden Methodik für planungsrelevante Qualitätsindikatoren (sofern Ergebnisse dann als auffällig eingestuft werden, wenn die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit dafür, dass der wahre Parameter außerhalb des Referenzbereichs liegt, $\leq 5\%$ ist).

Fehlklassifikationen in Abhängigkeit der Fallzahl und Kategorien

Statt der Darstellung aller A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten könnte für ein Auswertungsergebnis auch lediglich die Kategorie mit der höchsten A-posteriori-Wahrscheinlichkeit berichtet werden. Dies birgt allerdings das Risiko einer hohen Fehlklassifikationsrate, besonders von Leistungserbringern mit kleinen Fallzahlen. Im Folgenden wird dies beispielhaft für einen Leistungserbringer mit zugrunde liegender Rate $\pi = 85\%$ illustriert: Abbildung 11 stellt die Genauigkeit der Klassifikation auf Basis der A-posteriori-Wahrscheinlichkeit dar, bei der ein Auswertungsergebnis immer der Kategorie mit der größten A-posteriori-Wahrscheinlichkeit zugeordnet wird. Beispielsweise würde in Tabelle 7 ein o/n von 90% bei einer Fallzahl von $n = 20$ der Kategorie $90\% \leq \pi \leq 100\%$ zugeordnet, bei einer Fallzahl von $n = 40$ dagegen der Kategorie $80\% \leq \pi < 90\%$. Die Genauigkeit stellt dabei die Präzision der Klassifikation dar, d. h. die Wahrscheinlichkeit, das Auswertungsergebnis jener Kategorie zuzuordnen, in welcher die wahre zugrunde liegende Rate liegt (für den betrachteten Fall $\pi = 85\%$ also entsprechend die Kategorie $80\% \leq \pi < 90\%$) und wird berechnet als

$$\sum_{o=1}^n I(\theta = \hat{\theta}) \cdot f(o, n | \pi),$$

mit $I(\cdot)$ als Indikator- und $f(\cdot)$ als Dichtefunktion, θ als Kategorie der zugrunde liegenden Rate und $\hat{\theta}$ als Kategorie mit der größten A-posteriori-Wahrscheinlichkeit. Im Fall von zwei Klassifikationskategorien und Leistungserbringern, deren zugrunde liegende Rate ausschließlich innerhalb der Referenzkategorie liegt, entspricht die Genauigkeit exakt der Spezifität. Liegen die zugrunde liegenden Raten ausschließlich außerhalb des Referenzwertes, entspricht die Genauigkeit dagegen exakt der Sensitivität. In allen anderen Fällen vereint die Genauigkeit Sensitivität und Spezifität zu einer Maßzahl.

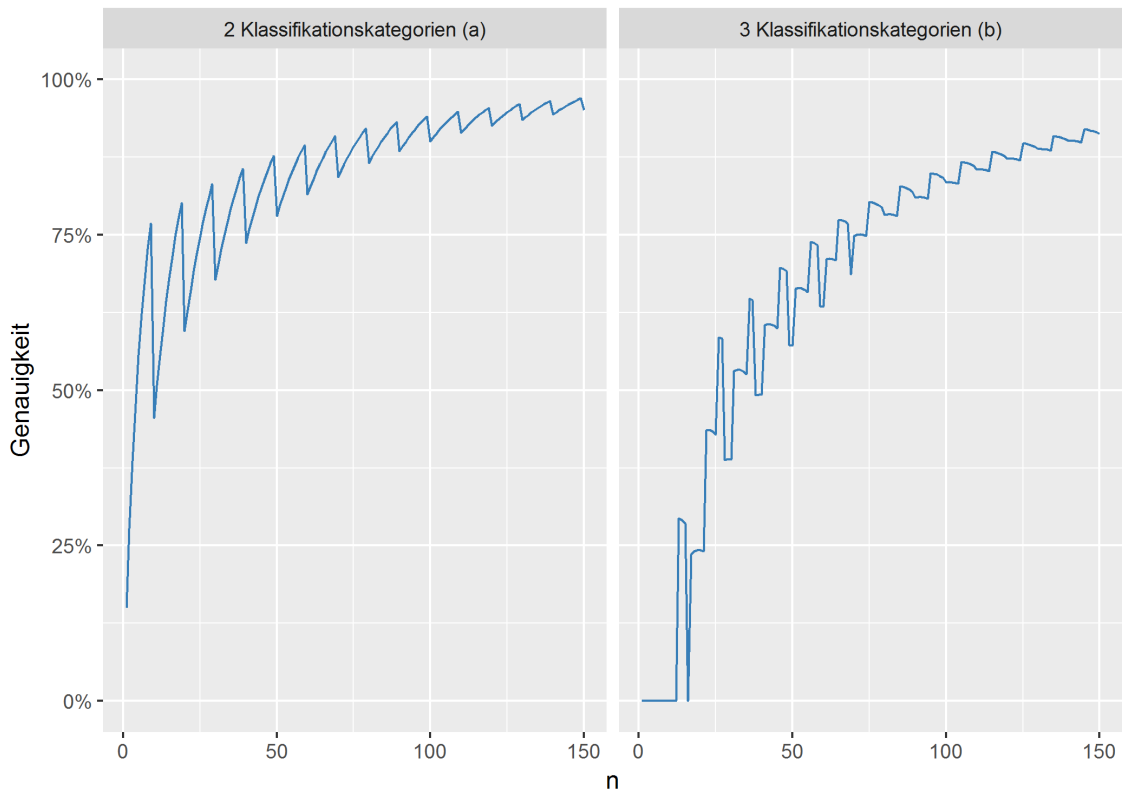


Abbildung 11: Genauigkeit der Klassifikation in Abhängigkeit von der Fallzahl und Kategorien

(a) Kategorien: $0\% \leq \pi < 90\%$; $90\% \leq \pi \leq 100\%$

(b) Kategorien: $0\% \leq \pi < 80\%$; $80\% \leq \pi < 90\%$; $90\% \leq \pi \leq 100\%$

Wie Abbildung 11 zeigt, steigt die Wahrscheinlichkeit für eine korrekte Klassifikation eines Auswertungsergebnisses generell mit zunehmender Fallzahl. Neben der Fallzahl spielt aber auch die Anzahl der Kategorien eine Rolle: Die Wahrscheinlichkeit für eine korrekte Klassifikation ist – wie in Abbildung 11 zu erkennen – bei zwei Kategorien generell größer als bei drei Kategorien. Bei der Klassifikation des Auswertungsergebnisses in die zwei Kategorien $0\% \leq \pi < 90\%$; $90\% \leq \pi \leq 100\%$ liegt die Wahrscheinlichkeit einer korrekten Klassifikation des beobachteten Ergebnisses schon bei einer Fallzahl von $n = 28$ beispielsweise bei etwa 80%. Bei der Erweiterung auf drei Kategorien wird diese Genauigkeit dagegen das erste Mal erst bei einer Fallzahl von $n = 75$ erreicht. Aus der Abbildung wird ebenfalls deutlich, dass die Wahrscheinlichkeit für die Fehlklassifikation eines Auswertungsergebnisses besonders in der Konstellation von kleinen Fallzahlen und drei Kategorien deutlich größer ist als bei der Klassifikation in nur zwei Kategorien.

Das hier beispielhaft betrachtete Szenario aus Abbildung 11 spiegelt wider, dass die Güte der Klassifikation von Auswertungsergebnissen generell schlechter wird, je größer die Anzahl an möglichen Kategorien und je kleiner die zugrunde liegende Fallzahl ist. Die Zuordnung von Auswertungsergebnissen zu festgelegten Kategorien sollte nur erfolgen, wenn die mit der Klassifikation verbundene Unsicherheit gleichzeitig dargestellt wird.

Fazit

Prinzipiell sollte, wie im bestehenden Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren*, die Unsicherheit bezüglich der Güte der Klassifikation von Auswertungsergebnissen auch bei mehr als zwei Kategorien Berücksichtigung finden. Die hier skizzierte statistische Methodik stellt eine Erweiterung der bestehenden Methodik von zwei auf mehrere Kategorien dar und lässt sich auch auf O/E-Indikatoren übertragen. Ähnlich wie beim bisherigen Verfahren könnte Unsicherheit berücksichtigt werden, indem die Hypothese guter Qualität eines Leistungserbringers erst dann abgelehnt wird, wenn die Evidenz, d. h. die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit, für die entsprechende Kategorie (oder mehrere Kategorien) unterhalb eines gegebenen Werts (z. B. 5 %) liegt. Dies würde dazu führen, dass eine differenzierte Bewertung von Ergebnissen nur bei Leistungserbringern mit verhältnismäßig großer Fallzahl möglich wäre, da eine Klassifikation bei kleinen Fallzahlen (oder bei vielen und engen Kategorien) mit größerer Unsicherheit verbunden ist. Eine Klassifikation ohne Berücksichtigung von Unsicherheit kann dagegen zu einem großen Risiko von Fehlklassifikationen, besonders von Leistungserbringern mit kleinen Fallzahlen, führen, wie hier beispielhaft dargelegt. Dieses Vorgehen ist daher für den gegebenen Kontext der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren weniger empfehlenswert. Abhängig von der Verteilung der beobachteten Ergebnisse und den zugrunde liegenden Fallzahlen eines Indikators sollte daher die Anzahl der festgelegten Kategorien prinzipiell möglichst klein und die Zuordnung von Auswertungsergebnissen zu einer eindeutigen Kategorie nur bei verhältnismäßig großen Fallzahlen erfolgen. Wenn die Unsicherheit bei der Klassifikation groß ist, z. B. aufgrund geringer Fallzahlen, kann diese über die A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten quantifiziert und dargestellt werden und ermöglicht eine Einschätzung, ob eine eindeutige Zuordnung eines Ergebnisses zu einer Kategorie bei gegebener Unsicherheit sinnvoll erscheint.

5.5.2 Drei Varianten zur Differenzierung von Qualität

Differenzierung von „guter“ oder „in erheblichem Maß unzureichender“ Qualität

Für die Differenzierung von unzureichender Qualität in die Kategorien „mäßig unzureichend“ und „in erheblichem Maß unzureichend“ werden zum einen Qualitätsindikatoren herangezogen, die einen Bezug zu Patientensicherheit aufweisen. Zum anderen wäre es denkbar, Indikatorergebnisse auch dann als erheblich unzureichende Qualität einzustufen, wenn mehrere gravierende Mängel in Summe als potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit zu bewerten sind.

Für die Zuordnung von Messergebnissen zur Kategorie „gute“ Qualität könnten ggf. ein oder mehrere entsprechende Indikatoren zugrunde gelegt werden – auch in Abhängigkeit von den Anforderungen der jeweiligen Landesplanungsbehörden. Auch hier wäre eine komplexere Bewertung denkbar, indem mehrere Qualitätsaspekte und deren Indikatorergebnisse berücksichtigt werden.

Für die Differenzierung entweder zwischen „guter“ und „mittlerer“ Qualität oder zwischen „mäßig unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender“ Qualität sind mehrere Varianten denkbar: Entweder erfolgt die Einstufung in eine Kategorie

- auf Indikatorebene mit mindestens drei quantitativ bestimmten Kategorien allein auf rechnerische Weise (Variante A),
- auf Indikatorebene mit nur zwei Kategorien, die anhand der statistischen Auffälligkeit entstehen, aufgrund einer zusätzlichen nachgeschalteten qualitativen Zuordnung (Variante B) oder
- auf Ebene eines Indikatorensets mit jeweils nur zwei Kategorien aufgrund einer nachgeschalteten qualitativen Bewertung aller Indikatoren zusammen (Variante C).

Die Varianten werden im Folgenden genauer beschrieben.

Variante A

Die Bewertung der Qualität erfolgt anhand **eines einzelnen** Qualitätsindikators. Aller Voraussicht nach wäre es ein Indikator, der entweder „gute“ von „mittlerer“ und „unzureichender Qualität“ oder „mittlere“ von „unzureichender“ und von „in erheblichem Maß unzureichende“ Qualität trennt. Unter der Voraussetzung, dass die Fallzahl und auch die Varianz der Ergebnisse der Krankenhäuser hinreichend groß ist, wäre eine **quantitative** Unterteilung der Indikatorergebnisse mit mindestens zwei Grenzwerten jeweils mit einer statistischen Auffälligkeit möglich (Abbildung 12). Für die Differenzierung von schlechter Qualität gäbe es dann einen Grenzwert, der „zureichende“ Qualität von „mäßig unzureichender“ Qualität trennte, und einen weiteren Grenzwert, der „mäßig unzureichende“ von „in erheblichem Maß unzureichender“ Qualität trennte. Im nächsten Schritt wäre es geboten, die quantitative Zuordnung inhaltlich zu überprüfen. Hierfür würde sich die Prüfung der vom Leistungserbringer angeführten Ausnahmetatbestände anschließen. Dies würde zu einer Bestätigung der quantitativen Zuordnung führen oder nicht.

Für Qualitätsindikatoren, die einzeln einen Bezug zu Patientensicherheit aufweisen, würde sich eine Differenzierung zwischen „unzureichend“ und „in erheblichem Maß unzureichend“ erübrigen, da statistisch auffällige Ergebnisse nach einer fachlicher Bewertung (keine medizinisch fachlich anerkannten Ausnahmetatbestände) unmittelbar in die Kategorie „in erheblichem Maß unzureichende“ Qualität münden.

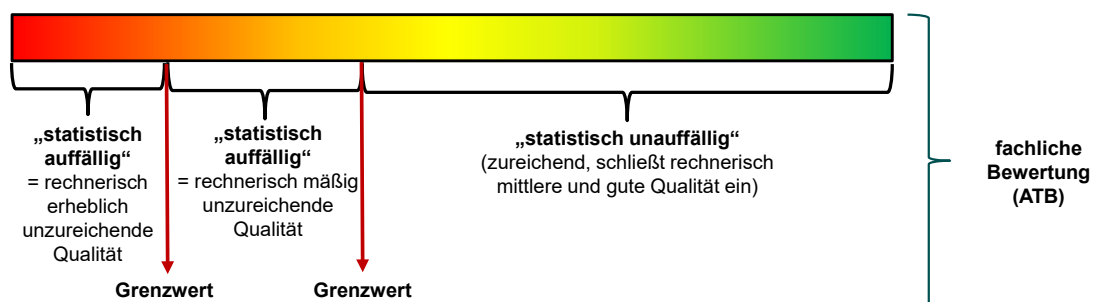


Abbildung 12: Variante A: quantitative Kategorisierung anhand eines einzelnen Qualitätsindikators – zwei Referenzwerte in Richtung unzureichende Qualität

Aus den Ausführungen zu den statistischen Möglichkeiten und Grenzen der quantitativen Bestimmung mehrerer differenzierter Qualitätsbewertungskategorien zur Bewertung quantitativer Ergebnisse von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (siehe Abschnitt 5.5.1) ergibt sich, dass der Anspruch an mehrere Kategorien derselbe sein muss wie an einen Referenzbereich.

Das bedeutet, dass jeder Referenzbereich statistisch auffällige Ergebnisse nur dann abgrenzen kann, wenn diese Ergebnisse auch mit einer hinreichenden Sicherheit tatsächlich richtig zugeordnet werden können. Dies geht zwangsläufig mit einer höheren benötigten Fallzahl einher, als wenn nur ein Referenzbereich gebildet wird. Da schon zum aktuellen Zeitpunkt in einigen Verfahren teilweise geringe Fallzahlen vorkommen, sollten nur bei den Indikatoren quantitativ mehrere Qualitätsbewertungskategorien angelegt werden, die das aus statistischer Sicht und allem voran auch aus inhaltlicher Sicht sinnvoll erscheinen lassen.

Variante B

Die Bewertung erfolgt auf Ebene eines **einzelnen Qualitätsindikators**. Bei dieser Variante würden die Ergebnisse eines Indikators anhand eines Grenzwerts für die statistische Auffälligkeit wie gehabt quantitativ in statistisch über dem Grenzwert und statistisch unter dem Grenzwert unterteilt werden (je nach Richtung des Indikators; Abbildung 13). Eine qualitative Prüfung bei statistisch auffällig guter Qualität wäre nicht erforderlich. Die Zuordnung zur Kategorie „in erheblichem Maß unzureichend“ hingegen erfolgte **qualitativ** auf Indikatorebene anhand von Bewertungskriterien (siehe auch S. 99). Dazu würden die Indikatorergebnisse, die statistisch auffällig auf der „schlechten“ Seite sind, inhaltlich überprüft. Es ist anzunehmen, dass es für Qualitätsindikatoren, die keine Patientensicherheit erfassen, nur sehr selten einen inhaltlichen Grund geben wird, der die Zuordnung zur Kategorie „in erheblichem Maß unzureichende“ Qualität rechtfertigen würde. Dennoch ist es theoretisch möglich, dass das Ergebnis eines Ergebnisindikators einen schwerwiegenden Qualitätsmangel sichtbar macht.

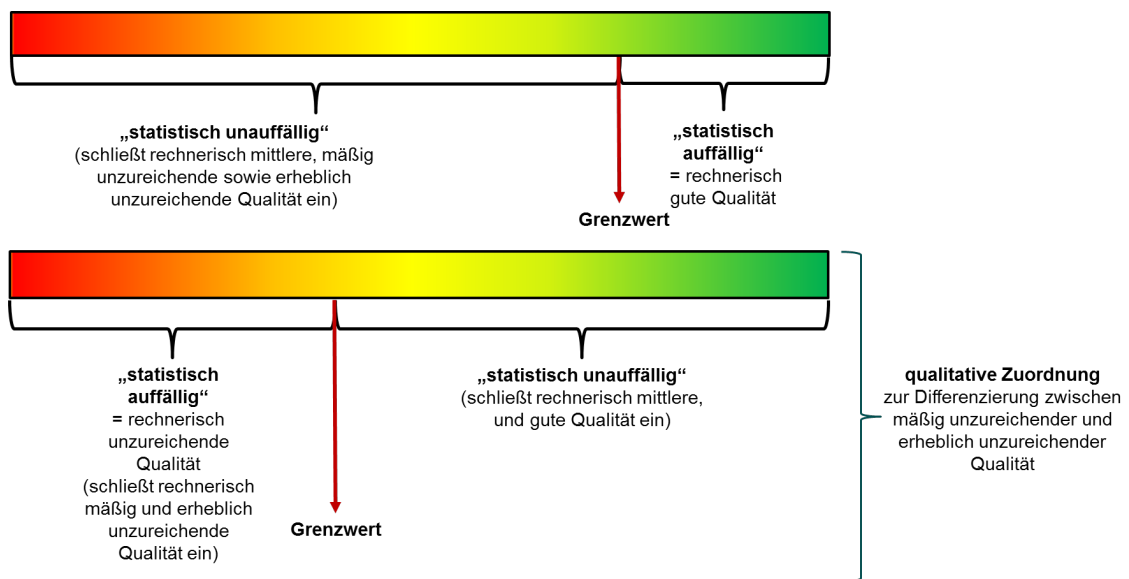


Abbildung 13: Variante B: qualitative Kategorisierung anhand eines einzelnen Qualitätsindikators – ein Referenzwert in Richtung guter Qualität (oben) oder ein Referenzwert in Richtung unzureichende Qualität (unten)

Variante C

Die Bewertung erfolgt auf Ebene mehrerer Qualitätsindikatoren eines Leistungsbündels. Auch hier würden anhand der statistischen Auffälligkeit die Kategorien „zureichende“ und „unzureichende“ Qualität quantitativ ermittelt. Nach Prüfung von Ausnahmetatbeständen auf Ebene jedes einzelnen Indikators würden die Einzelergebnisse aller zugehörigen Indikatoren zu einem Set gemeinsam betrachtet. Eine Konstellation aus größtenteils „mäßig unzureichenden“ Indikatorergebnissen könnte ggf. zu der Zuordnung zur Kategorie „in erheblichem Maß unzureichend“ führen. Die Konstellation der Ergebnisse würde also inhaltlich begründet mit einem Bezug zu einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit zu dieser Zuordnung führen (siehe auch Bewertungskriterien S. 99). Die Festlegung der Konstellationen bzw. des Algorithmus zum Einschluss in die Bewertung soll bereits bei Abschluss der Indikatorenentwicklung erfolgen (siehe Abschnitt 4.2).

Mit Variante C könnten auch Ergebnisse von Indikatoren einbezogen werden, die für sich allein, also auf Indikatorebene, aus Gründen des Inhalts oder der Beschaffenheit des Indikators nicht zu einer weitgehenden Beurteilung dienen können.

Eine gesamthafte Betrachtung von Ergebnissen mehrerer Indikatoren könnte ebenso bei der Beurteilung von „guter“ Qualität herangezogen werden.

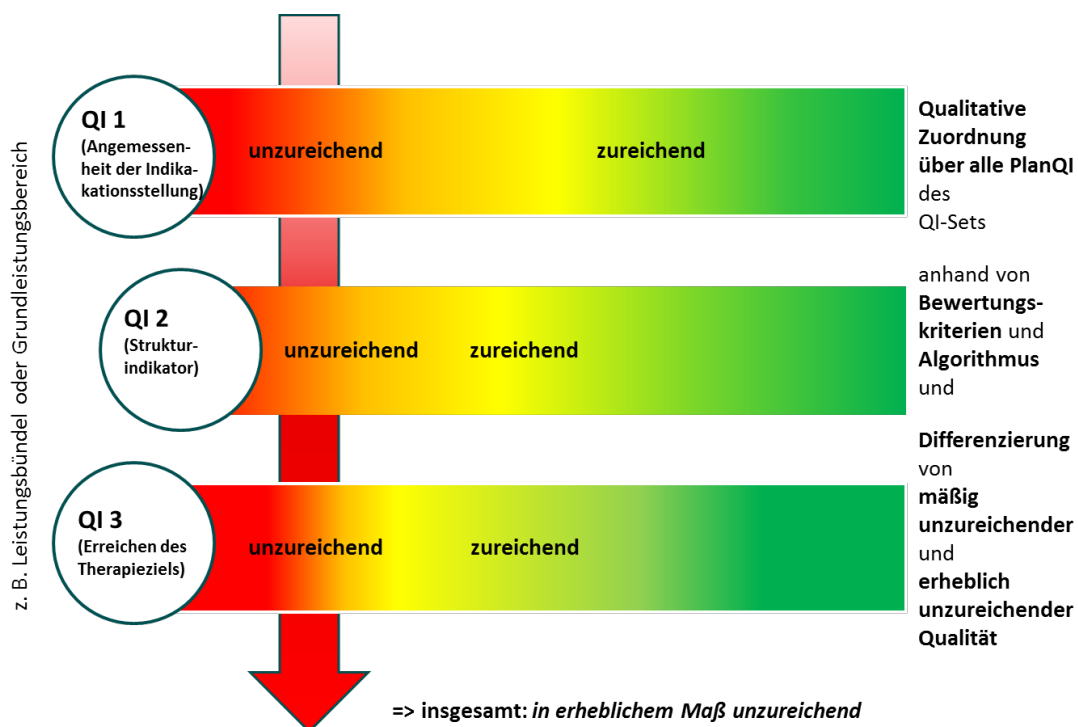


Abbildung 14: Variante C: qualitative Kategorisierung von „in erheblichem Maß unzureichend“ anhand von mehreren Indikatoren mit Indikatorergebnissen „mäßig unzureichender“ Qualität

Alle Qualitätsindikatoren eines QS-Verfahrens bilden ein Indikatorenset. Das bedeutet, dass auch Indikatoren zu anderen Verfahrens- oder Planungszwecken oder Indikatoren zum Planungszweck Intervention, aber ohne unmittelbaren Bezug zu einer potenziellen Gefährdung der

Patientensicherheit, in einem Indikatorenset enthalten sein können. Letztere können in eine Zusammenstellung von leistungs- oder leistungs-bündelbezogenen Qualitätsindikatoren eingehen, die dann indikatorenübergreifend einen Bezug zu einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit aufweisen. Nach Möglichkeit sollten die Indikatoren, die gemeinsam bewertet werden, verschiedene Qualitätsdimensionen in Anlehnung an die Definition der OECD (Arah et al. 2006) abdecken, auch wenn dies vielleicht nicht in jedem Indikatorenset umsetzbar sein wird. Eine „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ innerhalb eines solchen Indikatorensets ergibt sich dann aus statistisch auffälligen Ergebnissen ohne anerkannte Ausnahmetatbestände.

In Indikatorensets können also auch Indikatoren enthalten sein, die nicht in den im Rahmen der Indikatorenentwicklung festgelegten Algorithmus eingehen. Bei einem „unzureichenden“ Indikatorengesamt würde dieses entsprechend nicht in die Gesamtbetrachtung der Qualität des Leistungs-bündels eingehen, da für diesen auch im Set kein Bezug zur Qualitätsdimension Patientensicherheit bestünde. Es wird Indikatorensets geben, deren Indikatoren in mehreren Konstellationen (Algorithmen) zu der Bewertung „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ führen werden. Wie der Bewertungsalgorithmus bezogen auf die festgelegten Indikatoren letztlich aussehen wird, muss im Einzelfall für jedes Indikatorenset festgelegt werden. Dabei werden inhaltliche, medizinisch-fachliche Begründungen führend sein, aber auch rein quantitative Festlegungen sind möglich (z. B. mehrheitliche Anzahl an unzureichenden Indikatorengesamten).

Durch ein fiktives Beispiel soll der zugrunde liegende Gedanke veranschaulicht werden, dass mehrere Prozess- und Ergebnisindikatoren eines Indikatorensets jeweils für sich betrachtet noch keine potenzielle Gefährdung für die Sicherheit von Patientinnen und Patienten darstellen, in der Summe aber sehr wohl dorthin führen könnten (Tabelle 8). In dem Beispiel wird die Dimension Effektivität mit den unterschiedlichen Ausprägungen „adäquate Indikationsstellung“ und „Erreichen primärer Behandlungsziele“ (siehe Abschnitt 4.1.2) adressiert. Indikatoren der Qualitätsdimension Patientensicherheit gehen nicht in das Indikatorenset ein, da diese bei entsprechendem Ergebnis (statistische Auffälligkeit und Ausschluss eines Ausnahmetatbestands) direkt in die Kategorie „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ münden.

Das fiktive Beispiel eines Indikatorensets aus Prozess- und Ergebnisindikatoren soll eine beliebige operative Leistung bei einer onkologischen Grunderkrankung abbilden (Tabelle 8). Es besteht aus 6 Indikatoren, wovon 4 in den Bewertungsalgorithmus eingehen und 2 nicht. Die 4 Indikatoren *Präoperative (z. B. histologische) Diagnosesicherung und Staging, Intraoperative Schnellschnittuntersuchungen bei intraoperativen Konsequenzen, Histologie nach Organentfernung, Postoperatives Resultat* bilden schwerpunktmäßig den Prozess und das Ergebnis ab und haben zusammengenommen einen Bezug zu einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit. Die beiden Indikatoren *Sentinel-Lymphknoten-Biopsie* und *Belassen bestimmter Lymphknoten-Gruppen* gehen in dem Beispiel nicht in die gemeinsame Bewertung ein, da die beiden Indikatoren – in diesem fiktiven Beispiel die Befolgung einer Leitlinienempfehlung – zwar Ausdruck guter oder erwartbarer Leistung wäre, deren Nichterbringung aber keine Auswirkungen im Sinne einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit darstellen würde. Im Beispiel ist der Bewertungsalgorithmus inhaltlich so festgelegt, dass jeder dieser 4 Indikatoren eine statistische Auffälligkeit ohne Vorliegen von Ausnahmetatbeständen aufweisen müsste, damit

insgesamt die Bewertung „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ zustande käme. Sollte aber einer der 4 Indikatoren kein statistisch auffälliges Ergebnis oder aber anerkannte Ausnahmetatbestände aufweisen, so würde die Qualität insgesamt noch als „mäßig unzureichende Qualität“ bezeichnet werden.

Tabelle 8: Variante C: Beispiel für die Beurteilung von Qualität einer fiktiven operativen Leistung aufgrund einer onkologischen Grunderkrankung mit einer kurativen Zielsetzung anhand von Beispielindikatoren zur Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“

Fiktive Qualitätsindikatoren	Qualitätsdimension nach Donabedian (Donabedian 1980)	Qualitätsdimension nach OECD (Arah et al. 2006)	Prospektiver Bewertungsalgorithmus (Einschluss von QI, sodass sich ein Bezug zu Patientensicherheit ergibt)	Beispielkrankenhaus: Statistische Auffälligkeiten ohne vorliegende relevante ATB
Präoperative (z. B. histologische) Diagnosesicherung und Staging (möglichst umfängliche Lageeinschätzung zur besseren OP-Planung, Vorbereitung der Pat.)	Prozessqualität	Effektivität (adäquate Indikationsstellung)	eingeschlossen	zutreffend
Intraoperative Schnellschnittuntersuchungen bei intraoperativen Konsequenzen (Vermeidung von Zweiteingriff)	Prozessqualität	Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele)	eingeschlossen	zutreffend
Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (Vermeidung von Zweiteingriff)	Prozessqualität	Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele)		
Belassen bestimmter Lymphknoten-Gruppen (Vermeidung von Zweiteingriff)	Prozessqualität	Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele)		
Histologie nach Organentfernung (geboten zur Differenzierung der Diagnose)	Prozessqualität	Effektivität	eingeschlossen	zutreffend

Fiktive Qualitätsindikatoren	Qualitätsdimension nach Donabedian (Donabedian 1980)	Qualitätsdimension nach OECD (Arah et al. 2006)	Prospektiver Bewertungsalgorithmus (Einschluss von QI, sodass sich ein Bezug zu Patientensicherheit ergibt)	Beispielkrankenhaus: Statistische Auffälligkeiten ohne vorliegende relevante ATB
<i>und weiteren Therapieplanung)</i>		(Erreichen primärer Behandlungsziele)		
Postoperatives Resultat (Erreichen des wesentlichen Interventionsziels)	Ergebnisqualität	Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele)	eingeschlossen	zutreffend
Qualitätsbeurteilung				„in erheblichem Maß unzureichend“

Diskussion der verschiedenen Varianten

Die Vorteile der Varianten B und C vor A, in dem nämlich der bewährte Grenzwert eines Referenzbereichs die „zureichende“ von der „unzureichenden Qualität“ (oder die „gute“ von der „zureichenden“ Qualität) statistisch trennt, sind:

- Durch die Beschränkung der Zuordnung zu zwei Kategorien je Qualitätsindikator anhand der quantitativen Ergebnisse fällt das Fallzahlproblem nicht stärker als bisher ins Gewicht.
- Die bisherige Definition eines Grenzwertes, bei dessen Über- bzw. Unterschreitung Maßnahmen wie Datenvalidierung und Stellungnahmeverfahren eingeleitet werden, kann unverändert beibehalten werden und ist etabliert.
- Sollte ein medizinisch fachlicher anerkannter Ausnahmetatbestand vorliegen, entfällt das Problem zu entscheiden, in welche Kategorie ein möglicherweise erheblich unzureichendes Qualitätsergebnis dann fallen müsste, nämlich in „mäßig unzureichend“ oder „mittel“ oder ggf. sogar „gut“.

Der Vorteil der Variante A, der rein quantitativen Zuordnung zur Qualitätsbewertungskategorie „in erheblichem Maß unzureichend“, läge im geringeren Aufwand, da lediglich eine inhaltliche Prüfung der quantitativen Zuordnung erfolgen müsste. Die Verwendung wird aber durch die inhaltliche Ausrichtung von Indikatoren und statistische Gegebenheiten beschränkt und ist zudem abhängig von der Verteilung (Varianz) der Ergebnisse. Für Variante B, der nachgeordneten qua-

litativ begründeten Zuordnung zu „in erheblichem Maß unzureichender“ Qualität auf Indikator-ebene, wären die anzuwendenden Bewertungskriterien bei der Indikatorenentwicklung mitzudefinieren, die eine entsprechende Zuordnung rechtfertigen würden (siehe Abschnitt 4.2). Allerdings ist kaum vorstellbar, dass ein Qualitätsindikator, der eine andere Dimension als die der Patientensicherheit abbildet, allein aufgrund eines Bewertungskriteriums wie der Schwere oder Intensität oder Wiederholung eines Mangels, der Qualitätsbewertungskategorie „in erheblichem Maß unzureichend“ zugeordnet werden könnte.

Das Qualitätsspektrum auf der Seite der „guten“ Qualität könnte auf Indikatorebene sowohl mit Variante A als auch mit Variante B differenziert werden.

Strukturindikatoren, die Strukturinhalte binär abfragen, entziehen sich hingegen einer differenzierten rechnerischen Bewertung. Dasselbe gilt für Sentinel-Event-Qualitätsindikatoren – auch diese sind aufgrund ihrer binären Beschaffenheit von einer differenzierteren Qualitätsbetrachtung ausgenommen. Diese binären Indikatoren können also weder durch Variante A noch durch Variante B differenziert werden. Allerdings könnten die binären Ergebnisse dieser Indikatoren eingehen bei einer Differenzierung von Qualität auf Ebene eines Indikatorensets (Variante C).

Bei der Variante C, also der Qualitätsbeurteilung von „in erheblichem Maß unzureichender“ Qualität auf Ebene mehrerer Qualitätsindikatoren zusammen, würde die Zuordnung anhand eines Algorithmus erfolgen. Dieser wäre in Abhängigkeit von den Inhalten der Indikatoren zusammen mit diesen zu entwickeln. Dies entspräche einer inhaltlich zu begründenden und z. B. auf einen Grundleistungsbereich bezogenen Festlegung von Ergebniskombinationen (siehe Kapitel 6). Diese Kombinationen wären prospektiv festzulegen und transparent zu machen, sodass vorgenommene Zuordnungen erwartbar und nachvollziehbar wären. Ein großer Vorteil der Variante C – neben der Möglichkeit, binäre Indikatoren zu Sentinel Events und zur Struktur zu berücksichtigen – wäre, dass eine Gesamtbewertung auch von einem Leistungsbündel bzw. von einem ganzen Grundleistungsbereich ermöglicht wird.

5.5.3 Fachliche Bewertung und qualitative Zuordnung

Messergebnisse von Qualitätsindikatoren können wie bereits ausgeführt anhand von Berechnungen auf einer Skala in mehrere Kategorien von Qualität zugeordnet werden, wobei allerdings einige statistische Gegebenheiten zu berücksichtigen sein werden (siehe Abschnitt 5.5.1). Es wäre aber auch möglich, Messergebnisse anhand von inhaltlich begründeten Kriterien einer Qualitätsbewertungskategorie zuzuordnen, die sich quantitativ ggf. nicht abgrenzen lässt.

An die Berechnung und quantitative Zuordnung der Ergebnisse schließt sich eine Datenvalidierung sowie eine qualitative Bewertung an. Die gliedert sich zum einen in die fachliche Bewertung laut plan. QI-RL, bei der geprüft wird, ob bei statistisch auffälligen Ergebnissen medizinisch fachlich anerkannte Ausnahmetatbestände Berücksichtigung finden (Abschnitt 5.4). Zum anderen könnte nachgeschaltet eine Zuordnung der Indikatorergebnisse anhand von zusätzlichen qualitativen Bewertungskriterien (Abschnitt S. 99) erfolgen (Variante B und Variante C siehe 5.5.2). Diese Kriterien beziehen sich auf den Indikator oder das Indikatorenset als solche und werden nicht aus den Ergebnissen der Leistungserbringer abgeleitet. Mit der Bezeichnung der Bewer-

tungskriterien als „qualitativ“ soll auf methodischer Ebene deutlich werden, dass es nicht quantitative, sondern inhaltlich begründete Festlegungen wie beispielsweise die Qualitätsdimension eines Qualitätsindikators oder auch die Kombination von Mängeln gibt, die zu einer Zuordnung zu einer Qualitätsbewertungskategorie führen können. Die qualitative Zuordnung zu den verschiedenen Qualitätsbewertungskategorien bietet die Möglichkeit, gesamthaft eine Aussage über eine stationäre Leistung bezogen auf eine definierte Einheit anhand von mehreren Indikatoren zu machen.

Für Qualitätsindikatoren, die Patientensicherheit abbilden, entfällt eine nachgeordnete qualitative Zuordnung, da die statistisch auffälligen und fachlich geprüften Ergebnisse (keine anerkannten Ausnahmetatbestände) dieser Indikatoren definitionsgemäß mit einer „in erheblichen Maß unzureichende“ Qualität gleichgesetzt werden.

Prüfen des Vorliegens eines Ausnahmetatbestands

Das Vorliegen sachlich relevanter Ausnahmetatbestände ist immer einzeln je Krankenhaus im Rahmen der fachlichen Bewertung zu beurteilen. Im Rahmen des stattgefundenen Stellungnahmeverfahrens im Regelbetrieb wurden sämtliche eingegangene Stellungnahmen medizinisch fachlich geprüft und ggf. aus den angeführten Details verallgemeinerbare Ausnahmetatbestände formuliert (induktives Vorgehen). Die Bewertung, ob es sich bei den Ausnahmetatbeständen um medizinisch und fachlich relevante Ausnahmetatbestände handelt, wurde durch das IQTIG vorgenommen, das dabei von Fachkommissionen eingehend beraten wurde. Gemäß der aktuellen plan. QI-RL ist nach der Feststellung bzw. Ausschluss des Vorliegens von medizinisch und fachlich relevanten Ausnahmetatbeständen die fachliche Bewertung abgeschlossen. Dieses Verfahren hat sich aus Sicht des IQTIG grundsätzlich bewährt und wird zur Fortsetzung empfohlen. Sinnvoll erscheint eine Veröffentlichung der medizinisch und fachlich anerkannten Ausnahmetatbestände nach Abschluss der Bewertungen, was im laufenden Regelbetrieb noch nicht erfolgt ist.

Mögliche Bewertungskriterien für die qualitative Unterscheidung von „unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender“ Qualität

Bei der Betrachtung von Qualität ist es hilfreich, sich die verschiedenen Facetten und Ausprägungen eines Sachverhalts vor Augen zu führen. In Anlehnung daran lassen sich theoretisch mögliche Bewertungskriterien ableiten, die bei einer qualitativen Zuordnung der Qualitätsergebnisse einzelner (eingeschränkt) oder mehrerer Indikatoren zusammen Anwendung finden könnten. Welche von den theoretisch denkbaren Bewertungskriterien konkret anzuwenden sein werden, hängt vom Inhalt des jeweiligen Indikators oder des Indikatorensets ab und kann sich damit erst im Rahmen einer Neuentwicklung von Indikatoren ergeben. Allen gemeinsam ist, dass die Bewertungskriterien einen Bezug zu einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit aufweisen können. Die folgenden Kriterien können zur qualitativen Bewertung von erheblich unzureichender Qualität dienen:

- Schwere des Mangels: Ein Qualitätsmangel kann so gravierend sein, dass dieser aus fachlicher Sicht als „in erheblichem Maß unzureichende“ Qualität eingestuft werden könnte. Dies kann dann vorliegen, wenn gegen grundlegende Regeln der Patientenversorgung ohne nachvollziehbaren Grund verstoßen wird.
- Intensität: Bei diesem Kriterium kommt die Berücksichtigung des quantitativen Ausmaßes der Abweichung eines Ergebnisses vom Referenzbereich zum Tragen. Beispielsweise könnte ein Leistungserbringer mit einer eklatant höheren Mortalitätsrate oder Komplikationsrate, als akzeptabel wäre, auffallen. Auch die deutliche Überschreitung bestimmter Behandlungsdosen – beispielsweise eine unverhältnismäßig hohe Strahlenbelastung bei radiologisch kontrollierten Interventionen – könnte bereits als „in erheblichem Maß unzureichende“ Qualität angesehen werden. Um diesen Aspekt korrekt bewerten zu können, ist es notwendig, mit einer hinreichend großen Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die gemessenen Ergebnisse tatsächlich mit dem wahren Wert übereinstimmen.
- Dimension: Anhand der Dimension Patientensicherheit wird bereits im aktuellen Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* entschieden, ob eine unzureichende Qualität vorliegt oder nicht. Aber auch bei der Bewertung von Qualität einer komplexen Leistung, die beispielsweise anhand von mehreren Qualitätsindikatoren abgebildet wird oder werden kann, ist der Einbezug von Dimensionen (z. B. nach OECD; Arah et al. 2006) bei der Bewertung von Ergebnissen ein denkbare Kriterium. So weist Groene in seiner Arbeit darauf hin, dass die Leistung eines Krankenhauses „in allen Qualitätsdimensionen durch validierte Indikatoren abzubilden“ sei und verweist auf das Modell zur Leistungsbewertung von Krankenhäusern der WHO, das sechs Dimensionen der Versorgungsqualität berücksichtigt (Groene 2006: 227). Es wird voraussichtlich nicht in jedem Indikatorenset möglich sein, mehrere Dimensionen von Qualität abzubilden. Aber in den Bereichen, in denen das gelingt, könnte dadurch eine Kombination von Mängeln sichtbar werden, die möglicherweise sonst nicht in einen Zusammenhang gestellt werden würden.

5.5.4 Bewertungskategorien von Qualität

Die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren von den zu bewertenden Krankenhäusern sollen für verschiedene Planungszwecke der Landesbehörden genutzt werden. Dazu soll aus diesen Ergebnissen abgeleitet werden, ob – je nach Planungszweck – die Versorgungsqualität der Leistungserbringer Anlass gibt zu Intervention oder zu Auswahl oder Zulassung. Die Kategorien von „guter“, „mittlerer“, „mäßig unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender“ Versorgungsqualität sind hierzu zu differenzieren.

Für die Darstellung von **guter Versorgungsqualität** zu Zwecken der Auswahl ist ein Set zu erarbeiten, das zeigt, dass einerseits die Standards mittlerer Qualität alle erfüllt werden und dass andererseits spezifische Strukturen, Prozesse und Ergebnisse oberhalb der erwartbaren Versorgungsqualität liegen. Je nach Versorgungsbereich sind die Kriterien hierzu nach Inhalt und Quantität zu spezifizieren.

Die **mittlere Versorgungsqualität** zeichnet sich durch das Einhalten von Mindestanforderungen aus. Diese Kategorie soll als Untergrenze bei der Neuzulassung von Einrichtungen oder Abteilungen mindestens das Erreichen erwartbarer Ergebnisqualität sichern.

Die Ermittlung einer statistischen Auffälligkeit anhand von Indikatorergebnissen kann je nach Variante eine „unzureichende Qualität“ abbilden oder kann im Bereich der Patientensicherheit bei Bestätigung eines entsprechenden Versorgungsmangels im Stellungnahmeverfahren zur Feststellung von **in erheblichem Maß unzureichender Qualität** führen.

Die Zuordnung zu dieser Kategorie könnte auch auf Basis von mehreren bis allen Indikatoren eines oder mehrerer Leistungsbündel erfolgen, die statistisch auffällig sein müssten und damit eine deutlich unzureichende Qualität bezogen auf eben jene im Leistungsbündel definierten Leistungen abbilden.

Die Einteilung von Qualität in verschiedene Kategorien dient unterschiedlichen Planungszwecken (siehe Abschnitt 1.1). Unabhängig von der Zuordnung zu einer maßgebenden Qualitätsbewertungskategorie, die zu Konsequenzen führen kann, setzt die geforderte Differenzierung von Qualität voraus, dass mindestens zwei interessierende Bewertungskategorien je Indikator/Index voneinander unterschieden werden können.

In Abbildung 15 werden also die verschiedenen Qualitätsbewertungskategorien denjenigen regulierenden Verfahren bzw. deren Elementen zugeordnet, für die sie eine Handlungsrelevanz haben. Dies ist im Falle der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die „Intervention“ die Kategorie der „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“. Die planungsrelevanten Indikatoren zur Zulassung sollen Mindeststandards abbilden und deren Einhaltung bei der Entscheidung der Planungsbehörden für eine Neuzulassung sicherstellen. Die planungsrelevanten Indikatoren für die Auswahl sollen „gute“ Qualität erkennbar machen. Die Indikatoren für das regulierende Verfahren zu Qualitätszuschlägen haben den Zweck, „außerordentlich gute“ Qualität zu identifizieren und von „guter“ Qualität zu unterscheiden. Die beiden qualitätsfördernden QS-Verfahren werden von den Zuordnungen zu Bewertungskategorien der Qualität an dieser Stelle nicht berücksichtigt, da der Gesetzgeber nur für die regulierenden Verfahren explizit eine Differenzierung von Qualität vorgesehen hat. Auch hat die Zuordnung von Qualitätsbewertungskategorien über die der rechnerischen Auffälligkeit mit anschließender qualitativer Bewertung durch LQS bzw. LAG und BAS hinausgehend bei den qualitätsfördernden QS-Verfahren keine praktische Relevanz.

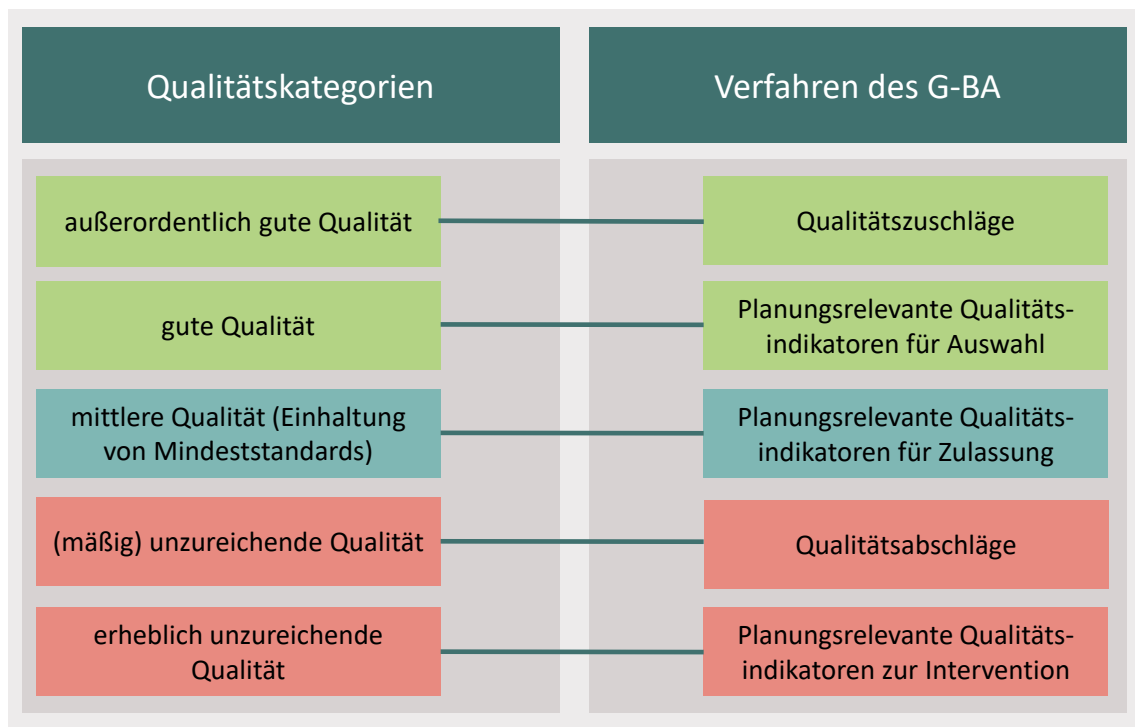


Abbildung 15: Bewertungskategorien der Qualität in den beiden regulierenden Verfahren des G-BA

Es besteht ein Zusammenhang zwischen den regulierenden Verfahren, da diese durch die Vorgaben des Gesetzgebers zum Teil die gleichen Qualitätsbewertungskategorien adressieren. Da aber der Zweck der jeweiligen Verfahren und die unterschiedlichen Planungszwecke innerhalb der Verfahren maßgeblich sind für die Inhalte der zu entwickelnden Qualitätsindikatoren und für die der jeweiligen Bewertungskategorie nachgeordneten Konsequenzen für die Weise der jeweiligen Zuordnungen der Kategorien zu möglichen Konsequenzen, kann sich die Art der Messung und Bewertung der Indikatorergebnisse unterscheiden. Daraus ergibt sich, dass auch die Indikatoren nicht automatisch mehrfach in den verschiedenen Verfahren zu verwenden sein werden. Obwohl die beiden regulierenden Verfahren teilweise die gleichen Qualitätsbewertungskategorien verwenden („unzureichend“), sollte ein Leistungsbereich bzw. -bündel aus verfahrenspraktischen Gründen zunächst nicht mit beiden Verfahren abgedeckt werden, da eine Verwendung in verschiedenen regulierenden Verfahren zu Überschneidungen sowohl bei der Bewertung der Ergebnisse (z. B. unterschiedliches Kriterium der Zeitdauer) als auch bei den resultierenden Handlungen unterschiedliche Handlungsebenen wie Vergütung bzw. Verträge betrifft.

5.5.5 Bewertung durch die Landesplanungsbehörde

Die Landesplanungsbehörde erhält die Ergebnisse der statistisch auffälligen Krankenhäuser und die qualitativen Auswertungen sowie die dazugehörigen Maßstäbe und Kriterien vom IQTIG für eine eigene Beurteilung der Ergebnisse. Das Kriterium der Zeitdauer von „nicht nur vorübergehend“ definiert jede Landesplanungsbehörde für das jeweilige Land. Es obliegt den Landesplanungsbehörden, ob und in welcher Weise sie die Ergebnisse des Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* für die jeweilige Krankenhausplanung verwendet. Insbesondere für den

Planungszweck der Auswahl von Standorten gibt es möglicherweise unterschiedliche Bedarfe, welche Qualitätsindikatoren in einem Bundesland unter gegebenen regionalen Strukturen als relevant erscheinen. Darüber hinaus können je nach Gegebenheiten und Ausrichtung der Planung andere Informationen neben den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wertvoll sein. So könnte die Bewertung von Qualität in den Landesplanungsbehörden ergänzt werden durch weitere Informationen beispielsweise zu Mindestmengen oder Ergebnissen der Qualitätsförderung.

5.6 Fazit

Der Auftrag des G-BA besteht darin, ein Konzept für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu entwickeln, deren Ergebnisse eine Differenzierung der Versorgungsqualität von Einrichtungen (also Planungseinheiten) zulässt. Diese Zuordnungen sollen den Landesplanungsbehörden bei der Krankenhausplanung im Bereich der Intervention, der Auswahl oder Zulassung und der nachfrage- und qualitätsorientierten (Angebots-)Kapazitätsplanung zur Verfügung stehen.

Im Rahmen der Entwicklung von QS-Verfahren werden die qualitätsrelevanten Qualitätsaspekte der Patientenversorgung identifiziert, die entsprechenden Merkmale abgeleitet und die Indikatoren operationalisiert zur Messung der entsprechenden Indikatorergebnisse und deren Bewertung (IQTIG 2017). Die Versorgungsqualität kann anhand der Ergebnisse einzelner Qualitätsindikatoren oder eines Sets von Qualitätsindikatoren bewertet werden. Dabei soll im Rahmen der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren das ganze Spektrum von guter bis in erheblichem Maß unzureichender Qualität abgebildet werden.

Eine Differenzierung von Qualität über die bisherigen Kategorien „zureichend“ und „unzureichend“ hinaus setzt voraus, dass zum einen eine inhaltliche Differenzierung von Qualität anhand eines Qualitätsindikators oder anhand mehrerer ausgewählter Indikatoren aus einem Indikatorenset sinnvoll möglich ist. Wenn dies gegeben ist und eine quantitative Differenzierung zwischen mehreren Kategorien beabsichtigt ist, dann sollten für die notwendigen Berechnungen die Fallzahl sowie die Verteilung der Ergebnisse (Varianz) ausreichend sein, um mehr als einen Referenzbereich definieren zu können. Dabei sollte die Unsicherheit bezüglich der Güte der Klassifizierung von Auswertungsergebnissen auch bei mehr als zwei Kategorien Berücksichtigung finden. Vermutlich wird die Anforderung mehrerer Kategorien je Indikator aber selten zur Anwendung kommen, da die Mehrzahl der Indikatoren inhaltlich nur einem der Planungszwecke dienen wird. Die meisten Indikatoren werden also nur in jeweils eine Richtung messen – entweder im Bereich der Qualität zur Identifizierung „guter“ Qualität zum Zwecke der Auswahl und Zulassung oder im Bereich der „in erheblichem Maß unzureichenden“ Qualität. Bei letzterer sieht das KHG Interventionen durch die Landesplanungsbehörden vor. Vor diesem Hintergrund ist die Zuordnung der Ergebnisse in mehr als zwei, maximal drei Qualitätsbewertungskategorien nicht zwingend geboten.

In einem ersten Schritt ist inhaltlich zu entscheiden, welche Qualitätsindikatoren einzeln oder gemeinsam geeignet sind, eine bestimmte Qualitätsbewertungskategorie differenzierend zu repräsentieren. Dann ist in einem zweiten Schritt festzulegen, wie – bei Verwendung mehrerer Indikatoren – deren Ergebnisse zusammengeführt werden. Dann ist schließlich noch zu definieren,

wie unterschiedliche quantitative Ausprägungen der Qualitätsmessung zur differenzierten Zuordnung von Qualitätsbewertungskategorien führen.

Die Differenzierung von Qualität kann qualitativ oder quantitativ oder in einer Kombination aus beidem erfolgen. Die Ausgestaltung lässt sich in drei Varianten darstellen. Bei Variante A würde die Zuordnung zu den verschiedenen Qualitätsbewertungskategorien primär anhand von Berechnungen unter Berücksichtigung von Stochastizität und unter Ausweisung der Wahrscheinlichkeit für die Zuordnung erfolgen. Die sich an die statistische Auffälligkeit anschließende fachliche Bewertung von Ausnahmetatbeständen würde zu einer Bestätigung der quantitativen Zuordnung führen oder nicht. Bei Variante B und C würde quantitativ lediglich ein Referenzbereich anhand der statistischen Auffälligkeit zwischen „zureichender“ und „unzureichender“ Qualität unterschieden. Die Zuordnung der unzureichenden Qualität in „mäßig unzureichende“ oder „in erheblichem Maß unzureichende“ würde anhand von vorab definierten Bewertungskriterien bzw. einem Algorithmus erfolgen – entweder basierend auf einem einzelnen Indikator (Variante B) oder auf Basis mehrerer Indikatoren zusammen (Variante C).

Variante C bedeutet, dass die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren zusammen betrachtet werden und gemeinsam in eine Bewertung über die gesamte Leistung oder ein Leistungsbündel bzw. Grundleistungsbereich münden. Die algorithmusgestützte Variante C ist durch eine inhaltlich umfanglichere Abbildung der Leistungen und auch durch die Berücksichtigung mehrerer Qualitätsaspekte für die differenzierte Beurteilung der Qualität stationär erbrachter Leistungen am besten geeignet. Qualitätsindikatoren, die eine potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit unmittelbar abbilden und deren Ergebnisse statistisch auffällig und fachlich geprüft sind (kein anerkannter Ausnahmetatbestand), werden definitionsgemäß einer „in erheblichem Maß unzureichenden“ Qualität zugeordnet.

6 Anforderungen zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung

Das vom G-BA beauftragte Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren soll beinhalten, „welche Anforderungen an Indikatoren oder Indikatorensets zu stellen sind, damit diese in der Zusammenschau eines Indikatorensets die Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung ermöglichen können“ (Teil b) des Beschlusses des G-BA über eine Folgebeauftragung des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vom 18. Mai 2017; G-BA 2017). Hintergrund dieser Beauftragung ist das Ziel, die Ergebnisse der gesetzlichen Qualitätssicherung für die Krankenhausplanung nutzbar zu machen. Bereits 2016 hat der Gesetzgeber mit der Einführung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c SGB V die beiden grundverschiedenen Systeme verknüpft: Während die gesetzliche Qualitätssicherung auf Leistungen oder Indikationen, definiert durch OPS- oder ICD-Kodes, fokussiert ist, stehen im Zentrum der Krankenhausplanung Fachabteilungen, die in allen Bundesländern überwiegend nach Fachgebieten festgelegt werden (siehe Tabelle 5 in Anhang B; BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007: Nr. 410). Bettenzahlen werden dabei je nach Bundesland einem Standort mit bestimmten festgelegten Fachgebieten oder einem Fachgebiet selbst zugeordnet (BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018: Nr. 219, 467).

Bei den bestehenden elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ergibt sich die Handlungsnotwendigkeit für die Planungsbehörden bei Vorliegen von anhaltenden Mängeln in der Patientensicherheit, die stets in der Verantwortlichkeit der gesamten Abteilung liegt. Dabei ist es den Planungsbehörden unbenommen, mit angemessenen Maßnahmen, z. B. aufsichtsrechtlich auf eine Behebung der Mängel hinzuwirken, ohne dass gleich eine Abteilung geschlossen werden muss.

Im Abschlussbericht des IQTIG zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren (IQTIG 2016a) wurde der Fokus der ersten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auf die potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit gelegt, da diese aufgrund der besonderen Relevanz für Patientinnen und Patienten auch krankenhauplanerische Interventionen juristisch rechtfertigen kann, durch die Abteilungen aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden können. Ist eine Fachabteilung „nicht nur vorübergehend“ nicht in der Lage, „unzureichende“ Qualität bei diesen wichtigen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren abzustellen, so ist dies als systemisches, organisatorisches Versagen zu werten und ergibt – auch auf Basis eines einzelnen Indikators – eine Aussage über die gesamte Fachabteilung. Diese trägt die Gesamtverantwortung, eine potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit zu vermeiden oder zu beseitigen. Kommt sie dieser Gesamtverantwortung „nicht nur vorübergehend“ nicht nach, besteht aufgrund eines einzelnen, ausgewählten Qualitätsindikators ein angemessener Anlass, verhältnismäßige Konsequenzen in der Krankenhausplanung zu ziehen. Ein einzelner, ausgewählter Qualitätsindikator kann demnach einen Qualitätsmangel für eine größere Einheit anzeigen.¹⁰

¹⁰ Unabhängig von dem Konzept der potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit, das die Möglichkeit bietet, einen Rückschluss auf eine gesamte Fachabteilung zu ziehen, besteht auch die Möglichkeit, das Leistungsspektrum einer Abteilung durch Änderung des Feststellungsbescheids einzuschränken, wenn nur

Im Rahmen des vorliegenden Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollen nun Anforderungen an Qualitätsindikatoren bzw. Indikatorensets formuliert werden, damit diese „in der Zusammenschau“ eine Aussage über eine gesamte Fachabteilung ermöglichen. Demnach muss das leistungsbezogene System der Qualitätssicherung die Qualität der Organisationseinheit Fachabteilung darstellen, die meist die Grundlage für die Krankenhausplanung ist. Hierfür bestehen vier Möglichkeiten, die im Folgenden genauer beschrieben werden:

1. Anforderungen einzelner Qualitätsindikatoren an Leistungen: Nach dem Konzept der potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit werden Anforderungen an einzelne Leistungen gestellt, die einen Qualitätsmangel oder „gute“ Qualität exemplarisch für eine gesamte Fachabteilung anzeigen.
2. Anforderungen an typische Leistungen eines Fach- bzw. Teilgebiets: Es werden Anforderungen an Leistungen gestellt, die typisch für ein Fachgebiet oder ein Teilgebiet sind.
3. Anforderungen einzelner Qualitätsindikatoren an Leistungen und Bildung eines Index: Mithilfe eines übergreifenden, quantitativen Index, der verschiedene Qualitätsindikatoren zu einer einzigen Maßzahl aggregiert, könnte theoretisch die Qualität einer Fachabteilung betrachtet werden.
4. Anforderungen an gesamte Fach- bzw. Teilgebiete: Mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden Anforderungen an Fachgebiete, nicht an Leistungen gestellt.

Bevor jedoch diese vier Möglichkeiten genauer beschrieben werden, soll als fünfte Option erwähnt werden, dass es sinnvoll sein kann, in der künftigen Krankenhausplanung Bedarfe auch an Leistungen orientiert zu berücksichtigen, z. B. für spezifische regionale Leistungsangebote wie Interventionelle Gastroenterologie. Bereits im Gutachten des SVR Gesundheit 2007 wird als Alternative neben einer Detail- (bzw. Fachgebiets-) und Rahmenplanung eine Leistungsplanung genannt (BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007: Nr. 410). Diese sei jedoch „nur ungenau möglich [...] und [könne] de facto zu planwirtschaftlichen Rationierungen führen“ (BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007: Nr. 410). Dagegen hebt der SVR Gesundheit im Jahr 2018 – elf Jahre später – eine „auf medizinische Leistungen ausgerichtete Krankenhausplanung“ als sehr positiv hervor, da sie unterschiedliche Versorgungsstufen und den notwendigen bzw. optimalen Personal- und Gerätebedarf berücksichtigen könne (BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018: Nr. 211, 226). Die „leistungsorientierte Planung“ der Schweiz wird gar als „Inspiration“ für Deutschland dargestellt (BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018: Nr. 498). Würde sich also in der Tat die Krankenhausplanung hin zu einer mehr leistungsorientierten Planung entwickeln, könnten zukünftig auch leistungsspezifische Indikatoren (unabhängig von einem Bezug zu Patientensicherheit) planungsrelevant werden. Einer Fachabteilung oder einem Standort würde bei „nicht nur vorübergehend in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ nur die Zulassung zu einer Einzelleistung, nicht aber für

punktueller Qualitätsmängel, gemessen mit einem der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren mit Bezug zu Patientensicherheit, anhaltend vorliegen. Dies kann z. B. bei chirurgischen Abteilungen geschehen, die Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs operieren und in den entsprechenden Qualitätsindikatoren aus dem Bereich der Mammachirurgie „unzureichende“ Qualität aufweisen. Hier kann die chirurgische Abteilung bestehen bleiben, verliert jedoch die Zulassung für die Durchführung von Operationen bei Brustkrebs.

ihre gesamte Fachabteilung bzw. ihren gesamten Standort entzogen. Dieses Vorgehen entspräche auch dem „Widerruf von Abrechnungsgenehmigungen“, die in der ambulanten Versorgung von den Kassenärztlichen Vereinigungen bei Nichterreichen von definierten Qualitätsstandards ausgesprochen werden können. Umgekehrt würden bei „guter“ Qualität in spezifischen Indikatoren einer Fachabteilung bzw. einem Standort weitere oder aufbauend neue Leistungen zugeschrieben.

Die vier o. g. Möglichkeiten werden im Folgenden genauer beschrieben und die jeweiligen Schwierigkeiten dargestellt.

6.1 Anforderungen einzelner Qualitätsindikatoren an Leistungen

Im Rahmen der aktuellen gesetzlichen Qualitätssicherung werden über Qualitätsindikatoren Anforderungen an einzelne Leistungen und insgesamt an Leistungsbereiche gestellt. Damit diese Planungsrelevanz im Sinne der Intervention erlangen, wurde im Rahmen des Abschlussbericht des IQTIG zur Auswahl und Umsetzung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (IQTIG 2016a) zunächst auf Indikatoren mit einem Bezug zu Patientensicherheit fokussiert. Es wurden aus den Indikatoren, die bereits gemäß QSKH-RL erhoben werden, solche Qualitätsindikatoren ausgewählt, die einen Bezug zu schweren oder letalen Patientenschäden aufweisen. Maßstäbe sind die inhaltlichen Zielsetzungen der Indikatoren bzw. die Qualitätsziele der Qualitätsindikatoren sowie deren Referenzbereiche. Durch das Qualitätsziel eines Indikators bzw. dessen inhaltlichen Bezug zur Patientensicherheit ergibt sich die Planungsrelevanz bezogen auf eine gesamte Fachabteilung: Kann diese einen Qualitätsmangel bei der Patientensicherheit nicht abstellen, ergibt sich die Bewertung mit „unzureichender“ Qualität bereits auf Basis eines einzelnen Indikators, da Patientensicherheit stets in der Verantwortlichkeit der gesamten Abteilung liegt.

Auch bei Neuentwicklungen weiterer planungsrelevanter Qualitätsindikatoren können Indikatoren, die einen Bezug zur Patientensicherheit aufweisen, im Indikatorenset enthalten sein. Diese können dann alleine zu einer Bewertung einer gesamten Fachabteilung mit „in einem erheblichen Maß unzureichender Qualität“ führen, da eine krankenhauplanerische oder aufsichtsrechtliche Intervention unmittelbar gerechtfertigt ist.

Umgekehrt kann „gute“ Qualität bei einer Leistung, gemessen auch mit einem einzelnen Qualitätsindikator in den Dimensionen Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung) oder Patientenzentrierung, eine krankenhauplanerische Auswahlentscheidung unterstützen. Soll in diesem Rahmen die Qualität einer Fachabteilung eingeschätzt werden, obliegt es den Planungsbehörden, ob und welche planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für diesen Planungszweck innerhalb eines Indikatorensets in ihrem Bundesland maßgeblich sind und welche ggf. nicht ihren Planungszielen entsprechen. Ihnen obliegt auch die Entscheidung, ob sie einen Rückschluss auf eine gesamte Fachabteilung ziehen und eine Fachabteilung bei Auswahlentscheidungen gegenüber einer anderen Fachabteilung bevorzugt wählen. Dabei können sie einem Standort mit „guter“ Qualität weitere Kapazitäten – für gleiche oder ähnliche Leistungen – zuschreiben. Dabei muss allerdings sichergestellt werden, dass nicht Bewertungsergebnisse „mäßig unzureichender“ oder gar „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ in anderen Indikatoren des Indikatorensets vorliegen.

6.2 Anforderungen an typische Leistungen eines Fach- bzw. Teilgebiets

Eine Qualitätsmessung aller Leistungen einer Fachabteilung ist nicht möglich. Zum einen ist das Leistungsspektrum verschiedener Fachabteilungen desselben Fach- oder Teilgebiets sehr heterogen, zum anderen ist das Leistungsspektrum insgesamt zu breit, als dass es komplett durch eine Qualitätssicherung abgebildet werden könnte, da sowohl die Indikatorenentwicklung als auch die QS-Dokumentation der Krankenhäuser an ihre Grenzen stoßen würden. In Kapitel 3 wurde jedoch an den Beispielen der Fachgebiete Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie ein Konzept vorgelegt, mit dem typische Leistungen eines Fachgebiets (Grundleistungsbereiche) ermittelt werden können.

Bei einer Entwicklung von Qualitätsindikatoren für diese definierten Grundleistungsbereiche bzw. zunächst Leistungsbündel würde die gesetzliche Qualitätssicherung weiterhin Anforderungen an Leistungen bzw. Indikationen stellen: Dabei würde es sich nach vorliegendem Konzept (siehe Kapitel 3) um typische Leistungen eines Fachgebiets handeln. Für diese typischen Leistungen werden Qualitätsindikatoren entwickelt, die z. B. das Erreichen primärer Behandlungsziele oder eine adäquate Indikationsstellung abbilden. Diese Qualitätsindikatoren sind einzeln nicht in der Lage, Qualität einer gesamten Fachabteilung abzubilden. Erst in der gemeinsamen qualitativen Bewertung mehrerer Qualitätsindikatoren aus einem Set im Sinne einer Gesamtschau (Variante C) wird eine Aussage über eine gesamte Fachabteilung möglich (siehe Abschnitt 5.5.2). Wird im Rahmen der qualitativen Bewertung die „unzureichende“ Qualität nach einer im Vorfeld festgelegten Verknüpfungsregel in verschiedenen Indikatoren in relevantem Ausmaß festgestellt, ist die Aussage „in einem erheblichen Maß unzureichend“ für das gesamte Leistungsbündel bzw. den gesamten Grundleistungsbereich und damit die gesamte betreffende Fachabteilung möglich. Werden nur einzelne Leistungen eines Grundleistungsbereichs erbracht, obliegt die Bewertung der Aussagekraft der Landesplanungsbehörde, die das jeweilige Leistungsspektrum einer Fachabteilung kennt.

6.3 Anforderungen einzelner Qualitätsindikatoren an Leistungen und Bildung eines Index

Mithilfe eines übergreifenden, quantitativen Index oder Scores, der verschiedene Qualitätsindikatoren zu einer Maßzahl aggregiert, könnte auch bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren die Qualität eines größeren Leistungsspektrums betrachtet werden: Eine übergeordnete Sicht auf eine gesamte Fachabteilung bzw. einen Grundleistungsbereich oder ein Leistungsbündel wäre möglich, wenn entsprechende Qualitätsindikatoren für die relevanten Aspekte zur Verfügung stehen. Bei der Nutzung eines quantitativen Index auch für den Verfahrenszweck Krankenhausplanung würde das Überschreiten eines Schwellenwerts des Index – zumindest für die Feststellung von „in erheblichem Maße unzureichender Qualität“ – zu einer qualitativen Bewertung führen. Im Rahmen der sich anschließenden Analyse der Ursachen der Auffälligkeit sowie bei der Qualitätsförderung würden aber wiederum die Einzelindikatoren betrachtet werden, womit sich der Vorteil der aggregierten Darstellungsweise verschiedener Indikatorergebnisse gegenüber einer Einzelbetrachtung von Indikatoren wieder relativiert. Auch das Ergebnis eines quan-

titativen Index für die Darstellung „guter“ Qualität müsste sorgfältig validiert werden, um mögliche Dokumentationsfehler auszuschließen. Daher ist in einem Validierungsverfahren auch eher zu prüfen, inwieweit den positiven Angaben und Ergebnissen auch wirklich eine entsprechend gute Versorgung zugrunde liegt.

Der Nutzen eines Index bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bzw. bei den einzelnen Planungszwecken ist bei der Verfahrensentwicklung aufgrund der Komplexität des Konstrukts und des Verlusts an Informationen gegenüber den einzelnen Indikatorergebnissen für die Planungsbehörden sorgfältig zu prüfen. Er wird sich bei krankenhausplanerischen Auswahlentscheidungen eher eignen als bei Entscheidungen zur Intervention, weil bei letzterer die Bewertung des einzelnen Mangels wichtiger ist als die Gesamtbewertung. Eine Schwierigkeit besteht – wie in Kapitel 5 beschrieben – in der Festlegung eines oder mehrerer Schwellenwerte zwischen den rechnerischen Kategorien eines quantitativen Index. Dabei müssen aufgrund unterschiedlicher Fallzahlen in den Grundgesamtheiten der Indikatoren und unterschiedlicher Schwere der nicht eingehaltenen Anforderungen (leichte versus schwere Komplikationen; seltene Komplikationen versus häufige Prozesse) sowie aufgrund unterschiedlicher Skalenniveaus komplexe Verfahren zur Gewichtung, Normalisierung und Aggregation angewendet werden. Zudem müsste bei einer Indexbildung darauf geachtet werden, dass keine Kompensation von „unzureichenden“ mit „guten“ Indikatorergebnissen erfolgt und dass das Problem der Gewichtung der Qualitätsindikatoren angemessen gelöst wird. Zusätzlich zu den Qualitätsanforderungen an Qualitätsindikatoren müssten die daraus gebildeten Indizes oder Scores ausgewogen, repräsentativ, ausreichend differenzierend und den verschiedensten Anwendungssituationen angemessen sein. Für eine Beschreibung der wesentlichen Eigenschaften eines Index wird auf die „Methodischen Grundlagen V1.1s“ des IQTIG verwiesen (IQTIG 2018b: Abschnitt 15.4.2).

6.4 Anforderungen an gesamte Fach- bzw. Teilgebiete

Entwickelt man Anforderungen bzw. planungsrelevante Qualitätsindikatoren nicht für Leistungen oder Indikationen, sondern für Fach- bzw. Teilgebiete (z. B. Chirurgie oder Viszeralchirurgie), können diese unmittelbar eine Aussage über die Qualität einer gesamten Fachabteilung geben. Eine Verknüpfung mit Leistungen ist dann nicht möglich – es kann sich demnach nur um Strukturindikatoren handeln, die nicht über einen Fallbezug erfasst werden.

Allerdings gelten solche Anforderung dann nur für Fachabteilungen, die sich diesem Fach- bzw. Teilgebiet zuordnen lassen. Beispielsweise müssten ausgewiesene Fachabteilungen für Viszeralchirurgie definierte Anforderungen an das Teilgebiet erfüllen, während Fachabteilungen für Allgemeinchirurgie (Fachgebiet Chirurgie) die gleichen Leistungen erbringen könnten, ohne die für das Teilgebiet der Viszeralchirurgie definierten Anforderungen einzuhalten. Ebenfalls gälten Anforderungen an Mammazentren nicht für chirurgische Fachabteilungen, die die gleichen Leistungen erbringen dürften. Dieser fehlende Leistungsbezug ist daher aus Sicht der Qualitätssicherung eher kritisch zu werten. So weisen auch alle bisherigen Struktur-Richtlinien des G-BA OPS- oder ICD-Listen auf und müssen daher nur dann eingehalten werden, wenn bestimmte Leistungen auch erbracht werden oder Patientinnen und Patienten mit bestimmten Indikationen versorgt werden (z. B. Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma, QBAA-

RL)¹¹. Mindestanforderungen an Fachabteilungen ohne Leistungs- oder Indikationsbezug zur Nutzung im Zusammenhang mit Zulassungsentscheidungen sind jedoch denkbar. Anforderungen an gesamte Fachabteilungen wären durch allgemeine Strukturanforderungen (z. B. Facharztstandard, Personalquoten, apparative oder räumliche Strukturen, Anteil an fachweitergebildetem Pflegepersonal als Indikator für Pflegequalität) oder anhand von Querschnittsthemen (z. B. Hygiene, systematische Schmerztherapie, Arzneimitteltherapiesicherheit oder Entlassmanagement, Teilnahme an bundesweiten Surveillancesystemen) möglich.

6.5 Fazit

Nach vorliegendem Konzept kann die Versorgungsqualität einer Fachabteilung entweder über einzelne Indikatoren mit Bezug zu Patientensicherheit, über die Definition von Indikatorensets für Grundleistungsbereiche und Leistungsbündel, die Bildung eines Index oder durch allgemeine Anforderungen an die gesamte Fachabteilung bewertet werden. Die Realisierbarkeit und Sinnhaftigkeit der beiden letztgenannten Punkte muss in der Indikatorenentwicklung für den jeweiligen Planungszweck sorgfältig erwogen werden.

¹¹ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma. In der Fassung vom 13. März 2008, zuletzt geändert am 6. Dezember 2017, in Kraft getreten am 1. Januar 2018. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/65/> (abgerufen am 25.09.2018).

7 Evaluation der Veränderungen der Versorgungsqualität durch planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Der letzte Gegenstand des G-BA-Auftrags zur Erstellung eines Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bezieht sich auf die Evaluation des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* und der darin eingesetzten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (Auftragsgegenstand 2e). Demgemäß soll im Rahmen des Konzepts dargestellt werden, „wie Veränderungen der Versorgungsqualität als Folge der Anwendung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren evaluiert werden können“ (G-BA 2017).

Der vorliegende Auftrag zur Erstellung eines Konzepts zur Evaluation der Veränderung der Versorgungsqualität durch das Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* ist dabei von einer Evaluation der Umsetzung der plan. QI-RL abzugrenzen. Für Letzteres wurde das IQTIG bereits mit der Begleitevaluation gemäß § 16 plan. QI-RL gesondert beauftragt. Im Rahmen der Begleitevaluation sollen die in der plan. QI-RL geregelten Prozesse hinsichtlich ihrer Praktikabilität und Umsetzung in der Einführungsphase der Richtlinie evaluiert werden (G-BA 2018a).

Die nachfolgenden Darstellungen des Evaluationskonzepts orientieren sich am „Rahmenkonzept Evaluation“, das vom BQS-Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH im Auftrag des G-BA erstellt wurde (Veit et al. 2013). Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass die folgenden Ausführungen noch keinen Evaluationsplan darstellen. Daher werden verschiedene Inhalte eher skizziert, die in einem konkreten Evaluationsplan weiter auszuarbeiten sind. Das vorliegende Evaluationskonzept liefert hierfür jedoch bereits grundlegende Überlegungen und Vorarbeiten.

7.1 Ziel und Zweck der Evaluation

Aus dem Auftrag des G-BA ergibt sich als Ziel der Evaluation, die Auswirkungen des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* und der dabei eingesetzten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auf die Veränderung der Versorgungsqualität darzulegen. Dies bezieht sich sowohl auf die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Intervention als auch zur Zulassung und Auswahl.

Eine Veränderung der Versorgungsqualität kann dabei grundsätzlich auf drei unterschiedlichen Ebenen erfolgen und evaluiert werden:

- Versorgungsqualität der einzelnen Krankenhausstandorte
- regionale Versorgungsqualität innerhalb eines Bundeslandes
- Versorgungsqualität eines gesamten Bundeslandes

Jeder dieser drei Evaluationsebenen hat methodische, inhaltliche und/oder quantitative Einschränkungen, die später noch anzusprechen sind.

Eine Evaluation, die sich lediglich der Ergebnisqualität widmet, wird bei Mängeln in der Zielerreichung nicht feststellen können, ob es an der mangelnden Durchführung des Verfahrens liegt

oder ob auch bei korrekter Durchführung des Verfahrens die gewünschten Ergebnisse nicht erreicht wurden, weil das Verfahren insgesamt nur eine eingeschränkte Wirksamkeit zeigte.

Daher sind zusammenfassend auch die aus den Ergebnissen des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* abgeleiteten Reaktionen und Konsequenzen

- der Krankenhäuser,
- der Planungsbehörden,
- der Krankenkassen,
- der Patientinnen und Patienten und
- der Medien

zu beschreiben und im Hinblick auf die bewirkten Veränderungen zu analysieren.

Die Evaluation hat den Zweck, handlungsrelevante Verbesserungspotenziale für das Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* zu identifizieren. Die Ergebnisse einer zukünftig beauftragten Evaluation können dem G-BA somit als handlungsorientierte Entscheidungsgrundlage zur Steuerung des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* dienen.

7.2 Gegenstand der Evaluation

Der Gegenstand der Evaluation sind die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die derzeit im Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* gemäß Liste des G-BA (G-BA 2016b) zum Planungszweck Intervention eingesetzt werden, sowie die zukünftig neu entwickelten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zum Zweck der Krankenhausplanung (Intervention, Zulassung, Auswahl), die „gute“ oder „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ anzeigen können. Im Folgenden werden daher sowohl das Ziel als auch der Hintergrund des Verfahrens und der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren dargelegt (Abschnitte 7.2.1 und 7.2.2). Darüber hinaus wird auf die Wirkung und Auswirkung des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* eingegangen, indem die eingebundenen Akteure und deren Aktionen sowie die intendierten und nicht intendierten Auswirkungen des Verfahrens beschrieben werden (Abschnitt 7.2.3).

7.2.1 Ziele des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren*

Mit dem KHSG hat der Gesetzgeber zusätzlich die Qualität als Kriterium für die Krankenhausplanung eingeführt, indem er in § 1 Abs. 1 KHG „das Zielkriterium einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern [...] um das Ziel der qualitativ hochwertigen [...] Versorgung als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung erweitert“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 35) hat. Zu diesem Zweck wurde der G-BA beauftragt, „Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln (planungsrelevante Indikatoren), die als Kriterien und Grundlage für Planungsentscheidungen der Länder geeignet sind“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015). Daraus können zwei übergeordnete Ziele des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* abgeleitet werden:

- Ermöglichung von bundesweit einheitlichen qualitätsorientierten Entscheidungen durch die Landesplanungsbehörden (vgl. auch § 2 Abs. 2 plan. QI-RL)
- Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser (§ 1 Abs. 1 KHG)

7.2.2 Hintergrund des bestehenden Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren*

In einem ersten Schritt beauftragte der G-BA daher das IQTIG, die bereits vorhandenen, gemäß QSKH-RL erhobenen, Qualitätsindikatoren dahingehend zu prüfen, ob sie als Grundlage für die qualitätsorientierte Entscheidung geeignet sind, und geeignete Indikatoren auszuwählen (G-BA 2016a). Vor dem Hintergrund der Empfehlungen des IQTIG im entsprechenden Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (IQTIG 2016a) erfolgte durch den G-BA die Erstellung der plan. QI-RL, deren Erstfassung am 24. März 2017 im Bundesanzeiger veröffentlicht wurde und entsprechend in Kraft getreten ist.¹² Der Richtlinie gesondert beigelegt ist eine beschlossene Liste von gegenwärtig elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus den QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)*, *Ge-burtshilfe* sowie *Mammachirurgie* (G-BA 2016b).

Im Weiteren erfolgt dementsprechend die Beschreibung der Prozesse gemäß der geltenden plan. QI-RL und den darin festgelegten Qualitätsindikatoren, die zur krankenhauserischen Intervention genutzt werden können. Diese skizzierten Prozesse können so auch für die weiteren neu entwickelten Qualitätsindikatoren zur Intervention gelten. Für neu entwickelte planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Zulassung und Auswahl (z. B. Strukturindikatoren und Indikatoren zur Abbildung „guter“ Qualität) und zur nachfrage- und qualitätsorientierten Kapazitätsplanung kann ein entsprechender Prozess an dieser Stelle noch nicht dargestellt werden, weil solche Indikatoren derzeit noch nicht entwickelt und die entsprechenden Prozesse demnach noch nicht festgelegt sind. Voraussichtlich bedarf es aber ggf. einiger Anpassungen (z. B. hinsichtlich der Notwendigkeit einer Datenvalidierung oder eines Stellungnahmeverfahrens mit fachlicher Bewertung sowie ggf. einer qualitativen Zuordnung). Dies ist bei der Erstellung des Evaluationsplans zu berücksichtigen.

Gemäß der Regelungen der plan. QI-RL erfolgt die Datenerfassung für die derzeit festgelegten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auf Grundlage der Richtlinie nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V (QSKH-RL; vgl. § 4 Abs. 1 plan. QI-RL). Für neu entwickelte und in die Liste der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aufgenommenen Indikatoren kann zukünftig eine Datenerfassung gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL; G-BA 2018b) notwendig werden (z. B. bei Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen) oder direkt gemäß plan. QI-RL, wenn diese dementsprechend angepasst werden würde.

¹² Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Absatz 1 SGB V i. V. m. § 136c Absatz 1 und Absatz 2 SGB V. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, in Kraft getreten am 24. März 2017. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1368/plan-QI-RL_2016-12-15_iK_2017-03-24.pdf (abgerufen am: 19.09.2018).

Die Datenübermittlung für die derzeitigen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren erfolgt quartalsweise (§ 6 plan. QI-RL). Die Berechnung der Indikatoren (u. a. rechnerische sowie statistische Auffälligkeiten) erfolgt anhand von prospektiv festgelegten Rechenregeln und Referenzbereichen (§ 8 plan. QI-RL). Zusätzlich werden eine Überprüfung der Richtigkeit der Dokumentation und daraufhin ggf. eine Neuberechnung der Indikatoren vorgenommen (§ § 9 und 10 plan. QI-RL). Die gesamten Ergebnisse (u. a. quartalsweise Auswertungsergebnisse, Jahresauswertungen und ggf. neu berechnete Jahresauswertungen) werden den Krankenhäusern zurückgemeldet (§ § 7, 9, 10 plan. QI-RL). Mit Krankenhäusern mit statistisch auffälligen Ergebnissen in der Jahresauswertung findet im Anschluss ein Stellungnahmeverfahren statt, in dem die betroffenen Krankenhäuser zu ihrem auffälligen Ergebnis Stellung beziehen und möglicherweise relevante Ausnahmetatbestände anführen können (§ 11 plan. QI-RL). Auf Basis der Stellungnahmen nimmt das Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) eine fachliche Bewertung von möglichen relevanten Ausnahmetatbeständen vor. Hierzu zieht es beratend Fachkommissionen hinzu (§ § 11 und 12 plan. QI-RL). Die Auswertungsergebnisse des jeweiligen Erfassungsjahres, die Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung (§ 3 plan. QI-RL) der Ergebnisse sowie die Ergebnisse der fachlichen Bewertung nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens werden anschließend vom G-BA an die jeweiligen für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt (§ 13 plan. QI-RL).

Die Ergebnisse zu diesen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bzw. zu den zukünftig neu entwickelten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren können von den Landesplanungsbehörden im Rahmen ihrer krankenhauserplanerischen Interventionen bzw. bei Zulassungs- und Auswahlentscheidungen genutzt und die entsprechenden Feststellungsbescheide ggf. geändert, aufgehoben oder neu erteilt werden.

Grundsätzlich kann es bei der Nutzung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren jedoch verschiedene landesspezifische Besonderheiten geben. Gemäß § 6 Abs. 1a KHG besteht grundsätzlich für die Länder die Möglichkeit, „die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ganz oder teilweise“ auszuschließen, einzuschränken oder „weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand der Krankenhausplanung“ zu machen. Jedes Bundesland kann demnach per Landesrecht die automatische Übernahme der vom G-BA festgelegten Qualitätsindikatoren zur Krankenhausplanung ausschließen (sogenanntes Opt-out) oder ggf. auch eigene Qualitätsvorgaben zur Krankenhausplanung verwenden. Die Wahl des „Opt-out“ heißt aber nicht automatisch, dass die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im jeweiligen Bundesland generell gar nicht zur Anwendung kommen. Schließlich werden die Ergebnisse dieser Indikatoren für alle Krankenhausstandorte bundesweit veröffentlicht werden und bislang haben alle Bundesländer zu erkennen gegeben, dass sie diese Indikatoren nutzen wollen, jedoch nach eigener Vorgehensweise (z. B. aufsichtsrechtlich). Macht ein Bundesland von dieser Möglichkeit des „Opt-out“ keinen Gebrauch, finden die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren unmittelbar Eingang in die Krankenhausplanung des Bundeslandes, aber bei erhaltenem Ermessensspielraum der Planungsbehörden. Denn diese allein entscheiden, ob ein Ergebnis planungsrelevant ist oder nicht. Wenn es das ist, dann ist nach dem Prinzip der Verhältnismäßigkeit zu prüfen, mit welcher Maßnahme das Qualitätsproblem angemessen behoben werden kann. Die Schließung einer Abteilung ist

dabei nur eine Ultima Ratio, deren Androhung möglichst eine Behebung eines Qualitätsmangels bereits im Vorwege bewirken kann.

Für die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen besteht diese Möglichkeit des „Opt-out“ jedoch nicht. Diese dürfen generell mit nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern keinen Versorgungsvertrag (mehr) abschließen, wenn diese gemäß der vom G-BA übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien „nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweis[en]“ oder „die im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsanforderungen nicht nur vorübergehend und in einem erheblichem Maß nicht erfüllt [...] werden“ (§ 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Darüber hinaus hat gemäß § 110 Abs. 1 Sätze 2 und 3 SGB V eine Kündigung von bestehenden Versorgungsverträgen zu erfolgen, „wenn der in § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 genannte Kündigungsgrund vorliegt“ und „die Kündigungsgründe nicht nur vorübergehend bestehen“. Gemäß § 109 Abs. 3 SGB V werden Abschluss und Ablehnung von Versorgungsverträgen jedoch erst wirksam, wenn sie von der zuständigen Landesbehörde genehmigt wurden.

7.2.3 Auswirkungen des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren*

Als Evaluationsziel wurde die Darlegung der Auswirkungen des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* auf die Veränderung der Versorgungsqualität formuliert (Abschnitt 7.1). Es handelt sich demnach um eine Evaluation des Zielerreichungsgrads des Verfahrens (Veit et al. 2013) oder auch um eine Wirkungsevaluation. Die Wirkung von Maßnahmen kann grundsätzlich anhand mehrerer Dimensionen unterschieden werden, so u .a. intendierte und nicht intendierte Auswirkungen. Evaluationen der Auswirkungen von Maßnahmen können sich demnach sowohl auf intendierte als auch auf nicht intendierte Auswirkungen der Maßnahme fokussieren (Widmer und De Rocchi 2012). Demgemäß werden nach dem Auftragsverständnis des IQTIG im vorliegenden Konzept zur Evaluation der Auswirkungen des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* auf die Veränderung der Versorgungsqualität sowohl die intendierten als auch die nicht intendierten Auswirkungen des Verfahrens adressiert.

Zu Beginn der Erstellung eines Evaluationskonzeptes bzw. der Planung einer Intervention ist die Erstellung eines logischen Modells oder auch Wirkmodells sinnvoll (W. K. Kellogg Foundation 2004, Blettner et al. 2018). Die Darstellung und Differenzierung der verschiedenen Wirkungsstufen (Input, Prozess, Output, Outcome sowie Impact) einer Maßnahme oder eines Programms soll den Evaluatoren „dabei helfen, ‚sowohl die kurz- wie auch langfristigen Wirkungen eines Programms mit dessen Aktivitäten und den zugrunde liegenden theoretischen Annahmen zu verbinden‘, um ein möglichst umfassendes Bild davon zu erhalten, wie das betreffende Programm (die betreffende Maßnahme) funktioniert“ (Widmer und De Rocchi 2012: 70). Das logische Modell (im Folgenden Wirkmodell) kann zudem als Unterstützung dabei dienen, die relevanten Fragestellungen der Evaluation zu entwickeln (W. K. Kellogg Foundation 2004).

Vor diesem Hintergrund wurde die Wirkung des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* und der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren analysiert und aufbereitet, um daraufhin die relevanten Evaluationsfragen ableiten zu können. Im Folgenden werden dementsprechend zum einen die Akteure und die Wirkungen des Verfahrens *Planungsrelevante Qua-*

Qualitätsindikatoren beschrieben (Abbildung 16) und zum anderen ein konkretes Wirkmodell der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren dargestellt (Abbildung 17). Daran schließt sich die Darlegung der intendierten und nicht intendierten Auswirkungen des Verfahrens an.

Am Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* sind verschiedene Akteure des Gesundheitswesens beteiligt, deren Aktionen direkt und indirekt Auswirkungen auf die Versorgungsqualität haben können (Abbildung 16). Dies ist zum einen auf Bundesebene der G-BA, der das Verfahren und die Inhalte der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren festlegt und der die Ergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren jährlich veröffentlicht. Die Veröffentlichung der Ergebnisse kann sowohl Reaktionen der betroffenen Krankenhäuser als auch der Öffentlichkeit (z. B. Resonanz in der Presse) und auch der Patientinnen und Patienten auslösen, was ggf. Auswirkungen auf die Krankenhausstandorte und nachfolgend auch auf die Versorgungsqualität in einem Bundesland oder einer Region (z. B. Landkreis) haben kann (z. B. Schließung von Fachabteilungen oder Streichung von Leistungen aufgrund des öffentlichen Drucks oder des Rückgangs von Patientenzahlen). Zum anderen sind es auf Landesebene die Planungsbehörden der Länder sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bei ihren Entscheidungen im Rahmen der Landeskrankenhausplanung bzw. der Vertragsgestaltungen mit Krankenhäusern einbeziehen und daraufhin Feststellungsbescheide für Krankenhäuser erteilen, ändern oder aufheben bzw. Versorgungsverträge abschließen oder kündigen. Sowohl die Ergebnisveröffentlichung durch den G-BA als auch die Entscheidungen der Landesplanungsbehörden und Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen haben eine direkte Wirkung auf die (betroffenen) Krankenhausstandorte des jeweiligen Bundeslandes und somit auch indirekt Auswirkungen auf die Versorgungsqualität des Bundeslandes bzw. von Regionen.

Wie oben bereits angedeutet, soll das Verfahren möglichst Krankenhäuser schon frühzeitig zu einer Behebung der Qualitätsmängel oder zu einer freiwilligen Beendigung bestimmter Versorgungsleistungen bewegen, sodass der planerische Akt eher eine Ultima Ratio darstellt. Daher ist anzunehmen, dass auch schon allein die Einführung eines Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* eine direkte Wirkung auf die Krankenhausstandorte und deren Versorgungsqualität haben wird, sei es durch Kooperations- oder durch Vermeidungsstrategien (siehe intendierte und nicht intendierte Auswirkungen).

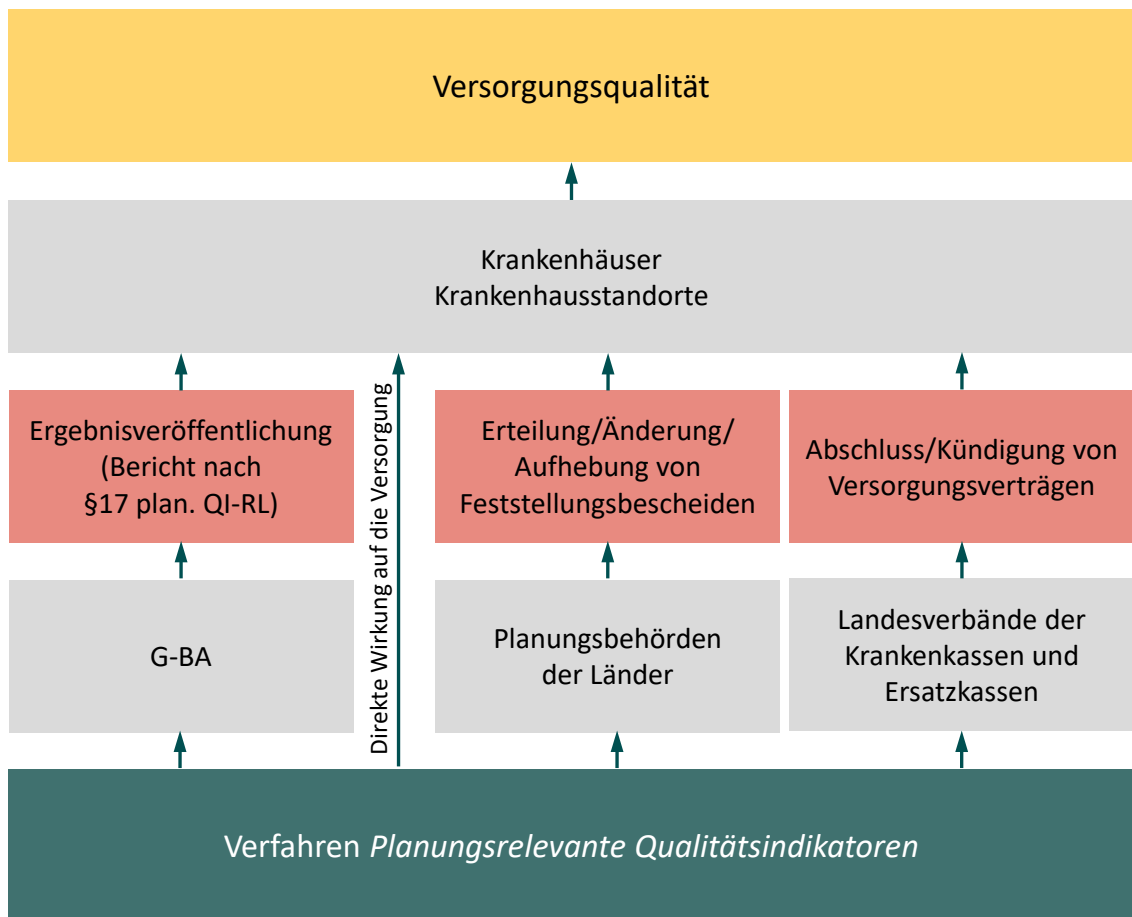


Abbildung 16: Akteure (grau) und Aktionen des Verfahrens Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Detailliertes Wirkmodell

Vor dem Hintergrund der allgemeinen Wirkung des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* werden im Weiteren die detaillierten Wirkungsstufe des Verfahrens dargestellt und beschrieben (Abbildung 17). Das Wirkmodell orientiert sich dabei an den Vorgaben und Prozessen der geltenden plan. QI-RL und bildet somit vorwiegend die Wirkung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Intervention ab. Jedoch wird in der Beschreibung der verschiedenen Wirkungsstufen auch jeweils auf die Besonderheiten von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Zulassung und Auswahl eingegangen.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung. Abschlussbericht

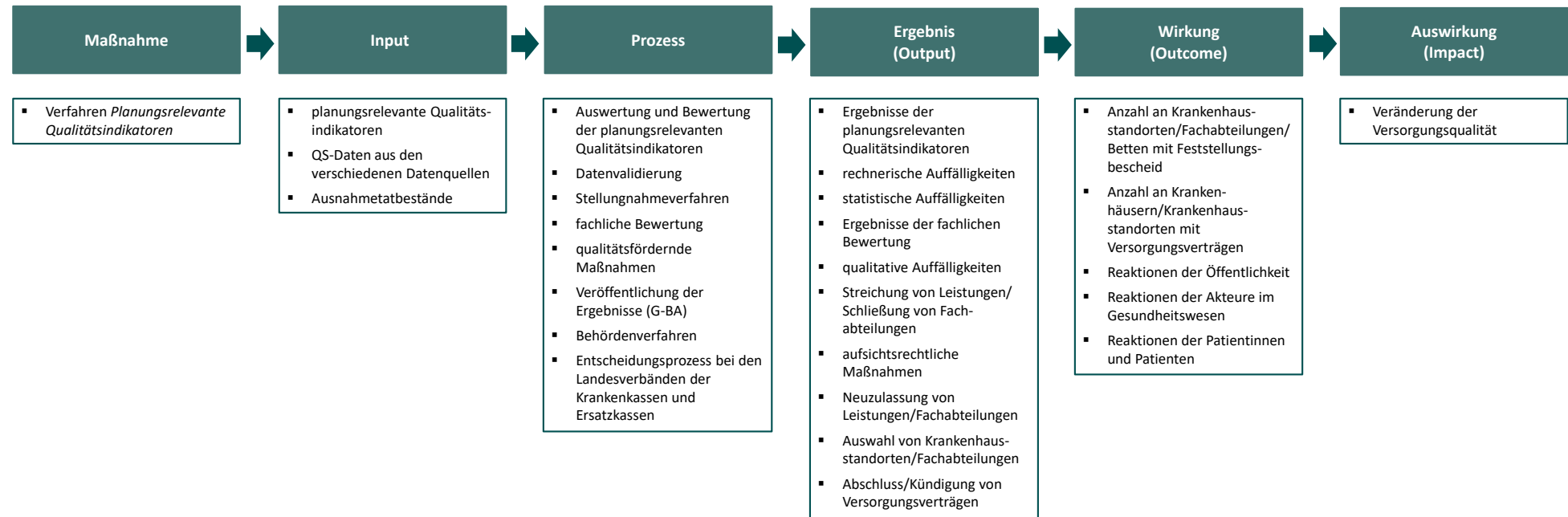


Abbildung 17: Wirkmodell des Verfahrens Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Unter der Wirkstufe „Input“ wird aufgeführt, welche Ressourcen im Rahmen eines Programms bzw. einer Maßnahme (hier: das Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren*) zur Verfügung stehen, mit denen die vorgesehene Intervention und deren Prozesse durchgeführt werden können (W. K. Kellogg Foundation 2004). Im Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* gehen als „Input“ die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren mit den entsprechenden Rechenregeln in den Prozess der Auswertung und Bewertung der Krankenhäuser ein. Dies sind derzeit elf planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung. Zukünftig kann die Liste der Indikatoren durch neu entwickelte planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Intervention, aber auch zur Zulassung und Auswahl erweitert werden. Zusätzlich zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren stellen die auf Grundlage der plan. QI-RL erfassten QS-Daten einen Input dar, der für den Prozess der Auswertung und Bewertung der Ergebnisse der Krankenhäuser die Grundlage bildet. Zurzeit liegen hierfür ausschließlich Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation der Krankenhäuser vor. Bei neu entwickelten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren können jedoch auch Daten aus weiteren, für die Qualitätssicherung zur Verfügung stehenden Datenquellen (z. B. Sozialdaten bei den Krankenkassen) bzw. Erfassungsinstrumenten (z. B. einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, Patientenbefragung) einbezogen sein. Neben den QS-Daten können bei den derzeit angewendeten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und auch den zukünftig neu entwickelten Indikatoren zudem noch verschiedene Ausnahmetatbestände, von denen die Krankenhäuser betroffen sind, in den Prozess der Bewertung der Ergebnisse eingehen.

Zur Wirkstufe „Prozess“ gehören Aktivitäten, die im Rahmen der Maßnahme auf Grundlage des eingehenden Inputs durchgeführt werden, um das beabsichtigte Ergebnis zu erhalten (W. K. Kellogg Foundation 2004). Auf Basis der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und den prospektiv festgelegten Rechenregeln und Referenzbereichen können entsprechend im ersten Schritt die Auswertung und Bewertung der Indikatoren zur Intervention, Zulassung oder Auswahl stattfinden. Bei den Indikatoren zur Intervention erfolgt zusätzlich ggf. noch eine Datenvalidierung sowie ein Stellungnahmeverfahren mit fachlicher Bewertung gemäß plan. QI-RL (siehe Abschnitt 7.2.1). Darüber hinaus können gemäß § 11 Abs. 2 der plan. QI-RL, falls erforderlich, mit auffälligen Krankenhäusern qualitätsfördernde Maßnahmen (Besprechung, Begehung) gemäß § 12 Abs. 2 und 3 QSKH-RL durchgeführt werden. Hierbei ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die aufgeführten Prozesse so für die derzeitigen elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß plan. QI-RL festgelegt sind. Es kann angenommen werden, dass diese Prozesse auch für die weiteren, neu entwickelten Indikatoren durchgeführt werden. Wie die Prozesse Auswertung/Bewertung, Datenvalidierung oder Stellungnahmeverfahren etc. bei Qualitätsindikatoren zur Zulassung oder Auswahl bzw. nachfrage- und qualitätsorientierten Kapazitätsplanung im Besonderen gestaltet werden (müssen), ist zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht festgelegt.

Darüber hinaus werden in einem zweiten Schritt des Prozesses die generierten Ergebnisse zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vom G-BA veröffentlicht. Zudem werden die Ergebnisse der Indikatoren an die Landesplanungsbehörden zur Nutzung im Behördenverfahren und an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt. Von den Lan-

desverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen werden die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in ihren Entscheidungsprozess bezüglich des Abschlusses oder der Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern miteinbezogen (Abschnitt 7.2.2).

Für Wirkungsevaluationen sind aber vor allem die letzten drei Wirkstufen „Ergebnis (Output)“, „Wirkung (Outcome)“ und „Auswirkung (Impact)“ und deren Differenzierung wichtig (Widmer und De Rocchi 2012). Unter „Ergebnis (Output)“ werden dabei die direkten Ergebnisse eines Programms oder einer Maßnahme zusammengefasst. Die Stufe „Wirkung (Outcome)“ bezieht sich auf die Wirkung der Maßnahme bei den direkten Adressaten. Die Stufe „Auswirkung (Impact)“ beschreibt die Auswirkungen, die jenseits des direkten Adressatenkreises eintreten (z. B. gesellschaftliche oder hier gesundheitssystembezogene Auswirkungen; W. K. Kellogg Foundation 2004, Widmer und De Rocchi 2012).

Den Output des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* stellen die verschiedenen auf Basis der Indikatoren und ggf. des Stellungnahmeverfahrens generierten Ergebnisse dar. Dies sind beispielsweise die Auswertungsergebnisse der einzelnen Indikatoren, die Ergebnisse zu rechnerischen und statistischen Auffälligkeiten (bei Indikatoren zur Intervention), die Ergebnisse der fachlichen Bewertung (z. B. Anerkennung eines Ausnahmetatbestands) oder die Ergebnisse zu qualitativen Auffälligkeiten, wie „in erheblichem Maß unzureichende“, „mäßig unzureichende“ bzw. „mittlere“ oder „gute“ Qualität der Krankenhäuser. Insgesamt werden die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren als Maß für die patientenrelevante Versorgungsqualität betrachtet. Allerdings können Veränderungen in der Versorgungsqualität auf verschiedene Einflüsse zurückgeführt werden (verzerrende Faktoren durch andere QS-Maßnahmen oder Interventionen außerhalb der Qualitätssicherung). Verbesserungen dürfen nur mit Vorsicht dem Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* direkt zugeordnet werden. Hingegen kann es sein, dass die Behebung von Qualitätsmängeln bei einer kleinen Zahl an Krankenhäusern sich in den Bundes- oder Landesauswertungen gar nicht bemerkbar macht, obwohl es vor Ort eine deutliche Verbesserung gibt. Eine weitere Folge des Verfahrens sind die Maßnahmen der Planungsbehörden zur Initiierung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen durch die Krankenhäuser (aufsichtsrechtliche Maßnahmen, z. B. Auflagen, Abmahnungen) und ggf. darüber hinausgehende Entscheidungen der Landesplanungsbehörden bezüglich einer Änderung, Aufhebung oder neuen Erteilung eines Feststellungsbescheids und somit zur Streichung von Leistungen, Leistungsbündeln, ganzen Grundleistungsbereichen oder Schließung von Fachabteilungen in einem Krankenhaus, Zulassung zur Erbringung von Leistungen bzw. Eröffnung von Fachabteilungen oder auch zur Auswahl von Krankenhausstandorten bzw. Fachabteilung zur Erbringung weiterer Leistungen. Ebenso zählt zum Output des Verfahrens das Ergebnis aus dem Entscheidungsprozess der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen hinsichtlich des Abschlusses bzw. der Kündigung von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern.

Die genannten Ergebnisse („Output“) des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* (Erteilung, Änderung, Aufhebung von Feststellungsbescheiden, Abschluss bzw. Kündigung von Versorgungsverträgen) haben eine unmittelbare Wirkung („Outcome“) auf die Krankenhausstandorte bzw. Krankenhäuser und deren Leistungsspektrum. So kann es sein, dass Krankenhäu-

ser oder Fachabteilungen, die Leistungen nur in (erheblich) „unzureichender“ Qualität erbringen, diese Leistungen ggf. nicht länger erbringen dürfen bzw. von sich aus nicht länger erbringen. Bei nachgewiesener „guter“ Qualität können die Krankenhäuser dagegen das Betreiben neuer Fachabteilungen oder die Erbringung weiterer Leistungen genehmigt bekommen oder auch bei der Verteilung von weiteren Betten für den Krankenhausstandort oder eine bestimmte Fachabteilungen den Zuschlag erhalten. Die direkte Wirkung des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* kann demzufolge zum einen an der Anzahl der Krankenhausstandorte, Fachabteilungen bzw. Betten, die von den Planungsbehörden auf Basis der Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vergeben oder verändert wurden, sowie an der Anzahl der Krankenhäuser mit denen ein Versorgungsvertrag abgeschlossen oder ein Versorgungsvertrag gekündigt wurde, gemessen werden. Daneben können aber auch alleine bereits die Veröffentlichung der Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und die dadurch ggf. ausgelösten Reaktionen der Öffentlichkeit (z. B. Publikationen in der Presse), von weiteren Akteuren aus dem Gesundheitswesen (z. B. Patientenberatungsstellen) und der Patientinnen und Patienten selbst eine Wirkung auf die Krankenhäuser bzw. Krankenhausstandorte haben. So ist es möglich, dass Krankenhausstandorte bereits von alleine Verbesserungsmaßnahmen initiieren oder aufgrund von öffentlichem Druck oder eines Rückgangs von Patientenzahlen in der Konsequenz bestimmte Leistungen aus ihrem Leistungsangebot streichen (müssen) bzw. ggf. auch ganze Fachabteilungen schließen (müssen).

Die Wirkung des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* hat dabei nicht nur Konsequenzen für das Leistungsvolumen bzw. -spektrum der Krankenhausstandorte, sondern diese Wirkungen können in der Folge ebenfalls Auswirkungen (Impact) auf die Versorgungsqualität in einem Bundesland, einer Region und letztlich für die Patientinnen und Patienten haben und diese positiv oder unter Umständen auch negativ verändern. Dabei können, wie oben erwähnt, intendierte und nicht intendierte Auswirkungen unterschieden werden.

Intendierte Auswirkungen

Als vom Gesetzgeber intendierter Impact des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* kann eine Verbesserung der Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten angenommen werden. Dementsprechend wäre es eine positive Auswirkung des Verfahrens, wenn Krankenhäuser oder Fachabteilungen, die Leistungen nur in (erheblich) „unzureichender“ Qualität erbrachten, diese Mängel entweder sehr schnell beheben oder wenn sie alternativ diese Leistungen nicht länger erbringen dürfen bzw. von sich aus nicht länger erbringen. Die stationäre Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten würde insgesamt verbessert werden, wenn diese dann ausschließlich von solchen Krankenhäusern behandelt würden, die die betreffenden Leistungen in zureichender Qualität erbringen. Eine weitere positive Auswirkung des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* könnte sein, dass die Anwendung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bei Zulassungs- und Auswahlentscheidungen durch die Landesplanungsbehörden dazu führt, dass die Qualität der Versorgungsangebote regional für die Patientinnen und Patienten verbessert wird.

Nicht intendierte Auswirkungen

Neben den skizzierten beabsichtigten Auswirkungen des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* kann deren Anwendung aber auch nicht intendierte Auswirkungen auf die Versorgungsqualität nach sich ziehen. So könnte es möglicherweise aufgrund der Anwendung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren dazu kommen, dass die Krankenhäuser ihr Qualitätsmanagement bevorzugt auf die Versorgungsleistungen fokussieren, die mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren erfasst werden, und dabei andere, nicht vom Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* adressierte Versorgungsleistungen vernachlässigt werden.

Durch eine Schließung von Fachabteilungen oder auch ggf. nur Streichung von Leistungen wird nicht nur das Leistungsspektrum des jeweiligen Krankenhauses reduziert, sondern dies könnte gleichzeitig auch das Versorgungsangebot in der betreffenden Region einschränken und den Zugang von Patientinnen und Patienten zur stationären Versorgung (z. B. durch längere Fahrzeiten) erschweren, sofern die Planungsbehörden dies nicht verhindern oder nicht verhindern können.

7.3 Fragestellungen der Evaluation

Die Fragestellungen von Evaluationen können sich auf jede Stufe des Wirkmodells beziehen (Widmer und De Rocchi 2012). Gemäß des G-BA-Auftrags soll es das Ziel der vorgesehenen Evaluation sein, die Veränderung der Versorgungsqualität durch die Anwendung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu untersuchen. Der Schwerpunkt der Evaluation ist demnach der „Impact“ des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* (siehe Abschnitt 7.2.3). Die beiden vorausgehenden Stufen des Wirkmodells „Ergebnis (Output)“ und „Wirkung (Outcome)“ sind teilweise auch Gegenstand der beauftragten Begleitevaluation der plan. QI-RL (G-BA 2018a) und sie werden für die vorgesehene summative Evaluation als funktionierende Wirkungskette vorausgesetzt.

Abgeleitet aus dem im G-BA-Auftrag genannten Evaluationsziel werden im nachfolgenden Fragestellungen vorgeschlagen, anhand derer die Veränderung der Versorgungsqualität (sowohl intendierte als auch nicht intendierte Auswirkungen) im Rahmen einer Evaluation untersucht werden können. Hierbei adressieren die Fragestellungen die drei zuvor genannten Ebenen auf der eine Veränderung der Versorgungsqualität gemessen werden kann:

- Versorgungsqualität der einzelnen Krankenhausstandorte
- regionale Versorgungsqualität innerhalb eines Bundeslandes
- Versorgungsqualität eines gesamten Bundeslandes

Dabei ist schon der Begriff der regionalen Versorgungsqualität ein komplexes Konstrukt, dessen Umsetzung in einer Evaluation erst konkretisiert werden müsste und ggf. nur exemplarisch umgesetzt werden kann. Die Fragestellungen können sich auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität beziehen (Veit et al. 2013). Fragestellungen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität können dabei zum einen die Versorgungsqualität von einzelnen Krankenhäusern bzw. Krankenhausstandorten, aber auch übergreifend von mehreren Krankenhäusern/Krankenhausstandorten in einer definierten Region (z. B. Landkreis) oder allen Krankenhäusern/Krankenhausstandorten eines gesamten Bundeslandes ansprechen (Systemqualität).

Da – wie oben bereits angesprochen – Veränderungen der Versorgungsqualität stets verschiedenen Einflüssen unterliegen, dürfte ihre Messung für eine Evaluation nicht ausreichen. Zusätzlich sind die strukturellen Veränderungen und direkten Reaktionen der beteiligten Akteure des Gesundheitswesens als Folge der Ergebnisse des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* darzustellen und zu bewerten. Nicht zuletzt ist auch die Auswahl und Gestaltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu hinterfragen.

Die nachfolgend aufgeführten Fragestellungen gelten ebenso sowohl für die Evaluation der Veränderungen der Versorgungsqualität durch die derzeit angewendeten elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung als auch für die Evaluation der zukünftig neu entwickelten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Intervention, Zulassung und Auswahl. Dabei ist jedoch zu beachten, dass sich nicht alle der nachfolgend aufgeführten Fragen zur Evaluation der Auswirkung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren jedes Planungszwecks eignen (z. B. Fragestellungen zur Veränderung der Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Zeitverlauf eignen sich nicht für die Evaluation der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu Zulassung oder Auswahl). Teilweise werden die Fragen bereits in der vom G-BA beim IQTIG beauftragten Begleitevaluation adressiert (G-BA 2018a).

Die Fragestellungen zu den Indikatorergebnissen sind:

1. Wie haben sich die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Zeitverlauf verändert?
 - Wie haben sich die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Vergleich zu der Zeit vor ihrer Anwendung als planungsrelevante Qualitätsindikatoren verändert?
 - Wie haben sich die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren eines QS-Verfahrens im Vergleich zu den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren des QS-Verfahrens, die ausschließlich zur Qualitätsförderung eingesetzt werden, verändert?
2. Wie hat sich die Anzahl der Auffälligkeiten der Krankenhäuser im Zeitverlauf verändert?
 - Wie hat sich die Anzahl der statistisch auffälligen Krankenhäuser im Zeitverlauf verändert?
 - Wie hat sich die Anzahl der rechnerisch auffälligen Krankenhäuser im Zeitverlauf verändert?
3. Wie haben sich die qualitativen Auffälligkeiten („in erheblichem Maß unzureichende“, „mäßig unzureichende“ bzw. „mittlere“ oder „gute“ Qualität) im Zeitverlauf verändert?
4. Wie unterscheiden sich die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bzw. die Anzahl der Auffälligkeiten der Krankenhäuser einzelner Regionen bzw. Bundesländer?
 - Wie sind die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Vergleich einzelner Regionen bzw. Bundesländer?
 - Wie haben sich die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Vergleich einzelner Regionen bzw. Bundesländer im Zeitverlauf verändert?
 - Wie ist die Anzahl der rechnerisch bzw. statistisch auffälligen Krankenhäuser im Vergleich einzelner Regionen bzw. Bundesländer?

- Wie hat sich die Anzahl der rechnerisch bzw. statistisch auffälligen Krankenhäuser im Vergleich einzelner Regionen bzw. Bundesländer im Zeitverlauf verändert?
- Wie sind die Ergebnisse zu qualitativen Auffälligkeiten („in erheblichem Maß unzureichende“, „mäßig unzureichende“ bzw. „mittlere“ oder „gute“ Qualität) im Vergleich einzelner Regionen bzw. Bundesländer?
- Wie haben sich die Ergebnisse zu qualitativen Auffälligkeiten („in erheblichem Maß unzureichende“, „mäßig unzureichende“ bzw. „mittlere“ oder „gute“ Qualität) im Vergleich einzelner Regionen bzw. Bundesländer im Zeitverlauf verändert?

Die Fragestellungen zu den Folgen der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind:

- Wie ist die Anzahl der Krankenhäuser, die von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren betroffene Leistungen erbringen?
- Wie hat sich die Anzahl der Krankenhäuser, die von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren betroffene Leistungen erbringen, verändert?
- Wie viele Krankenhäuser haben aufgrund der Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren eine betroffene Fachabteilung von sich aus geschlossen?
- Bei wie vielen Krankenhäusern wurden auf Basis der Ergebnisse von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aufsichtsrechtliche Maßnahmen (z. B. Zielvereinbarungen) eingeleitet?
- Bei wie vielen Krankenhäusern wurden auf Basis der Ergebnisse von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren neue Fachabteilungen zugelassen?
- Wie viele Krankenhäuser wurden auf Basis der Ergebnisse von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für neue Leistungen bzw. neue Krankenhausbetten ausgewählt bzw. zugelassen (bzw. wie viele Krankenhausbetten wurden auf dieser Basis neu verteilt oder zugelassen)?
- Bei wie vielen Krankenhäusern wurden auf Basis der Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren Leistungen gestrichen bzw. Fachabteilungen geschlossen?
- Mit wie vielen Krankenhäusern wurde auf Basis der Ergebnisse von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren kein Versorgungsvertrag mehr abgeschlossen bzw. ein bestehender Versorgungsvertrag gekündigt?
- Mit wie vielen Krankenhäusern wurde auf Basis der Ergebnisse von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ein neuer Versorgungsvertrag abgeschlossen?
- Wie ist die regionale Verteilung des Leistungsangebots für die von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren betroffenen Versorgungsbereiche (z. B. Geburtshilfe)?
- Wie hat sich die regionale Verteilung des Leistungsangebots für die von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren betroffenen Versorgungsbereiche (z. B. Geburtshilfe) verändert?
- Wie ist die wohnortnahe Verfügbarkeit (z. B. Fahrzeiten) für Leistungen, die mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren adressiert werden?
- Wie hat sich die wohnortnahe Verfügbarkeit (z. B. Fahrzeiten) für Leistungen, die mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren adressiert werden, verändert?

Die aufgeführten Fragen stellen eine erste Formulierung der Fragestellungen zur Evaluation der Wirkung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren dar. Für diese Fragestellungen müssen von einem Evaluator im Weiteren Evaluationskennziffern abgeleitet, konkretisiert und operationalisiert sowie Bewertungskriterien festgelegt werden (Veit et al. 2013). Gegebenenfalls muss

auf ein Stichprobenverfahren zurückgegriffen werden, um die Evaluation im Hinblick auf den Aufwand realisierbar zu halten. Darüber hinaus müssen Überlegungen zur Begründung einer Kausalitätsannahme angestellt werden und die Analyseergebnisse an Kausalitätskriterien gemessen werden. So z. B. muss bei der Analyse der Ergebnisse berücksichtigt werden, dass sich eine Veränderung der Anzahl an Krankenhausstandorten, die von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren betroffenen Leistungen erbringen, nicht nur aufgrund des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* ergeben kann, sondern eine Entscheidung, u. a. diese Leistungen nicht mehr zu erbringen oder unter Umständen auch ganze Fachabteilungen zu schließen, auch aufgrund zahlreicher anderer Faktoren vorgenommen werden kann (z. B. aufgrund der finanziellen Förderung der Schließung von Krankenhäusern oder Fachabteilungen durch den mit dem KHSG eingerichteten Strukturfonds zur Verbesserung der Strukturen in der Krankenhausversorgung; KHSFV, BGBl. I S. 2350). Solche andere Faktoren, deren Einfluss teilweise nur schwer bestimmt werden kann, stellen die zentralste Limitation einer etwaigen Evaluation dar.

Die Ableitung und Operationalisierung von Evaluationskennziffern sind kein Bestandteil des vorliegenden Evaluationskonzepts, dies muss im Rahmen der Erstellung eines konkreten Evaluationsplans durch den Evaluator erfolgen. Eine wichtige Voraussetzung zur Operationalisierung der Evaluationskennziffern ist es, geeignete Datenquellen auszuwählen, mit der die Kennziffern valide gemessen werden können (Veit et al. 2013). Darüber hinaus gilt es, ein geeignetes Evaluationsdesign festzulegen. Bei der Erstellung des Evaluationsplans dürfen auch zeitgleich durchgeführte QS-Verfahren oder beeinflussende verzerrende Faktoren außerhalb der Qualitätssicherung, die ggf. die Wirkung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verzerren, nicht außer Acht gelassen werden.

7.4 Datenquellen und Evaluationsdesign

Für die Beantwortung der in Abschnitt 7.3 aufgeführten unterschiedlichen Fragestellungen sind verschiedene Daten aus unterschiedlichen Datenquellen sowie unterschiedliche Vorgehensweisen bezüglich des Evaluationsdesigns notwendig. Daher wird im Folgenden auf mögliche, relevante Datenquellen zur Evaluation und deren Verfügbarkeit (Tabelle 9) sowie auf denkbare Evaluationsdesigns eingegangen.

Bei Evaluationen können zur Beantwortung der Fragestellungen grundsätzlich Methoden sowohl der quantitativen als auch qualitativen Sozialforschung (z. B. strukturierte Interviews, Befragungen) genutzt werden. Da Evaluationen darauf ausgerichtet sind, konkrete Problemstellungen anzugehen, kann es dabei sinnvoll und notwendig sein, verschiedene Methoden, z. B. durch einen Methodenmix oder eine Triangulation, zur Beantwortung der Fragestellung(en) miteinander zu kombinieren (Widmer und De Rocchi 2012).

Tabelle 9: Relevante Datenquellen für eine Evaluation und ihre Verfügbarkeit

Datenquellen	Verfügbarkeit
QS-Daten aus der fallbezogenen QS-Dokumentation aus den QS-Verfahren (Bundes- und Landesergebnisse)	sofort verfügbar
QS-Daten aus der einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation (Strukturabfragen) aus den QS-Verfahren (Bundes- und Landesergebnisse)	sofort verfügbar
Sozialdaten bei den Krankenkassen	auf Antrag oder durch Festlegung in der Richtlinie
Abrechnungsdaten nach § 21 KHEntgG	auf Antrag
Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser	sofort verfügbar
Krankenhausstatistik des Statistischen Bundesamtes (Anzahl von Krankenhäusern oder Fachabteilungen, Häufigkeiten von Leistungen pro Fachabteilung)	sofort verfügbar bzw. auf Antrag
Daten zur Raumstruktur und -entwicklung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung	auf Antrag
Patientenbefragungen	zu entwickeln und zu erheben
Befragungen von/Interviews mit Krankenhäusern, Landesplanungsbehörden oder Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen	zu erheben
Literaturrecherche (z. B. Presseberichte)	sofort verfügbar

Bei der Operationalisierung der aus den Evaluationsfragestellungen abgeleiteten Evaluationskennziffern ist dann zu prüfen, welche Datenquelle bzw. Daten sich zur Abbildung der Kennziffern eignen und dementsprechend zur Beantwortung der Fragestellung herangezogen werden können. Dies muss im Rahmen eines detaillierten Evaluationsplans weiter ausgearbeitet werden.

Mögliche Evaluationsdesigns

Auf Basis der oben aufgeführten Datenquellen kommen als Studiendesign ausschließlich retrospektive Beobachtungsstudien infrage. Am deutlichsten können dabei die durch eine Maßnahme / ein Verfahren hervorgerufenen Veränderungen anhand von Vergleichen festgestellt werden (Veit et al. 2013). So können Veränderungen z. B. durch

- einen historischen Vergleich,
- einen Vergleich von teilnehmenden mit nicht teilnehmenden Akteuren oder
- durch einen Vergleich mit einer Erhebung vor der Einführung der QS-Maßnahme (Nullpunktmessung)

verdeutlicht werden (Veit et al. 2013).

Eine Art „Nullpunktmessung“ wäre im Rahmen der Evaluation von Auswirkung des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* möglich, jedoch voraussichtlich lediglich für die elf aus den QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung abgeleiteten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren umsetzbar. Hier besteht die Möglichkeit eines Vorher-Nachher-Vergleichs, da auf langjährige Ergebnisse zu diesen Qualitätsindikatoren aus der Zeit, als sie im Regelbetrieb ausschließlich zur Qualitätsförderung eingesetzt wurden, zurückgegriffen werden kann. Diese Ergebnisse können dann mit den Ergebnissen der Indikatoren ab dem Zeitpunkt, zu dem sie auch als planungsrelevante Qualitätsindikatoren angewendet wurden, verglichen werden. Zwar wird auch für die neu entwickelten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vorgeschlagen, diese in den ersten Erfassungsjahren unter den Bedingungen der Qualitätsförderung in den Regelbetrieb einzuführen (siehe Abschnitt 4.2). Es ist jedoch zu hinterfragen, ob sich die Daten aus dieser Erprobungszeit (ohne eine geprüfte Reife der Indikatoren im Regelbetrieb) für einen validen Vorher-Nachher-Vergleich eignen.

Zusätzlich könnte theoretisch im Rahmen der Evaluation in einer Art „Fall-Kontroll-Design“ der Vergleich von an der QS-Maßnahme teilnehmenden mit nicht teilnehmenden Akteuren durchgeführt werden. Einige Bundesländer haben eine automatische Berücksichtigung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Rahmen der Krankenhausplanung über ihre jeweiligen Landeskrankengesetze ausgeschlossen (z. B. Bayern¹³ und Nordrhein-Westfalen¹⁴), was aber nicht heißt, dass sie mit den Qualitätsindikatorergebnissen nicht trotzdem arbeiten werden. Zudem können Bundesländer, die die Möglichkeit des „Opt-out“ nicht gewählt haben, dennoch durch ihren Ermessensspielraum einen unerwünschten Strukturwandel in ihrem Land verhindern. Man wird also sehr genau nachverfolgen müssen, welche Länder sich wie verhalten, um dann Vergleiche zwischen zögernden und stark initiativen Ländern durchführen zu können. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren erfolgt durch den G-BA (§ 17 plan. QI-RL) jedoch für alle Bundesländer, sodass dieser Einflussfaktor für alle Bundesländer gleich ist.

Demnach kann im methodischen Sinne zwar keines der Bundesländer als eine korrekte, unbeeinflusste Kontrollgruppe gelten. Dennoch scheint ein Vergleich verschieden agierender Bundesländer sinnvoll und möglich.

7.5 Durchführung der Evaluation

Das hier beschriebene Konzept für eine Evaluation der Auswirkungen der Anwendung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren soll den Rahmen einer zukünftigen Evaluation in diesem Bereich sowie grundlegende Voraussetzungen zur Planung dieser Evaluation darlegen. Eine umfassende Ausarbeitung der Inhalte (Evaluationsdesign, Evaluationskennziffern und konkrete Bewertungskriterien, Organisation und Ablauf der Evaluation sowie zeitliche Planung) sollte in einem noch zu beauftragenden konkreten Evaluationsplan erfolgen. Auf Basis des Evaluationsplans kann dann die Umsetzung der Evaluation erfolgen.

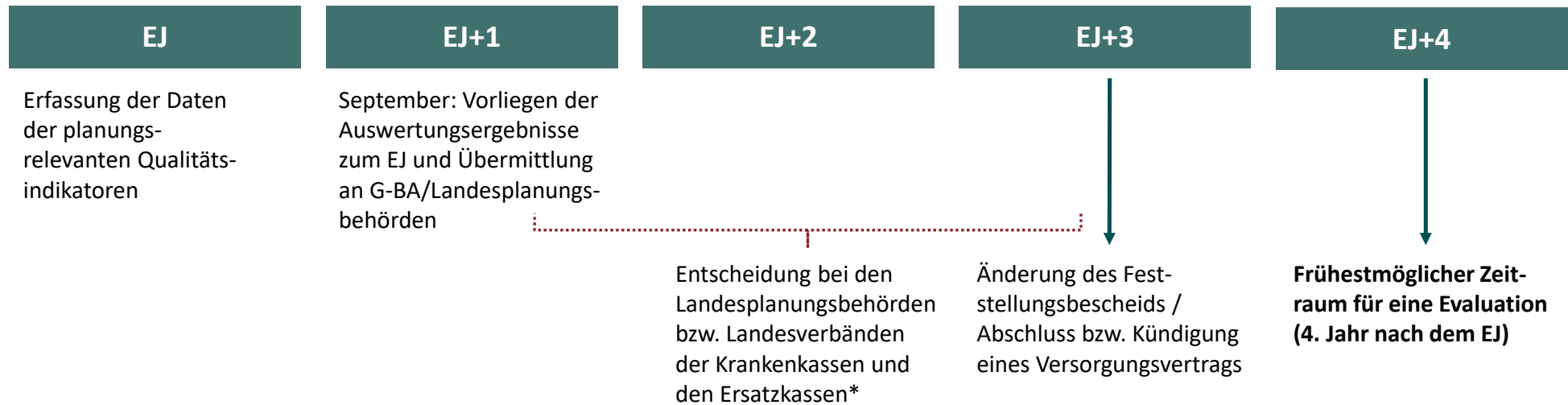
¹³ Artikel 4 Abs. 1 Bayerisches Krankenhausgesetz

¹⁴ § 13 Abs. 2 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen

Bezüglich der zeitlichen Gestaltung der Evaluation ist es wichtig zu eruieren, zu welchem Zeitpunkt eine Evaluation sinnvoll ist und gestartet werden sollte. Dies ist gerade vor dem Hintergrund sinnvoll, dass sich bestimmte Wirkungen und auch Nebenwirkungen erst nach einer gewissen Zeit und oftmals mit Verzögerungen zeigen (Veit et al. 2013). Abbildung 18 zeigt auf, wann der frühestmögliche Zeitpunkt für eine abschließende Evaluation der Auswirkungen der derzeitigen elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung sein kann.

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung. Abschlussbericht



*Zeitraum abhängig von der Definition „nicht nur vorübergehend“

Abbildung 18: Frühestmöglicher Evaluationszeitpunkt für die elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung im Verfahren Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Für die in einem Erfassungsjahr (EJ) angewendeten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren liegen gemäß der derzeitigen Regelungen der plan. QI-RL im März des Jahres, das auf das Erfassungsjahr folgt (EJ+1), die vollständigen Ergebnisse vor. Die Auswertungsergebnisse (u. a. Indikatorergebnisse, Ergebnisse der fachlichen Bewertung) werden bis zum 30. September des EJ+1 vom G-BA an die Landesplanungsbehörden sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen übermittelt. Der Zeitraum des anschließenden Behördenverfahrens bei den Landesplanungsbehörden ist zeitlich offen und abhängig von der Auslegung bzw. Definition der jeweiligen Landesplanungsbehörden einer „nicht nur vorübergehend in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“. Wird davon ausgegangen, dass hierfür mindestens zwei Jahre in Folge angesetzt werden, kann es zu einer Änderung des Feststellungsbescheids für die Krankenhäuser frühestens im dritten Jahr nach der ersten Erfassung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren kommen (EJ+3). Direkt mit Erhalt des geänderten Feststellungsbescheids darf das betroffene Krankenhaus die entsprechenden Leistungen nicht mehr erbringen. Daraus folgende mögliche Auswirkungen auf die Versorgungsqualität für die Patientinnen und Patienten treten jedoch vermutlich nicht sofort ein, weshalb eine Evaluation der Veränderungen der Versorgungsqualität erst mit einem gewissen zeitlichen Abstand sinnvoll erfolgen kann und sollte. Als frühestmöglicher Zeitraum für eine Evaluation im Rahmen des Verfahrens *Planungsrelevanter Qualitätsindikatoren* mit den derzeit festgelegten elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wird daher das vierte Jahr nach erstmaliger Erfassung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren empfohlen.

Zu einem möglichen, sinnvollen Evaluationszeitpunkt für weitere neu entwickelte Qualitätsindikatoren zur Intervention und auch zur Zulassung oder Auswahl kann zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Aussage getroffen werden. Hierbei müssen z. B. verschiedene Follow-up-Zeiträume der neu entwickelten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Übermittlungsfristen für die zur Auswertung benötigten Daten (z. B. bei den Sozialdaten bei den Krankenkassen) berücksichtigt werden. Jedoch sollte bei einer Beauftragung zur Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bereits eine Evaluation der Anwendung der Indikatoren im Regelbetrieb mitbedacht werden, um eine sinnvolle Nullpunktmessung einplanen und ermöglichen zu können.

8 Diskussion und Empfehlungen

8.1 Zusammenschau

Im Folgenden sollen die im Bericht genannten Planungszwecke mit ihren jeweiligen Themen, Bezügen, Anforderungen, Dimensionen oder Bewertungszusammenhängen in einer Zusammenschau betrachtet werden (Tabelle 10). Der Darstellung der Planungszwecke Zulassung, Auswahl und Intervention, die in Änderungen der Feststellungsbescheide münden können, folgt die Darstellung der nachfrage- und qualitätsorientierten (Angebots-)Kapazitätsplanung, die die Grundlage der anderen Planungszwecke bildet.

Für krankenhauserplanerische **Zulassungsentscheidungen** kommen Versorgungsbereiche zum einen mit ungedeckten Bedarfen, in denen neue Krankenhausstandorte zugelassen werden wollen, infrage. Für diesen Planungszweck können prospektive Mindestanforderungen (bzw. qualitätsbezogene Primäranforderungen) hinsichtlich der Strukturqualität der Einrichtungen gestellt werden, deren Einhaltung ggf. im Nachgang mithilfe von Prozess- und Strukturindikatoren aus der laufenden Versorgung geprüft werden können. Ein solches Verfahren stellt – bei wirksamer Überprüfung – das Einhalten von strukturellen Mindeststandards durch die Leistungserbringer sicher. Die Mindestanforderungen beziehen sich dabei auf Grundleistungsbereiche von Fachabteilungen, Fachgebiete bzw. Teilgebiete oder Querschnittsthemen. Für diesen Planungszweck können Indikatoren zur Patientensicherheit und Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung) entwickelt werden. Die Nichterfüllung von Mindestanforderungen zeigt unmittelbar „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ an (IQTIG 2018c). Ein mögliches alternatives Steuerungsinstrument wären Strukturqualitätsrichtlinien durch den G-BA, deren Einhaltung mithilfe der zukünftigen Richtlinie zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V kontrolliert werden könnte.

Zum Planungszweck der **Auswahl** von Krankenhausstandorten können im Grunde Indikatoren aller Qualitätsdimensionen eingesetzt werden (Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität aus der laufenden Versorgung). Ein Bezug zu typischen Leistungen eines Fachgebiets (Grundleistungsbereich) ist nicht erforderlich, vielmehr kann ein Krankenhaus planerisch gegenüber anderen Krankenhausstandorten auch aufgrund „guter“ Qualität bei spezifischen Leistungen ausgewählt werden. Auch können Indikatoren für die Abbildung „guter“ Qualität bei Querschnittsthemen entwickelt und für diesen Planungszweck eingesetzt werden. Auch Anforderungen an ein gesamtes Fachgebiet ermöglichen die Abbildung „guter“ Qualität. Hinsichtlich der OECD-Dimensionen kommen Indikatoren aus dem Bereich Patientenzentrierung, aber auch aus der Dimension Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung) für diesen Planungszweck infrage. Ein mögliches alternatives Steuerungsinstrument wäre das Verfahren *Qualitätszu- und -abschläge*, das jedoch bislang nicht im Regelbetrieb ist.

Für den Planungszweck der **Intervention** kommen grundsätzlich zwei Möglichkeiten infrage:

- Zum einen können bei (einzel-)leistungsbezogene Themen mit anhaltenden Mängeln in der Versorgungsqualität bzw. einzelnen Indikatoren der Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität aus der laufenden Patientenversorgung eingesetzt werden, wenn sie einen Bezug zur Patientensicherheit aufweisen. In diesem Fall kann mit ihrer Hilfe unmittelbar „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ bezogen auf eine gesamte Fachabteilung identifiziert werden.
- Zum anderen lässt sich bezogen auf typische Leistungen eines Fachgebiets (Grundleistungsbereiche), gesamte Fachgebiete bzw. Teilgebiete oder Querschnittsthemen mit Indikatoren zur Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität (erhoben aus der laufenden Patientenversorgung), die in festgelegter Weise einen Bezug zu Patientensicherheit aufweisen, „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ bewerten. Die Indikatoren können dabei der OECD-Dimension Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung) zugeordnet werden.
- Bezogen auf dieselben Einheiten und dieselbe OECD-Dimension können mithilfe von Indikatoren zur Strukturqualität Mindestanforderungen als Grundvoraussetzung zur Teilnahme an der Versorgung festgelegt werden, die auch in der laufenden Versorgung zu erfüllen sind. Deren Nichteinhaltung führt wiederum unmittelbar zu „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“. Die Indikatoren sollen dabei einen Bezug zu den OECD-Dimensionen Patientensicherheit oder Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung) aufweisen.

Die Qualitätsdimension Patientenzentrierung wird für den Planungszweck Intervention nicht herangezogen.

Die angestrebte Auflösung von anhaltenden Mängeln in der Versorgungsqualität (mit „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“) kann demnach erreicht werden

- durch einen starken Anreiz für Leistungserbringer, die Veränderung selbst herbeizuführen, z. B. durch
 - Publikation der Ergebnisse mit der Bewertung „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“: dies ist mit drohendem Ansehensverlust und drohender Minderung des Patientenzustroms zur Einrichtung verbunden;
 - durch Klärung zwischen der Planungsbehörde und dem betroffenen Krankenhaus, wie dieses zeitnah die notwendigen Veränderungen herbeiführen kann und wie dies überprüft werden soll,
 - durch Androhung einer Einschränkung der zugelassenen Leistungen im Feststellungsbescheid oder
- durch Einschränkung des Feststellungsbescheids im Sinne eines Leistungsausschlusses oder durch Herausnahme der Abteilung aus dem Krankenhausplan als Ultima Ratio.

Als mögliche Alternativen zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur krankenhauserischen Intervention kommen Qualitätszu- und -abschläge sowie die Richtlinie zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V infrage.

Die **(Angebots-)Kapazitätsplanung** betrachtet ganze Bundesländer oder kleinräumigere Regionen oder dort ansässige Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen. Mithilfe von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren könnte in der Zukunft die Versorgungsqualität eines Bundeslandes hinsichtlich mehrerer Qualitätsdimensionen nach OECD dargestellt werden sowie die Zielerreichung der Planung geprüft werden. Ein Schwerpunkt bildet dabei die Systemqualität. Bei bundeslandbezogener bzw. regionaler Betrachtung können Anteile an Fachabteilungen ausgewiesen werden, die anhand ihrer Ergebnisse verschiedenen Qualitätsbewertungskategorien zugeordnet wurden, bzw. könnte bei fallbezogener Erfassung ein auf die Anzahl der Fälle in der Region bzw. in dem Bundesland bezogenes Indikatorergebnis berechnet werden (analog zur Bundesauswertung). Solche landesbezogenen bzw. regionalen Auswertungen der Indikatoren der gesetzlichen Qualitätssicherung wurden in der Vergangenheit durch die auf Landesebene zuständigen Stellen teilweise bereits vorgenommen. Inwiefern sie bereits für krankenhauplanerische Entscheidungen nutzbar waren bzw. genutzt worden sind, ist unbekannt. Bei einer einrichtungsbezogenen Darstellung erfolgt die Differenzierung „guter“ bzw. „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ wie bei den anderen Planungszwecken dargestellt. Systemindikatoren, die zur Kapazitätsplanung eingesetzt werden, können entweder im Bereich der „guten“ oder der „mäßig unzureichenden“ bzw. „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ messen.

Tabelle 10: Zusammenschau des Konzepts zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Planungszwecke	Thema / Bezug zu Planungseinheit	Anforderungen	Qualitätsdimensionen nach Donabedian	OECD-Dimensionen	Bewertung von Qualität – Differenzierung „guter“ oder „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“	alternative Steuerungsinstrumente
Zulassung	<p>Versorgungsbereiche mit strukturellen Mängeln oder in denen neue Krankenhäuser tätig werden wollen in</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundleistungsbereichen bzw. Fachabteilungen ▪ Fach-/Teilgebieten bzw. Fachabteilungen ▪ Querschnittsthemen bzw. Fachabteilungen oder Krankenhausstandorten 	<p>Grundvoraussetzung zur Teilnahme an der Versorgung für alle Krankenhäuser (prospektive Mindestanforderungen bzw. qualitätsbezogene Primäranforderungen)</p>	<p>Strukturqualität, die prospektiv erhoben wird und ggf. später überprüft werden kann</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientensicherheit ▪ Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung) 	<p>Erfüllung von Mindestanforderungen, deren Nichteinhaltung „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ anzeigt</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Strukturqualitätsrichtlinien ▪ Richtlinie zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V
Auswahl	<p>Versorgungsbereiche, in denen Krankenhäuser mit guter Qualität krankenhauplanerisch besonders berücksichtigt werden sollen in</p>	<p>Anforderungen, die ggf. nicht alle Krankenhäuser erfüllen müssen</p>	<p>Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität aus der laufenden Patientenversorgung</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patienten-zentrierung ▪ Patientensicherheit ▪ Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, 	<p>Qualitätsindikatoren, die im Bereich „guter“ Qualität messen</p>	<p>Qualitätszu- und -abschläge</p>

Planungszwecke	Thema / Bezug zu Planungseinheit	Anforderungen	Qualitätsdimensionen nach Donabedian	OECD-Dimensionen	Bewertung von Qualität – Differenzierung „guter“ oder „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“	alternative Steuerungsinstrumente
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ (Einzel-)leistungsbezogenen Themen ▪ Querschnittsthemen bzw. Fachabteilungen oder Krankenhausstandorten ▪ Fach-/Teilgebieten bzw. Fachabteilungen 			adäquate Indikationsstellung)		
Intervention	(einzel-)leistungsbezogene Themen mit anhaltenden Mängeln in der Versorgungsqualität	einzelne Indikatoren mit Bezug zu Patientensicherheit	Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität aus der laufenden Patientenversorgung	Patientensicherheit	Qualitätsindikatoren, die im Bereich „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ messen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualitätszu- und -abschläge ▪ Richtlinie zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 1 SGB V
	Themen mit anhaltenden Mängeln in der Versorgungsqualität in <ul style="list-style-type: none"> ▪ Grundleistungsbereichen bzw. Fachabteilungen 	mehrere Indikatoren mit gemeinsamem Bezug zu Patientensicherheit	Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität aus der laufenden Patientenversorgung	Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung)	Gemeinsame Bewertung des Indikatorensets bei im Vorfeld festgelegten Konstellationen (Variante C), das im Bereich „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ misst	

Planungszwecke	Thema / Bezug zu Planungseinheit	Anforderungen	Qualitätsdimensionen nach Donabedian	OECD-Dimensionen	Bewertung von Qualität – Differenzierung „guter“ oder „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“	alternative Steuerungsinstrumente
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fach-/Teilgebieten bzw. Fachabteilungen ▪ Querschnittsthemen bzw. Fachabteilungen oder Krankenhausstandorten 	Grundvoraussetzung zur Teilnahme an der Versorgung für alle Krankenhäuser (Mindestanforderungen bzw. qualitätsbezogene Primäranforderungen)	Strukturqualität aus der laufenden Patientenversorgung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patientensicherheit ▪ Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung) 	Erfüllung von Mindestanforderungen, deren Nichteinhaltung „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ anzeigt	
nachfrage- und qualitätsorientierte (Angebots-) Kapazitätsplanung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regionen, Bundesländer (Systemqualität) ▪ alle Fachabteilungen oder Krankenhausstandorte 	z. B. Zugang zur Versorgung	Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität	z. B. Zugang zur Versorgung	Qualitätsindikatoren, die im Bereich „guter“ oder „mäßig unzureichender“ bzw. „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ messen (zur Differenzierung siehe Intervention)	

8.2 Schritte zur Umsetzung des Konzepts

Mit dem zweiten Teil des Beschlusses des G-BA vom 18. Mai 2017 (Folgauftrag 2) wurde das IQTIG beauftragt, ein Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung zu erstellen. Aus dem vorliegenden Konzept zur Auswahl von möglichen Versorgungsbereichen für die Krankenhausplanung, zur Identifikation von Grundleistungsbereichen der stationären Patientenversorgung, zur Ableitung von für die Krankenhausplanung geeigneten Qualitätsaspekten und Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie zur differenzierten Qualitätsbeurteilung, zur Bewertung der Versorgungsqualität von Fachabteilungen und zur Evaluation der Veränderungen der Versorgungsqualität durch planungsrelevante Qualitätsindikatoren haben sich verschiedene Änderungsbedarfe sowie Umsetzungshinweise ergeben, die vor oder bei einer Umsetzung des Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren berücksichtigt werden sollten.

Anpassungen der plan. QI-RL

- Neben planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Intervention können zukünftig ebenfalls Indikatoren zur Zulassung und Auswahl entwickelt und den Landesplanungsbehörden zur Verfügung gestellt werden. Zudem werden in der derzeitigen plan. QI-RL ausschließlich die Prozesse bezüglich der momentan festgelegten elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Intervention geregelt, deren Daten über die QSKH-RL erhoben werden. Neben den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung, die mit den in diesem Bereich etablierten Erfassungsinstrumenten der QS-Dokumentation bei den Leistungserbringern erhoben werden, wird es zukünftig jedoch auch neu entwickelte planungsrelevanten Qualitätsindikatoren geben, für die eine Erfassung über weitere, für die Qualitätssicherung zur Verfügung stehende Erfassungsinstrumente, wie z. B. die einrichtungsbezogene QS-Dokumentation, die Sozialdaten bei den Krankenkassen oder eine Patientenbefragung, notwendig sein wird. Aus diesen grundsätzlichen Änderungen ergibt sich für die derzeitige plan. QI-RL folgender Anpassungsbedarf: Anpassung der durch die Richtlinie definierten Prozesse im Hinblick auf planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Zulassung und Auswahl, z. B. Regelungen zur Datenübermittlung, Datenvalidierung sowie zum Stellungnahmeverfahren mit fachlicher Bewertung
- Anpassung der Richtlinie hinsichtlich der Datenübermittlung für die Auswertung von Indikatoren zur Strukturqualität, bei Strukturindikatoren muss in der Regel keine quartalsweise Datenübermittlung erfolgen

- Erweiterung der Richtlinie in besonderen Bestimmungen für planungsrelevante Qualitätsindikatoren (§ 5 plan. QI-RL) und Datenübermittlung (§ 6 Abs. 1 plan. QI-RL) über QSKH-RL hinaus (auch im Hinblick auf die Nutzung weiterer Datenquellen und Erfassungsinstrumente, wie z. B. Sozialdaten bei den Krankenkassen sowie Patientenbefragungen (gemäß Qesü-RL¹⁵ bzw. DeQS-RL))

Weitere Schritte zur Umsetzung

Mit dem vorliegenden Bericht hat das IQTIG ein Konzept u. a. dafür vorgelegt, wie geeignete Versorgungsbereiche für zukünftige planungsrelevante Qualitätsindikatoren ausgewählt werden können und wie eine Indikatorenentwicklung für Grundleistungsbereiche bzw. Fachabteilungen, Leistungsbündel bzw. auch Querschnittsthemen erfolgen kann.

Eine Neuentwicklung von Qualitätsindikatoren könnte dabei einerseits eine gemeinsame Entwicklung sowohl von Qualitätsindikatoren zur Qualitätsförderung als auch von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren umfassen (integrierte Beauftragung; Abbildung 8). Dies ist vor allem für zukünftige planungsrelevante Qualitätsindikatoren für den Planungszweck Intervention sinnvoll, da auch im Bereich der krankenhauplanerischen Intervention nicht auf Maßnahmen zur Qualitätsförderung verzichtet werden sollte. Andererseits wäre es für Qualitätsindikatoren für die Zwecke Zulassung und Auswahl ebenfalls denkbar, dass hierfür eine ausschließlich auf diese Planungszwecke fokussierte Entwicklung beauftragt wird (ausschließliche Beauftragung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren). Qualitätsindikatoren für Zulassungs- bzw. Auswahlentscheidung beziehen sich hauptsächlich auf strukturelle Mindestanforderungen an neue Abteilungen eines Versorgungsbereichs bzw. auf „gute“ Qualität. Qualitätsfördernde Maßnahmen, wie sie im Bereich der Qualitätsförderung, aber auch bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur krankenhauplanerischen Intervention als unverzichtbar eingeschätzt werden, werden im Hinblick auf die Erfüllung von Mindestanforderungen bzw. das Erreichen „guter“ Qualität nicht grundsätzlich als notwendig erachtet. Hinsichtlich der Entwicklung von reinen Auswahlindikatoren ist bei den Bundesländern aufgrund unterschiedlicher Zielsetzung und Schwerpunktplanungen von sehr heterogenem Bedarf auszugehen.

Für eine Beauftragung zur Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren kann sich das IQTIG generell mehrere Möglichkeiten vorstellen. Im ersten Schritt muss die Auswahl eines Versorgungsbereichs erfolgen. Zur Auswahl eines geeigneten Versorgungsbereichs wurden in Kapitel 2 verschiedene Kriterien herausgearbeitet, auf deren Grundlage der G-BA einen zu adressierenden Versorgungsbereich auswählen kann. Zur Unterstützung und Vorbereitung der Auswahl eines Versorgungsbereichs wäre es neben der Anwendung der hergeleiteten Kriterien zudem möglich, in einer Vollerhebung bei den Landesplanungsbehörden zu erfassen, welches die für sie relevanten Themen bzw. Versorgungsbereiche mit bestehendem planerischen Bedarf darstellen.

¹⁵ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 i. V. m. § 136 Abs. 1 Nr. 1 SGB V über die einrichtungs- und sektorenübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. April 2010, zuletzt geändert am 19. Oktober 2017, in Kraft getreten am 8. Februar 2018. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/72/> (abgerufen am 28.09.2018).

Nach Auswahl eines Versorgungsbereichs bestünde als erste Möglichkeit, das IQTIG damit zu beauftragen, das typische Leistungsspektrum des ausgewählten Versorgungsbereichs im Sinne von Grundleistungsbereichen bzw. Leistungsbündeln darzustellen, wie es auch bereits im vorliegenden Konzept für die Bereiche Viszeral- und Unfallchirurgie erfolgt ist. Eine Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für einen gesamten Grundleistungsbereich bzw. ein gesamtes Leistungsbündel wird vom IQTIG zwar als grundsätzlich möglich erachtet, jedoch würde dies – aufgrund der Breite und Heterogenität der Grundleistungsbereiche bzw. Leistungsbündel – eine aufwendige und (zeitlich) umfangreiche Entwicklungsarbeit bedeuten. Um möglichst zeitnah neue planungsrelevante Qualitätsindikatoren entwickeln und umsetzen zu können, empfiehlt das IQTIG daher, aus den definierten Grundleistungsbereichen bzw. Leistungsbündeln nochmals einzelne, abgegrenzte Leistungen auszuwählen und für diese planungsrelevante Qualitätsindikatoren für die Planungszwecke Zulassung, Auswahl und Intervention zu entwickeln. Als mögliche Leistungen könnten die in den Grundleistungsbereichen bzw. Leistungsbündeln quantitativ am häufigsten enthaltenen Leistungen bzw. Leistungen mit schwerwiegenden Folgen (z. B. Komplikationen, Morbidität, Mortalität) ausgewählt werden. Auf Basis dieser Leistungen können dann im Rahmen des üblichen Entwicklungsprozesses konkret die Qualitätsanforderungen bzw. -indikatoren herausgearbeitet werden, die die gewählten Leistungen am besten qualitativ beschreiben. In der Zusammenschau der Ergebnisse dieser leistungsbezogenen Qualitätsindikatoren wird dann eine gesamthafte Bewertung der Qualität für ein Leistungsbündel bzw. bei mehreren Qualitätsindikatoren aus verschiedenen Leistungsbündeln auch für einen gesamten Grundleistungsbereich ermöglicht (Variante C; siehe Abschnitt 5.5.2). Vorteil der dargelegten Möglichkeit ist, dass planungsrelevante Qualitätsindikatoren schrittweise eingeführt werden könnten, bis sie schließlich die Abbildung einer gesamten Fachabteilung ermöglichen würden. Als weiterhin vorteilhaft betrachtet werden könnte, dass die gesetzliche Qualitätssicherung bei ihrer Anknüpfung an einzelne Leistungen bleiben kann.

Für den Entwicklungsprozess würde dies bedeuten, dass im Rahmen der Konzeptstudie vor der eigentlichen Erarbeitung des Qualitätsmodells ggf. sowohl die Ausdifferenzierung von Grundleistungsbereichen bzw. Leistungsbündeln als auch die Festlegung der Leistungen, die im weiteren Entwicklungsprozess adressiert werden können, erfolgen muss. Auf Basis einer ausgewählten Leistung könnten dann die weiteren Entwicklungsschritte (Indikatorenentwicklung, Machbarkeitsprüfung) erfolgen. Nach Einschätzung des IQTIG bedarf es zur Ausdifferenzierung von Grundleistungsbereichen bzw. Leistungsbündeln sowie zur Festlegung möglicher Leistungen einer zusätzlichen Entwicklungszeit von 3 Monaten, wodurch die Erstellung einer entsprechenden Konzeptstudie insgesamt 12 Monate ohne Stellungnahmeverfahren umfassen sollte. Gegebenenfalls wird bei Konzeptstudien im Zusammenhang mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren eine Beteiligung der Organisationen nach § 137a Abs. 7 SGB V erforderlich. Dies wäre bei der Zeitplanung entsprechend zusätzlich zu berücksichtigen. Ein Nachteil dieser Möglichkeit ist demnach der höhere Zeitaufwand für die Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren. Im vorliegenden Konzept wurden vom IQTIG bereits Grundleistungsbereiche und Leistungsbündel für die Bereiche Viszeral- und Unfallchirurgie festgelegt (siehe Kapitel 3). Sollte das IQTIG mit einer Indikatorenentwicklung für einen dieser beiden Bereiche beauftragt werden, könnte die Zeit zur Erarbeitung einer entsprechenden Konzeptstudie auf 9 Monate verkürzt werden.

Eine zweite Möglichkeit wäre, dass der G-BA neben einem ausgewählten Versorgungsbereich auch direkt eine bestimmte Leistung festlegt und das IQTIG hierfür mit der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beauftragt. Dies würde dem derzeitigen Vorgehen der Beauftragungen zur Entwicklung von leistungs- bzw. diagnosebezogenen, sektorenübergreifenden QS-Verfahren für die Qualitätsförderung entsprechen und hätte den Vorteil, dass für die Entwicklung die üblichen Entwicklungszeiten (Konzeptstudie von 9 Monaten, Indikatorenentwicklung von 18 Monaten sowie Machbarkeitsprüfung von 9 Monaten) angenommen werden können. Als Nachteil kann sicherlich angesehen werden, dass man sich damit der Abbildung einer gesamten Fachabteilung nicht systematisch nähern würde, da nicht zielgerichtet Indikatoren für Leistungen eines Leistungsbündels oder Grundleistungsbereichs entwickelt würden. Wie bei der ersten Möglichkeit der Beauftragung könnte die gesetzliche Qualitätssicherung aber bei ihrer Anknüpfung an einzelne Leistungen bleiben.

Bezüglich der beiden genannten Möglichkeiten ist demnach nochmals darauf hinzuweisen, dass hierbei die Entwicklung von erneut leistungsbezogenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfolgen würde. Bei beiden Möglichkeiten könnten sowohl Qualitätsindikatoren zur krankenhausplanerischen Intervention als auch zur Zulassung und Auswahl entwickelt werden.

Als Alternative zur Entwicklung von leistungsbezogenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wäre eine dritte Möglichkeit, dass der G-BA das IQTIG damit beauftragt, für bestimmte Fach- bzw. Teilgebiete (z. B. Chirurgie oder Viszeralchirurgie) Strukturindikatoren bzw. Anforderungen an ein gesamtes Fach- bzw. Teilgebiet zu entwickeln. Die Entwicklung von neuen Strukturindikatoren bzw. -anforderungen würde sich dabei ebenfalls eng an den in einer Konzeptstudie identifizierten struktur-, prozess- und ergebnisbezogenen (wesentlichen) Verbesserungsbedarfen in dem Fach- bzw. Teilgebiet orientieren. Strukturindikatoren erfordern zwar die üblichen Entwicklungsschritte – ggf. auch zusätzliche umfangreiche Erhebungen –, jedoch in der Regel keine Erprobungsphase (siehe Abschnitt 4.2). Entsprechende Strukturindikatoren eignen sich hauptsächlich für die Planungszwecke Zulassung und Intervention (Mindestanforderungen), aber auch für den Planungszweck Auswahl (weitergehende Anforderungen zur Feststellung „guter“ Qualität).

Vor der Umsetzung von neuen QS-Verfahren im Rahmen des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* sind demnach noch verschiedene Entwicklungsschritte durchzuführen:

- Erstellung von Konzeptstudien zu Grundleistungsbereichen, Leistungsbündeln oder Anforderungen an Fach- bzw. Teilgebiete ausgewählter Versorgungsbereiche
- Indikatorenentwicklung für Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* zu Grundleistungsbereichen, Leistungsbündeln oder Anforderungen an Fach- bzw. Teilgebiete (mit nachgelagerter Machbarkeitsprüfung); dabei ist es sinnvoll, mit der Indikatorenentwicklung auch die möglichen Evaluationskennziffern zu entwickeln und ggf. eine Nullpunktmessung durchzuführen

8.3 Ausblick: sektorenübergreifende qualitätsorientierte Bedarfsplanung

Im Koalitionsvertrag vom 12. März 2018 hat sich die Regierungskoalition auf Bundesebene einer sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung verschrieben (Bundesregierung 2018: 95). Ausgewiesenes gesundheitspolitisches Ziel der 19. Legislaturperiode ist die „Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, [...] und Qualitätssicherung [...] bis 2020“ (Bundesregierung 2018: 97). Dabei sollen die Länderkompetenz in der Krankenhausplanung sowie die Verpflichtung zur Investitionsfinanzierung erhalten bleiben (Bundesregierung 2018: 99). Die Koalitionspartner wollen die „Qualitätsoffensive für Krankenhäuser“ fortsetzen (Bundesregierung 2018: 99). Im Rahmen dieser Qualitätsoffensive sind im Jahr 2016 mit dem KHSG bereits die Einführung von qualitätsorientierten Zu- und Abschlägen wie auch von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gesetzliche Vorgabe geworden.

Die sektorenübergreifende Bedarfsplanung, also die Verzahnung der ambulanten Bedarfsplanung nach § 99 ff. SGB V und der Krankenhausplanung nach KHG sowie weiteren landesrechtlichen Regelungen zu einer sektorenübergreifenden Planung von Strukturen und Kapazitäten der Gesundheits- und Versorgungseinrichtungen, stellt dabei sicher eine der größten gesundheitspolitischen Herausforderungen dar. Auch das Gutachten „Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg“ empfiehlt die „Abstimmung der ambulanten Bedarfsplanung und Krankenhausplanung in einer Versorgungsregion“, in einem späteren Schritt wird sogar die „Integration von ambulanter Bedarfsplanung, Krankenhausplanung, Pflegeplanung und der stationären medizinischen Rehabilitation in eine gemeinsame Versorgungsplanung“ anvisiert (Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg 2018: 343).

Auch der SVR Gesundheit geht davon aus, dass für das Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgung neben Kooperationsmöglichkeiten, Vergütung und Qualitätssicherung eine über die Sektorengrenzen hinweg koordinierte Bedarfsplanung nötig ist (BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018: Nr. 190). Er empfiehlt, dass die sektorenübergreifende Planung institutionell aus einer Hand erfolgen soll (Nr. 855). Hierfür infrage kämen die – jedoch im Vorfeld hinsichtlich Zusammensetzung und Beschlussfassung weiterzuentwickelnden – gemeinsamen Landesgremien nach § 90a SGB V (Nr. 857). Der SVR Gesundheit empfiehlt weiterhin – nach der Erörterung einer „konsequent morbiditäts- und leistungsorientierten sektorenübergreifenden Angebotskapazitätsplanung bestehend aus nationaler Morbiditätsanalyse sowie regionaler Leistungsplanung, Kapazitätsplanung und Überprüfung“ (Nr. 881) – ein „Modell einer leistungsorientierten, sektorenübergreifend hybriden Angebotskapazitätsplanung“ (Nr. 892ff.). Nach diesem vierschrittigen Modell erfolgt zunächst im Rahmen einer Leistungszuordnung eine Leistungsbeschreibung pro Facharzttrichtung national durch den G-BA (Schritt 1). Diese Leistungen werden dem ambulanten Sektor, dem stationären Sektor oder dem „Hybridbereich“ – die Leistungen können sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden – zugeordnet (Nr. 893). Bei Schritt 2, der Kapazitätsplanung, werden die eindeutig stationären Leistungen wie bisher durch die Landesministerien im Landeskrankenhausplan adressiert (Nr. 895). Im Rahmen der Kapazitätsdetailplanung (Schritt 3) werden hybride Leistungen als Leistungsaufträge an stationäre oder ambulante Leistungserbringer anhand von Qualitätskriterien wettbewerblich ausgeschrieben (Nr.

896). Ausschließlich stationäre Leistungen sollen ebenfalls an „bestimmte Krankenhäuser im Rahmen von Mengenvereinbarungen mit den Krankenkassen vergeben werden“ (Nr. 896). Alle Leistungsaufträge erfolgen nach diesem vorgeschlagenen Modell zeitlich begrenzt (Nr. 901). Die Überprüfung könnte als Schritt 4 für die drei Planungsbereiche (ambulant, stationär, hybrid) durch das (weiterentwickelte) gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V erfolgen (s. o.).

Insgesamt empfiehlt der SVR Gesundheit, dass sich die Planung „stärker an den zu erbringenden Leistungen“ (Nr. 901) orientiert. Die „leistungsorientierte Planung“ der Schweiz wird als „Inspiration“ für Deutschland dargestellt (BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007: Nr. 498). Der SVR Gesundheit empfiehlt hierzu dann aktuell ebenfalls eine morbiditätsorientierte Planung, die sich „einzig am medizinischen Bedarf der Bevölkerung“ ausrichtet (BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018: Nr. 212), die Angebots- von Nachfragedaten entkoppelt (BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018: Nr. 214) und die neben Daten zur demografischen Entwicklung der Bevölkerung, zur Mortalität und Morbidität Auswirkungen des medizinisch-technischen Fortschritts und Patientenpräferenzen einbezieht (BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018: Nr. 215). Basierend auf einer solchen leistungsorientierten Nachfrageprognose könne, unter Berücksichtigung von Versorgungsstufen (Nr. 1307) und des medizinisch-technischen und pflegerischen Fortschritts, eine auf Leistungen und Geräte- und Personalausstattung ausgerichtete Krankenhausplanung „den tatsächlichen Bedarf genauer prognostizieren und einer Unter- oder Überversorgung entgegenwirken“ (BT-Drs. 19/3180 vom 04.07.2018: Nr. 217). Qualität bzw. Qualitätssicherung spielt in den Empfehlungen des SVR Gesundheit bei der Krankenhausplanung eine zentrale Rolle. Zum einen sollen bei der leistungsorientierten Nachfrageprognose „Qualitätskriterien“ berücksichtigt werden (Nr. 217). Zum anderen könnten bei der Überprüfung langfristig neben anderen Datenquellen auch die Ergebnisse der „noch zu entwickelnden“ sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die auch Pflege und Rehabilitation einbezieht, herangezogen werden (Nr. 877, 886, 897). Zudem könne mithilfe der Ergebnisse „bestimmt werden, wo eine bestimmte Leistung mit der höchsten Qualität erbracht werden kann“ (Nr. 877).

Das Deutsche Netzwerk Versorgungsforschung e.V. schreibt in seiner Stellungnahme zum Abschlussbericht des IQTIG zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren sogar: „Die Zukunft gehört ohne Zweifel nicht der *Krankenhausplanung*, sondern einer qualitätsorientierten *Versorgungsplanung*, die alle Sektoren und die bereits bestehenden Ansätze der sektorenunabhängigen Versorgung mit in den Blick nimmt.“ (IQTIG 2016b: S. 4)

Das Ziel, das sich politisch am Horizont abzeichnet, ist demnach eine qualitätsorientierte sektorenübergreifende Versorgungsplanung. Gesetzliche Qualitätssicherung ist bereits sektorenübergreifend ausgelegt – zunehmend mehr QS-Verfahren werden sektorenübergreifend angelegt. Damit ist der Beitrag der gesetzlichen Qualitätssicherung zu dieser anvisierten qualitätsorientierten sektorenübergreifenden Versorgungsplanung entsprechend anzupassen. Im vorliegenden Konzept orientiert sich das IQTIG an der bestehenden Regelung nach § 136c SGB V, in der „einrichtungsbezogen[e] Auswertungsergebnisse“ und „Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern“ erwähnt werden. Zur Verzahnung der ambulanten Bedarfsplanung und der Krankenhausplanung und zum Einbezug von Qualitätsinformationen bei dieser sektorenübergreifenden Planung sind zukünftig zusätzlich konzeptionelle Überlegungen erforderlich.

Literatur

- AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality] (2016): 2015 National Healthcare Quality and Disparities Report and 5th Anniversary Update on the National Quality Strategy. [Stand:] April 2016. Rockville, US-MD: AHRQ. AHRQ Pub. No. 16-0015. URL: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/research/findings/nhqdr/nhqdr15/2015nhqdr.pdf> (abgerufen am: 12.01.2018).
- Altenhofen, L; Blumenstock, G; Diel, F; Döbler, K; Geraedts, M; Jäckel, WH; et al. (2009): Qualitätsindikatoren: Manual für Autoren. Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien von BÄK, KBV und AWMF. (äzq Schriftenreihe, Band 36). Berlin: ÄZQ [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin]. ISBN: 978-3940218-551. URL: <https://www.aezq.de/mdb/edocs/pdf/schriftenreihe/schriftenreihe36.pdf> (abgerufen am: 26.03.2018).
- Andres, E; Armbruster, S; Dannenmaier, G; Diel, F; Dierks, M-L; Geraedts, M; et al. (2010): Qualitätskriterien und Qualitätsindikatoren [Webfassung]. Kapitel 8. In: Gramsch, E; Hoppe, J-D; Jonitz, G; Köhler, A; Ollenschläger, G; Thomeczek, C; Hrsg.: *Kompodium Q-M-A: Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung*. Zuletzt verändert: 05.11.2010. Berlin: ÄZQ [Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin]. URL: https://www.aezq.de/aezq/kompodium_q-m-a/8-qualitaetskriterien-und-qualitaetsindikatoren (abgerufen am: 26.03.2018).
- Anell, A; Glenngård, AH; Merkur, S (2012): Sweden: Health system review. (HiT – Health Systems in Transition, Vol. 14 No. 5). Copenhagen, DK: WHO [World Health Organization], European Observatory on Health Systems and Policies. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf (abgerufen am: 12.06.2018).
- Arah, OA; Westert, GP; Hurst, J; Klazinga, NS (2006): A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 5-13. DOI: 10.1093/intqhc/mzl024.
- Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales und Integration (2017): Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg. Stand der Konzeption: Februar 2017. Stand der Übersichtskarte: August 2017. Stuttgart: Ministerium für Soziales und Integration. URL: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Schlaganfallkonzeption_BW.pdf (abgerufen am: 17.09.2018).
- BCPSQC [BC Patient Safety & Quality Council] ([2018]): How Are We Getting There? Our Annual Report for 2016/17. Vancouver, CA-BC: BCPSQC. URL: https://bcpsqc.ca/wp-content/uploads/2018/02/AccRep_2017_newmargins_smallsingle.pdf (abgerufen am: 28.08.2018).
- Berger, JO (2010): Statistical Decision Theory and Bayesian Analysis. Second Edition. New York [u. a.]: Springer. ISBN: 978-1-4419-3074-3.
- Blettner, M; Dierks, M-L; Donner-Banzhoff, N; Hertrampf, K; Klusen, N; Köpke, S; et al. (2018): Überlegungen des Expertenbeirats zu Anträgen im Rahmen des Innovationsfonds. *ZEFQ –*

Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 130: 42-48. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.01.004.

BMASGK [Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz] (2018): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 29. Juni 2018 beschlossenen Anpassungen. Stand: 29.06.2018. Wien: BMASGK. ISBN: 978-3-903099-27-2. URL: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH3967/CMS1136983382893/oesg_2017_textband_stand_29.06.2018.pdf (abgerufen am: 27.08.2018).

BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2012): Gemeinsame Erklärung des Bundesministeriums für Gesundheit, der Spitzenorganisationen und des Vorsitzlandes der Gesundheitsministerkonferenz der Länder zur gesundheitspolitischen Umsetzung des Nationalen Krebsplans. [Stand:] 08.02.2012. Bonn [u. a.]: BMG. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/N/Nationaler_Krebsplan/120208-10_Anlage_Gemeinsame_Erklaerung_Nationaler_Krebsplan.pdf (abgerufen am: 12.09.2018).

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: 19.12.2018).

BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2018): Handlungsfeld 2: Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und der Qualitätssicherung. [Stand:] 22.06.2018. Bonn [u. a.]: BMG. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan/handlungsfelder/handlungsfeld-2.html> (abgerufen am: 12.09.2018).

Brown, LD; Cai, TT; DasGupta, A (2001): Interval Estimation for a Binomial Proportion. *Statistical Science* 16(2): 101-133. DOI: 10.1214/ss/1009213286.

BT-Drs. 16/6339 vom 07.09.2007. Unterrichtung durch die Bundesregierung. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/063/1606339.pdf> (abgerufen am: 18.07.2018).

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: 19.12.2018).

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/doc/btd/19/031/1903180.pdf> (abgerufen am: 18.07.2018).
- Bundesärztekammer [Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern] (2015): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003. [Stand:] 23.10.2015. Berlin: Bundesärztekammer. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO.pdf (abgerufen am: 19.12.2018).
- Bundesregierung (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. [Stand:] 12.03.2018. Berlin: Bundesregierung. URL: <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Anlagen/2018/03/2018-03-14-koalitionsvertrag.pdf;jsessionid=DFFD35B930A53BB1297C764A54B9D55A.s2t2?blob=publicationFile&v=6> (abgerufen am: 18.07.2018).
- Cavic, A (2017): Behovsrapport för planering av hälso- och sjukvård 2018 [Bericht über den Bedarf für die Gesundheits- und Krankenhausplanung 2018]. [Stand:] Maj 2017. Halmstad, SE: Nätverken. URL: <http://www.natverken.se/media/8030/behovsrapport-2018-skaane.pdf> (abgerufen am: 13.06.2018).
- CMS.gov [U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services] ([2017]): State Operations Manual. Appendix A – Survey Protocol, Regulations and Interpretive Guidelines for Hospitals. Baltimore, US-MD: CMS.gov. URL: https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/som107ap_a_hospitals.pdf (abgerufen am: 18.01.2018).
- CQC [Care Quality Commission] (2018a): The five key questions we ask. Last updated: 19.07.2018. Newcastle upon Tyne, GB: CQC. URL: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/five-key-questions-we-ask> (abgerufen am: 27.08.2018).
- CQC [Care Quality Commission] (2018b): Ratings. Last updated: 22.06.2018. Newcastle upon Tyne, GB: CQC. URL: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/ratings> (abgerufen am: 30.08.2018).
- CQC [Care Quality Commission] (2018c): What we do on an inspection. Last updated: 02.05.2018. Newcastle upon Tyne, GB: CQC. URL: <https://www.cqc.org.uk/what-we-do/how-we-do-our-job/what-we-do-inspection#core-services> (abgerufen am: 27.08.2018).
- CQC [Care Quality Commission] ([kein Datum]): Section 29A warning notices for NHS trusts and NHS foundation trusts. Newcastle upon Tyne, GB: CQC. URL: <https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20170210-guidance-on-section-29a-warning-notices-final.pdf> (abgerufen am: 28.08.2018).
- Cylus, J; Richardson, E; Findley, L; Longley, M; O’Neill, C; Steel, D (2015): United Kingdom: Health system review. (HiT – Health Systems in Transition, Vol. 17 No. 5). Copenhagen, DK: WHO [World Health Organization], European Observatory on Health Systems and Policies. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/302001/UK-HiT.pdf (abgerufen am: 02.07.2018).

- De Pietro, C; Camenzind, P; Sturny, I; Crivelli, L; Edwards-Garavoglia, S; Spranger, A; et al. (2015): Switzerland: Health system review. (HiT – Health Systems in Transition, Vol. 17 No. 4). Copenhagen, 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).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2014): Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern – Ausführliche Darstellung 2013. [Stand:] 22.10.2014. Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 5231401137014. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/OperationenProzeduren5231401137014.pdf?blob=publicationFile> (abgerufen am: 19.12.2018).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2015): Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern - Ausführliche Darstellung 2014. [Stand:] 28.19.2015. Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 5231401147014. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/OperationenProzeduren5231401147014.pdf?blob=publicationFile> (abgerufen am: 19.12.2018).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2016): Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern - Ausführliche Darstellung. 2015. [Stand:] 28.10.2016. Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 5231401157014. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/OperationenProzeduren5231401157014.pdf?blob=publicationFile> (abgerufen am: 19.12.2018).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2017a): Gesundheit. Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2016 [Tabelle]. [Stand:] 20.11.2017. (Fachserie 12, Reihe 6.2.1). Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 2120621167005. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/DiagnosedatenKrankenhaus.html> [Download: xlsx-Format] (abgerufen am: 05.09.2018).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2017b): Gesundheit. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (4-Steller) 2016. [Stand:] 23.10.2017. Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 5231401167014. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/OperationenProzeduren5231401167014.pdf?blob=publicationFile> (abgerufen am: 19.12.2018).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2017c): Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2016 [Tabelle]. [Stand:] 27.09.2017. (Fachserie 12, Reihe 6.1.1). Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 2120611167005. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html> [Download: xlsx-Format] (abgerufen am: 05.09.2018).

- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2017d): Gesundheit. Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2016 [Tabelle]. [Stand:] 20.11.2017. Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 5231301167015. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/TiefgegliederteDiagnosedaten.html> [Download: Datensatzstruktur, xlsx-Format] (abgerufen am: 05.09.2018).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2017e): Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2015. [Stand:] 19.01.2017. (Fachserie 12, Reihe 4). Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 2120400157005. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400157004.pdf> [Download: xlsx-Format] (abgerufen am: 21.06.2018).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] ([2017]): Die 10 häufigsten Todesursachen. Sterbefälle insgesamt nach der ICD-10 im Jahr 2015 [Tabelle]. Wiesbaden: Destatis. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabelle/HaeufigsteTodesursachen.html> (abgerufen am: 07.09.2018).
- DHMA [Danish Health and Medicines Authority] (2015): Specialised Hospital Services – Principles of National Planning in Denmark. [Stand:] 01.09.2015. Copenhagen, DK: DHMA. ISBN: 978-87-7104-601-4. URL: <https://sundhedsstyrelsen.dk/en/Feeds/~media/3499BD6FE4894BF1B75A27CAD2A3AB29.ashx> (abgerufen am: 12.06.2018).
- DHSC [Department of Health and Social Care] (2013): The regulation and oversight of NHS trusts and NHS foundation trusts. Joint Policy Statement to Accompany Care Bill Quality of Services Clauses. Published: 20.05.2013. London: DHSC. URL: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/200446/regulation-oversight-NHS-trusts.pdf (abgerufen am: 30.08.2018).
- Döbler, K; Geraedts, M (2018): Ausgewogenheit der Qualitätsindikatorensets der externen Qualitätssicherung nach §136 SGB V. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 134: 9-17. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.11.004.
- Donabedian, A (1980): The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Explorations in Quality Assessment and Monitoring, Vol. I. Health Administration Press: Ann Arbor, US-MI. ISBN: 0-914904-47-7.
- 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 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_planungs_relv_QI.pdf (abgerufen am: 17.09.2018).

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Liste der Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V): Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren. [Stand:] 15.12.2016. Berlin: G-BA. BAnz AT 02.01.2017 B1. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2816/2016-12-15_PlanQI-RL_Liste-planQI_BAnz.pdf (abgerufen am: 19.09.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016c): 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: 05.09.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017): 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: 19.12.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018a): 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] (2018b): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. Erstfassung. [Stand:] 19.07.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3419/2018-07-19_DeQS-RL_Erstfassung.pdf (abgerufen am: 19.09.2018).
- 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: *Krankenhaus-Report 2018. Schwerpunkt: Bedarf und Bedarfsgerechtigkeit*. Stuttgart: Schattauer, 53-68. ISBN: 978-3-7945-3287-2.
- Gesundheitsziele.de (2010): Gemeinsame Erklärung des Kooperationsverbundes zur Weiterentwicklung des nationalen Gesundheitszieleprozesses. [Stand:] 14.12.2010. GVG [Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung]. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/Gesundheitsziele/Gemeinsame_Erklaerung_des_Kooperationsverbundes.pdf (abgerufen am: 05.09.2018).

- Gesundheitsziele.de [Forum Gesundheitsziele Deutschland] (2017): Nationales Gesundheitsziel: Gesundheit rund um die Geburt. Stand: Januar 2017. GVG [Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung]. URL: http://gesundheitsziele.de//cms/medium/1330/2017_0207_broschuere_GRUDG.pdf (abgerufen am: 05.09.2018).
- Gesundheitsziele.de [Forum Gesundheitsziele Deutschland] ([kein Datum]): Was sind Gesundheitsziele? Berlin: GVG [Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung]. URL: http://gesundheitsziele.de/cgi-bin/render.cgi?_cms_page=was_sind_gz (abgerufen am: 25.09.2018).
- Gesundheitsziele.de [Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland] (2003a): Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen. Teil II Die Gesundheitsziele. Bericht, Auszug der Ergebnisse von AG 5. [Stand:] 14.02.2003. Köln: GVG [Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung]. URL: http://gesundheitsziele.de//cms/medium/246/030214_bericht_final1_ag5.pdf (abgerufen am: 05.09.2018).
- Gesundheitsziele.de [Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland] (2003b): Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln. Teil II Die Gesundheitsziele. Bericht, Auszug der Ergebnisse von AG 4. [Stand:] 14.02.2003. Köln: GVG [Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung]. URL: http://gesundheitsziele.de//cms/medium/241/030214_bericht_final1_ag4.pdf (abgerufen am: 05.09.2018).
- Gesundheitsziele.de [Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland] (2006): 6. nationales Gesundheitsziel. Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln. Bericht. [Stand:] 01.03.2006. Köln: GVG [Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung]. URL: http://gesundheitsziele.de//cms/medium/261/Gesundheitsziele_Depression_BMG_01-03-06.pdf (abgerufen am: 05.09.2018).
- Gesundheitsziele.de [Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland] (2007): Gesundheitsziele und prioritäre Handlungsfelder auf Bundes- und Länderebene [Tabelle]. Berlin: GVG [Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung]. URL: http://gesundheitsziele.de/cms/medium/268/Tabelle_1_Ziele_Bund_u_Laender_070308.pdf (abgerufen am: 10.09.2018).
- Groene, O (2006): Vorschläge der WHO zur umfassenden Leistungsbewertung von Krankenhäusern. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 11(4): 226-233. DOI: 10.1055/s-2005-858979.
- hche [Hamburg Center for Health Economics]; TU Berlin [Technische Universität Berlin] (2014): Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG. Endbericht. [Stand:] Juli 2014. Hamburg [u. a.]: hche [u. a.]. URL: https://www.dkgev.de/media/file/17192.2014-07-10_Anlage_Forschungsbericht-zur-Mengenentwicklung_FIN.pdf (abgerufen am: 02.07.2018).

- HCPPro (2015): The CMS Hospital Conditions of Participation and Interpretive Guidelines. Brentwood, US-CA: HCPPro. ISBN: 978-1-55645-849-1. URL: https://hcmarketplace.com/aitdownloadablefiles/download/aitfile/aitfile_id/1732.pdf (abgerufen am: 12.06.2018).
- Hemschemeier, M; Bittkowski, M; Stollorz, V (2018): Knieprothesen – starker Anstieg und große regionale Unterschiede. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. URL: https://www.sciencemediacenter.de/fileadmin/user_upload/Operation-Explorer/Knieprothesen-Report_SMC-Operation-Explorer_2018-06-19.pdf (abgerufen am: 05.09.2018).
- HHS [Department of Health and Human Services], CMS [Centers for Medicare & Medicaid Services] (2012): Medicare and Medicaid Programs; Reform of Hospital and Critical Access Hospital Conditions of Participation. Final Rule. *Federal Register* 77(No. 95): 29034-29076. URL: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2012-05-16/pdf/2012-11548.pdf> (abgerufen am: 28.08.2018).
- Hofmarcher, MM; Quentin, W (2013): Austria: Health system review. (HiT – Health Systems in Transition, Vol. 15 No. 7). Copenhagen, 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).
- Hospital Act, B.C. Reg. 121/97 [einschließlich Änderungen bis B.C. Reg. 225/2016]. Section 7: Attending and treating patients in a hospital. [Stand: 20.09.2016]. URL: http://www.bclaws.ca/civix/document/id/complete/statreg/121_97#section7 (abgerufen am: 19.12.2018).
- HSO [Health Standards Organization] ([kein Datum]): Standards. Ottawa, CA-ON: HSO. URL: <https://healthstandards.org/standard/> (abgerufen am: 30.08.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016a): 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: 11.09.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016b): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Dokumentation und Würdigung der Stellungnahmen. Stand: 31.08.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/berichte/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitaetsindikatoren_Abschlussbericht_Dokumentation-Wuerdigung.pdf (abgerufen am: 02.07.2018).
- 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): Bericht gemäß Paragraph 17 der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren – Einführung [Anlage 1 zum [G-BA] Beschluss vom 18.10.2018]. [Stand:] 31.10.2018. Berlin: IQTIG. URL:

https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4699/2018-10-18_PlanQI-RL_Veroeffentlichung-QI-Bericht-2017_Anlage-1.pdf (abgerufen am: 19.12.2018).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b): Methodische Grundlagen V1.1s. Entwurf für das Stellungnahmeverfahren. Stand: 15.11.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Metho-dische-Grundlagen-V1.1s-2018-11-15.pdf (abgerufen am: 19.12.2018).

IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018c): 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: 27.09.2018).

JCI [Joint Commission International] (2017): Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Including Standards for Academic Medical Center Hospitals. 6th Edition. [Stand]: 01.07.2017. Oak Brook, US-IL: JCI. URL: https://www.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/JCI_Hosp_Standards_6th_STANDARDS_ONLY_14Jan2018.pdf (abgerufen am: 30.08.2018).

KHSFV, BGBl. I S. 2350. Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich (Krankenhausstrukturfonds-Verordnung – KHSFV). [Stand:] 17.12.2015. URL: <https://www.bgbl.de/xaver/bgbl> [Bundesgesetzblatt Teil I > Auswahl: 2015 > Nr. 53 vom 23.12.2015 > Verordnung zur Verwaltung des Strukturfonds im Krankenhausbereich] (abgerufen am: 06.09.2018).

Kroneman, M; Boerma, W; van den Berg, M; Groenewegen, P; de Jong, J; van Ginneken, E (2016): Netherlands: Health system review. (HiT – Health Systems in Transition, Vol. 18 No. 2). Copenhagen, DK: WHO [World Health Organization], European Observatory on Health Systems and Policies. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf (abgerufen am: 02.07.2018).

Marchildon, GP (2013): Canada: Health system review. (HiT – Health Systems in Transition, Vol. 15 No. 1). Copenhagen, DK: WHO [World Health Organization], European Observatory on Health Systems and Policies. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/181955/e96759.pdf (abgerufen am: 02.07.2018).

Meyer, W (2004): Indikatorenentwicklung. Eine praxisorientierte Einführung. 2. Auflage. (CEval-Arbeitspapiere, Nr. 20). Saarbrücken: Universität des Saarlandes, CEval [Centrum für Evaluation]. URL: https://www.ceval.de/modx/fileadmin/user_upload/PDFs/workpaper10.pdf (abgerufen am: 26.03.2018).

Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (2018): Modellprojekt sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg. Projektbericht. Stuttgart: Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. URL: <https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/>

Downloads Medizinische Versorgung/SueV BW 02 Abschlussbericht Gesamt.pdf
(abgerufen am: 18.07.2018).

NHS Improvement (2017a): Single Oversight Framework. Updated November 2017. London: NHS Improvement. URL: https://improvement.nhs.uk/documents/400/SOF_Framework_November_2017_July_2018_update.pdf (abgerufen am: 28.09.2018).

NHS Improvement (2017b): Single Oversight Framework: appendices. Updated November 2017. London: NHS Improvement. URL: https://improvement.nhs.uk/documents/1933/SOF_Appendices_November_2017_July_2018_update.pdf (abgerufen am: 30.08.2018).

NHS Improvement (2018): Never Events list 2018. [Stand:] 31.01.2018. London: NHS Improvement. URL: https://improvement.nhs.uk/documents/2899/Never_Events_list_2018_FINAL_v6.pdf (abgerufen am: 27.08.2018).

Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes (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).

Olejaz, M; Juul Nielsen, A; Rudkjøbing, A; Okkels Birk, H; Krasnik, A; Hernández-Quevedo, C (2012): Denmark: Health system review. (HiT – Health Systems in Transition, Vol. 14 No. 2). Copenhagen, DK: WHO [World Health Organization], European Observatory on Health Systems and Policies. URL: www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf (abgerufen am: 13.06.2018).

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.

Plass, D; Vos, T; Hornberg, C; Scheidt-Nave, C; Zeeb, H; Krämer, A (2014): Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie. *Deutsches Ärzteblatt* 111(38): 629-638. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0629.

Preusker, UK (2012): Erfahrungen mit der Krankenhausplanung in Nordeuropa. *G+S – Gesundheits- und Sozialpolitik* 66(4): 60-66. DOI: 10.5771/1611-5821-2012-4-60.

Rice, T; Rosenau, P; Unruh, LY; Barnes, AJ; Saltman, BR; van Ginneken, E (2013): United States of America: Health system review. (HiT – Health Systems in Transition, Vol. 15 No. 3). Copenhagen, DK: WHO [World Health Organization], European Observatory on Health Systems and Policies. URL: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0019/215155/HiT-United-States-of-America.pdf (abgerufen am: 12.06.2018).

RKI [Robert Koch-Institut] (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. [Stand:] November 2015. Berlin: RKI. ISBN: 978-3-89606-225-3. URL: <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf> (abgerufen am: 10.07.2018).

Veit, C; Lüken, F; Bungard, S; Trümner, A; Tewes, C; Hertle, D (2013): Rahmenkonzept Evaluation bezogen auf Evaluationen nach § 137b SGB V. Version 1.1. Entwurf vom 17.07.2013. Düsseldorf: BQS [Institut für Qualität & Patientensicherheit].

W. K. Kellogg Foundation (2004): Logic Model Development Guide. Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. Updated January 2004. Battle Creek, US-MI: W. K. Kellogg Foundation. URL: <https://www.wkkf.org/resource-directory/resource/2006/02/wk-kellogg-foundation-logic-model-development-guide> [Download] (abgerufen am: 02.07.2018).

Widmer, T; De Rocchi, T (2012): Kompaktwissen Evaluation: Grundlagen, Ansätze und Anwendungen. Zürich [u. a.]: Rüegger Verlag. ISBN: 978-3-7253-0980-1.



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung
Anhang zum Abschlussbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 21. Dezember 2018

Impressum

Thema:

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung.
Anhang zum Abschlussbericht

Ansprechpartnerin:

Dr. Silvia Klein

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

18. Mai 2017

Datum der Abgabe:

21. Dezember 2018

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

Anhang A: Expertenworkshop und Fachgespräche	7
Anhang B: Fachrichtungen, Schwerpunktthemen und Qualitätsanforderungen der Krankenhausplanungen der Bundesländer	11
Anhang C.1: Spezifische Leistungsbündel bei festgesetztem Schwellenwert von $\geq 75\%$	32
Anhang C.2: Spezifische Leistungsbündel stratifiziert nach Bettengrößenklassen	51
Anhang C.3: Grundleistungsbereiche für die Fachgebiete Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie stratifiziert nach Bettengrößenklassen	104
Anhang D: Berechnung und quantitative Zuordnung zur Bewertung von Qualität – Beziehung zwischen exakten mid-p-Werten und A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten	130
Literatur.....	132

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fachgespräche mit den Vertreterinnen und Vertretern der Landesplanungsbehörden Anfang 2018	7
Tabelle 2: Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Expertenworkshop zum Auftragsgegenstand 2 am 25. Januar 2018.....	8
Tabelle 3: Fragenkatalog zu potenziellen Interessenkonflikten	9
Tabelle 4: Potenzielle Interessenkonflikte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Expertenworkshop zum Auftragsgegenstand 2 am 25. Januar 2018	10
Tabelle 5: Fachrichtungen in den Krankenhausplänen der Bundesländer (Recherchedatum: 3. August 2018)	11
Tabelle 6: Schwerpunktthemen in den Krankenhausplänen nach Bundesländern (Recherchedatum: 3. August 2018)	13
Tabelle 7: Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise in den Krankenhausplänen nach Bundesländern (Recherchedatum: 3. August 2018)	16
Tabelle 8: Krankheitslast in Deutschland – Zehn wichtigste Erkrankungen auf der Basis von „Disability-Adjusted Life Years“ (DALYs) 2010	28
Tabelle 9: Zehn häufigste Hauptdiagnosen Frauen und Männer 2016	29
Tabelle 10: Zehn häufigste Todesursachen 2015 bezogen auf 925.200 Todesfälle	30
Tabelle 11: Zehn häufigste Todesursachen bei Frauen und Männern 2015	31
Tabelle 12: Spezifisches Leistungsbündel „Operative Eingriffe an Hals und endokrinen Drüsen“ (Viszeralchirurgie)	32
Tabelle 13: Spezifisches Leistungsbündel „Basischirurgie“ (Viszeralchirurgie)	34
Tabelle 14: Spezifisches Leistungsbündel „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magenchirurgie“ (Viszeralchirurgie)	36
Tabelle 15: Spezifisches Leistungsbündel „Basis Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie).....	40
Tabelle 16: Spezifisches Leistungsbündel „Spezielle Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie).....	43
Tabelle 17: Ausgeschlossenes spezifisches Leistungsbündel „Spezielle Viszeralchirurgie“.....	45
Tabelle 18: Ausgeschlossenes spezifisches Leistungsbündel „Spezielle orthopädische Chirurgie“	48
Tabelle 19: Spezifisches Leistungsbündel „Operative Eingriffe an Hals und endokrinen Drüsen“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten.....	51
Tabelle 20: Spezifisches Leistungsbündel „Basischirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten	53
Tabelle 21: Spezifisches Leistungsbündel „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magenchirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten.....	55
Tabelle 22: Spezifisches Leistungsbündel „Basis Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten	59
Tabelle 23: Spezifisches Leistungsbündel „Spezielle Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten	62

Tabelle 24: Spezifisches Leistungsbündel „Operative Eingriffe an Hals und endokrinen Drüsen“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten.....	64
Tabelle 25: Spezifisches Leistungsbündel „Basischirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten.....	66
Tabelle 26: Spezifisches Leistungsbündel „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magenchirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten.....	68
Tabelle 27: Spezifisches Leistungsbündel „Basis Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten.....	72
Tabelle 28: Spezifisches Leistungsbündel „Spezielle Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten.....	75
Tabelle 29: Spezifisches Leistungsbündel „Operative Eingriffe an Hals und endokrinen Drüsen“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten.....	77
Tabelle 30: Spezifisches Leistungsbündel „Basischirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten.....	79
Tabelle 31: Spezifisches Leistungsbündel „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magenchirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten.....	81
Tabelle 32: Spezifisches Leistungsbündel „Basis Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten.....	85
Tabelle 33: Spezifisches Leistungsbündel „Spezielle Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten.....	88
Tabelle 34: Spezifisches Leistungsbündel „Operative Eingriffe an Hals und endokrinen Drüsen“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten.....	90
Tabelle 35: Spezifisches Leistungsbündel „Basischirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten.....	92
Tabelle 36: Spezifisches Leistungsbündel „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magenchirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten.....	94
Tabelle 37: Spezifisches Leistungsbündel „Basis Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten.....	98
Tabelle 38: Spezifisches Leistungsbündel „Spezielle Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten.....	101
Tabelle 39: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Viszeralchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten.....	104
Tabelle 40: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Unfallchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten.....	105
Tabelle 41: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Viszeralchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten.....	107

Tabelle 42: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Unfallchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten	110
Tabelle 43: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Viszeralchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten	113
Tabelle 44: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Unfallchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten	118
Tabelle 45: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Viszeralchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten	121
Tabelle 46: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Unfallchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten	126

Anhang A: Expertenworkshop und Fachgespräche

Tabelle 1: Fachgespräche mit den Vertreterinnen und Vertretern der Landesplanungsbehörden Anfang 2018

Bundesland	Gesprächspartnerin/ -partner	Behörde
Bayern	MDirig Herwig Heide	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
Brandenburg	Wiltrud Brändle Michael Zaske	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg
Hamburg	–	Hamburger Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Hessen	–	Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Nordrhein-Westfalen	MR Dr. Jörg Lafontaine AR'in Michaela Stroband	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

Tabelle 2: Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Expertenworkshop zum Auftragsgegenstand 2 am 25. Januar 2018

Name	Institution	Benennende/entsendende Organisation
Dr. Frank Brunsmann	DBR-Deutscher Behindertenrat/ACHSE	Organisationen nach § 140 SGB V
Prof. Dr. Heinz-Johannes Buhr	DGAV-Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V.	DGAV-Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V.
Dr. Matthias Gruhl	Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Hansestadt Hamburg	
Prof. Dr. Karl-Dieter Heller	Herzogin Elisabeth Hospital, Orthopädische Klinik Braunschweig	DGOU-Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.
Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann	BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH	DGOU-Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.
Dr. Jörg Lafontaine	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen	
Dr. Bernd Oliver Maier	St. Josefs-Hospital Wiesbaden	DGP-Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.
Cordula Mühr	DBR-Deutscher Behindertenrat/SoVD	Organisationen nach § 140 SGB V
Prof. em. Dr. Tilman Sauerbruch	Universitätsklinikum Bonn	DGIM-Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V.
Dr. Alicja Rybalko	Begleitung von Herrn Dr. Brunsmann	-
Dr. Kerstin Boldt	IQTIG	-
Dr. Anja Dippmann	IQTIG	-
Dr. Silvia Klein	IQTIG	-
Dr. Christof Veit	IQTIG	-

Tabelle 3: Fragenkatalog zu potenziellen Interessenkonflikten

Fragennummer	Frage
Frage 1	<p>Anstellungsverhältnisse, selbständige und ehrenamtliche Tätigkeiten: Sind oder waren Sie bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter abhängig beschäftigt (angestellt; z. B. Kliniken, Einrichtungen der Selbstverwaltung, Fachgesellschaften, Auftragsinstitute)? Haben Sie ehrenamtliche Funktionen in einer Fachgesellschaft, einem Berufsverband oder einer anderen Vereinigung im Gesundheitswesen?</p>
Frage 2	<p>Beratungsverhältnisse: Beraten Sie oder haben Sie ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen oder einen vergleichbaren Interessenvertreter direkt oder indirekt¹ beraten?</p>
Frage 3	<p>Honorare: Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) im Auftrag eines Interessenverbandes im Gesundheitswesen oder eines vergleichbaren Interessenvertreters Honorare für Vorträge, Stellungnahmen, Ausrichtung von bzw. Teilnahme an Kongressen und Seminaren – auch im Rahmen von Fortbildungen, für (populär-)wissenschaftliche oder sonstige Aussagen oder Artikel erhalten?</p>
Frage 4	<p>Drittmittel: Haben Sie (unabhängig von einer Anstellung oder Beratungstätigkeit) und/oder hat die Institution², bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder für Patentanmeldungen erhalten?</p>
Frage 5	<p>Sonstige Unterstützung: Haben Sie oder die Institution, bei der Sie angestellt sind bzw. die Sie vertreten, sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Reisekostenunterstützung ohne wissenschaftliche Gegenleistung) von einem Unternehmen, einer Institution, einem Interessenverband im Gesundheitswesen oder einem vergleichbaren Interessenvertreter erhalten?</p>
Frage 6	<p>Aktien, Geschäftsanteile: Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile (auch in Fonds) eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution im Gesundheitswesen?</p>
Frage 7	<p>Rechtsauseinandersetzungen: Befinden Sie oder Ihr Arbeitgeber sich gegenwärtig in einem Rechtsstreit mit einer Landesbehörde für Krankenhausplanung oder dem Gemeinsamen Bundesausschuss? War Ihr Krankenhaus mit einer Landesplanungsbehörde oder mit der Krankenhausaufsicht in einem „Behördenverfahren“ hinsichtlich planungsrelevanter Qualitätsindikatoren wegen „unzureichender Qualität“?</p>

¹ „Indirekt“ heißt in diesem Zusammenhang, z. B. im Auftrag eines Instituts, das wiederum für eine entsprechende Person, Institution oder Firma tätig wird.

² Sofern Sie in einer sehr großen Institution tätig sind, ist es ausreichend, die geforderten Angaben auf Ihre Arbeitseinheit (z. B. Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.) zu beziehen.

Tabelle 4: Potenzielle Interessenkonflikte der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Expertenworkshop zum Auftragsgegenstand 2 am 25. Januar 2018

Name	Frage 1	Frage 2	Frage 3	Frage 4	Frage 5	Frage 6	Frage 7
Dr. Frank Brunsmann	ja	ja	ja	nein	nein	nein	nein
Prof. Dr. Heinz-Johannes Buhr	ja	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Matthias Gruhl	keine Angabe	nein	nein	nein	nein	ja	nein
Prof. Dr. Karl-Dieter Heller	ja	nein	ja	nein	nein	ja	nein
Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann	ja	ja	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Jörg Lafontaine	nein	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Dr. Bernd Oliver Maier	ja	nein	ja	ja	nein	nein	nein
Cordula Mühr	nein	nein	ja	nein	nein	nein	nein
Prof. em. Dr. Tilman Sauerbruch	ja	nein	nein	nein	ja	nein	nein

Anhang B: Fachrichtungen, Schwerpunktthemen und Qualitätsanforderungen der Krankenhausplanungen der Bundesländer

Tabelle 5: Fachrichtungen in den Krankenhausplänen der Bundesländer (Recherchedatum: 3. August 2018)

Fachrichtung	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Strahlentherapie, Urologie	Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen/Bremerhaven, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen	16
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen	15
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen	14
Orthopädie	Bayern, Brandenburg, Bremen/Bremerhaven, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Thüringen	9
Kinderchirurgie	Bayern, Brandenburg, Bremen/Bremerhaven, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Thüringen	8

Fachrichtung	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Geriatric	Brandenburg, Bremen/Bremerhaven, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein	12
Gynäkologie (ohne Geburtshilfe)	Bayern, Brandenburg, Bremen/Bremerhaven, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland	7
Herzchirurgie	Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Thüringen	7
Anästhesiologie und Intensivmedizin	Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz	3
Frührehabilitation	Bremen/Bremerhaven, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern	3
Geburtshilfe	Bremen/Bremerhaven, Hessen, Niedersachsen	3
Intensivmedizin	Bremen/Bremerhaven, Saarland, Thüringen	3
Orthopädie/Unfallchirurgie	Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz	2
Plastische Chirurgie	Hessen, Rheinland-Pfalz	2
Dermatologie	Bremen/Bremerhaven	1
Naturheilmedizin	Rheinland-Pfalz	1
Physikalische und Rehabilitative Medizin	Berlin	1
Plastische und ästhetische Chirurgie	Niedersachsen	1
Psychiatrie und Psychosomatik	Mecklenburg-Vorpommern	1
Psychosomatik	Sachsen-Anhalt	1

Fachrichtung	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Rheumatologische Versorgung	Brandenburg	1
Schlaganfallversorgung	Baden-Württemberg	1
Spezielle Schmerztherapie/Palliativmedizin	Saarland	1

Quelle: Krankenhauspläne der Bundesländer

Tabelle 6: Schwerpunktthemen in den Krankenhausplänen nach Bundesländern (Recherchedatum: 3. August 2018)

Schwerpunkt	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Geriatrische Versorgung	Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen	12
Neurologische Frührehabilitation Phase B	Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen	10
Transplantation	Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	10
Schlaganfallversorgung	Bayern, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein	8
Stationäre Palliativversorgung	Bayern, Berlin, Bremen/Bremerhaven, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen	8
Perinatalzentrum Level I und II	Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein	7

Schwerpunkt	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Onkologie	Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen	6
Versorgung Schwerstbrandverletzte	Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen	6
Versorgung von Traumapatientinnen und -patienten	Bremen/Bremerhaven, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein	6
Brustzentren	Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein, Thüringen	4
Versorgungseinrichtungen bei Infektionspatientinnen und -patienten	Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen	4
Adipositasbehandlung (chirurgisch und konservativ)	Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Sachsen	3
Herzchirurgie/Herzmedizin	Baden-Württemberg, Berlin, Nordrhein-Westfalen	3
Pädiatrische Zentren	Berlin, Saarland, Sachsen-Anhalt	3
Psychiatrie und Psychotherapie / Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	Baden-Württemberg, Berlin, Thüringen	3
Beatmungsentwöhnung (Weaning)	Baden-Württemberg, Berlin	2
Chest Pain Units / Brustschmerz-Zentren	Rheinland-Pfalz, Saarland	2
Diabetologie	Baden-Württemberg, Schleswig-Holstein	2
Hämodialyse	Bayern, Schleswig-Holstein	2
Kardiologie	Bremen/Bremerhaven, Sachsen	2
Naturheilkunde	Bremen/Bremerhaven, Nordrhein-Westfalen	2

Schwerpunkt	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Plastische Chirurgie	Bremen/Bremerhaven, Rheinland-Pfalz	2
Spezialisierte septische Chirurgie	Saarland, Sachsen	2
Gefäßchirurgie	Bremen/Bremerhaven	1
Bauchzentrum	Bremen/Bremerhaven	1
Drogenkranke	Bremen/Bremerhaven	1
Epilepsiechirurgie	Baden-Württemberg	1
Frührehabilitation (Querschnittslähmungen)	Mecklenburg-Vorpommern	1
Frührehabilitation (schwere Schädel-Hirn-Schädigungen)	Mecklenburg-Vorpommern	1
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde / Cochlearimplantation	Sachsen	1
Intensivmedizin	Nordrhein-Westfalen	1
Interventionelle Radiologie	Bremen/Bremerhaven	1
Kinderchirurgie	Rheinland-Pfalz	1
Kinderkardiologie und -onkologie	Saarland	1
Mukoviszidose-Versorgung	Baden-Württemberg	1
Niederschwelliger Entzug	Baden-Württemberg	1
Orthopädie und Unfallchirurgie	Berlin	1
Postakutneurologie	Bremen/Bremerhaven	1
Rheumatologie	Baden-Württemberg	1

Schwerpunkt	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Schlafmedizin	Rheinland-Pfalz	1
Thoraxchirurgie	Bremen/Bremerhaven	1
Tumorzentrum / Klin. Krebsregister	Sachsen	1
Versorgung von Schmerzpatienten	Baden-Württemberg	1
Viszeralchirurgie	Rheinland-Pfalz	1

Quelle: Krankenhauspläne der Bundesländer

Tabelle 7: Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise in den Krankenhausplänen nach Bundesländern (Recherchedatum: 3. August 2018)

Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise gemäß Krankenhausplan	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Versorgung von Früh- und Neugeborenen		
Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (G-BA)	Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen/Bremerhaven, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern	8
Leitlinie „Verlegung Neugeborener aus Geburtskliniken und Kinderkliniken“ Leitlinie „Mindestanforderungen an prozessuale, strukturelle und organisatorische Voraussetzungen für geburtshilfliche Abteilungen der Grund- und Regelversorgung“	Nordrhein-Westfalen	1
Mindestmengen-Regelungen (G-BA)	Hamburg, Hessen, Saarland	3

Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise gemäß Krankenhausplan	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Anforderungen an Geburtshilfe gemäß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (AWMF). Mindestmengenvereinbarung	Rheinland-Pfalz	1
Anlehnung an G-BA Vorgaben: wohnortnahe Versorgung; min. 300 Geburten p.a.; Schnittentbindung innerhalb von 20 Min.; Erstversorgung eines gefährdeten oder erkrankten Neugeborenen durch Fachabteilung; Verlegung von Risikofällen nach leitliniengestützten Kriterien	Sachsen-Anhalt	1
Zuordnung zu 4 Versorgungsstufen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (G-BA)), keine weiteren Vorgaben	Thüringen	1
Nephrologische Schwerpunktabteilung		
Empfehlungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie zu Struktur und Aufgaben nephrologischer Schwerpunktabteilungen	Baden-Württemberg	1
Palliativversorgung im Krankenhaus		
„Qualitätskriterien für Palliativstationen“ durch die Arbeitsgruppe „Palliativstationen“ des Expertenkreises „Palliativmedizin und Hospizarbeit“ erarbeitet und an die Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin angelehnt	Bayern	1
Palliativmedizinische Komplexbehandlung nach OPS-Kode 8-982	Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein	3
Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung, OPS-Kode 8-98e	Berlin, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein	3
Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland, 2010 Strukturelle, prozessurale Anforderungen an ein onkologisches Zentrum	Mecklenburg-Vorpommern	1
„Qualitätskriterien für Palliativstationen“ der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestags	Sachsen	1

Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise gemäß Krankenhausplan	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Geriatric		
Geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung, OPS-Kode 8-550	Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Schleswig-Holstein	7
Qualitätssiegel Geriatric	Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen	5
Zercur®	Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein	2
GEMIDAS® PRO	Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein	2
Konzept nach den Empfehlungen des Bundesverbandes Geriatric	Berlin, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein,	3
Transplantationszentren		
Transplantationsgesetz	Baden-Württemberg, Bayern, Berlin	3
Mindestmengen-Regelungen (G-BA)	Hessen, Sachsen-Anhalt	2
„Richtlinie zur Transplantation von Stammzellen aus Nabelschnurblut (CB = Cord Blood)“ der Bundesärztekammer für die allogene Stammzelltransplantation	Sachsen-Anhalt	1
Richtlinien zur Transplantation peripherer Blutstammzellen	Sachsen-Anhalt	1

Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise gemäß Krankenhausplan	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Schlaganfall		
Zertifizierung als lokale Schlaganfalleinheiten durch Deutsche Schlaganfallgesellschaft (DSG)	Baden-Württemberg, Berlin, Saarland, Schleswig-Holstein, Thüringen	5
Zertifizierung durch Deutsche Schlaganfall-Hilfe	Berlin, Saarland, Schleswig-Holstein	3
Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, OPS-Kode 8-981	Bremen/Bremerhaven	1
Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung, OPS-Kode 8-550	Bremen/Bremerhaven, Nordrhein-Westfalen	2
Leitlinie „Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie „Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie	Nordrhein-Westfalen	1
Stellungnahme „Die Versorgung neurologischer Patienten in der Notaufnahme“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie	Nordrhein-Westfalen	1
Monitoring der Patientinnen/-en in der Stroke Unit nach geltenden evidenzbasierten Schemata; Mindestanzahl an behandelten Patientinnen/-en pro Einheit (min. ca. 250/Jahr)	Rheinland-Pfalz	1
Zertifizierung nach LGA InterCert / TÜV Rheinland	Rheinland-Pfalz	1
Mindestmenge 250 bzw. 450 Schlaganfallpatientinnen/-patienten pro Jahr inkl. TIA für reguläre Stroke Unit bzw. überregionale Stroke Unit	Rheinland-Pfalz	1

Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise gemäß Krankenhausplan	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Onkologischer Schwerpunkt		
Landesbeirat Onkologie „Grundsätze und Kriterien für die Voraussetzungen eines onkologischen Schwerpunkts“, Zertifizierung durch Zertifizierungskommission bestehend aus Fachexperten der wichtigsten klinischen Disziplinen, der Pflege, der Psychosomatik und der Dokumentation für Standorte des onkologischen Schwerpunkts	Baden-Württemberg	1
Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten	Berlin, Hessen	2
Anforderungen für ein Onkologisches Zentrum gemäß der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)	Schleswig-Holstein	1
Mindestens zwei Tumorzentren (Brusttumorzentrum, Darmtumorzentrum, Prostatatumorzentrum, Lungentumorzentrum, Hauttumorzentrum, Lymphomzentrum, Hirntumorzentrum) nach den Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft	Schleswig-Holstein	1
Brustzentrum		
Vorgabe G-BA (Mindestmengen für Operationen, Strukturindikator zu kompletten Behandlungsangebot inkl. Physiotherapie und Hospiz)	Nordrhein-Westfalen	1
Zertifizierungsverfahren nach Verfahren und Vorgaben der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Senologie	Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein	3
Konzept „Rahmenbedingungen für eine Anerkennung als Brustzentrum“	Nordrhein-Westfalen	1
Weaning (Beatmungsentwöhnung)		
Qualitätsstandards der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI)	Berlin	1

Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise gemäß Krankenhausplan	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Personelle Besetzung von Fachabteilungen		
Leitung von Fachabteilungen: Facharztstandard, Vollzeitanzstellung Ärztliche Besetzung von Fachabteilungen: Mindestanzahl an ausgebildeten Fachärztinnen bzw. Fachärzten Facharztstandard bzw. Zusatzbezeichnung im medizinischen Schwerpunkt: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geriatrie: fakultative Weiterbildung „Klinische Geriatrie“ oder Zusatz-Weiterbildung Geriatrie ▪ Diabetologie: fachärztliche Zusatzbezeichnung Diabetologie, Diabetesberatung, Diätassistenz ▪ Palliativmedizin: multiprofessionelle Teams aus hierfür qualifiziertem ärztlichen Bereich, der Pflege, der Sozialarbeit, Kunst-, Musik- und Entspannungstherapie, Physiotherapie und Psychologie 	Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Thüringen	7
Intensivstation		
Besetzung mit Pflegepersonal gemäß den Kriterien der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin	Berlin	1
Strukturelle Vorgaben zur Personalausstattung und Qualifikation (Leitung, ärztliche Ausstattung, Pflegeschlüssel inkl. Stationsleitung, sonstiges Personal), Teilnahme an einem externen Qualitätsvergleich ODER externen Audit ODER interne permanente Kontrolle von min. 2 Qualitätsindikatoren; Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin	Nordrhein-Westfalen	1

Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise gemäß Krankenhausplan	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Neurologische Rehabilitation Phase A–F		
BAR-Kriterien für neurologische Frührehabilitation Phase B und C Mindestanforderungen an Einrichtungen der Neurologischen Frührehabilitation Phase B: Krankenhausstruktur und apparative sowie räumliche Ausstattung	Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt	4
Personelle Ausstattung, OPS-Kode 8-552.6	Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Sachsen-Anhalt	4
Frührehabilitative Komplexbehandlung, OPS-Kode 8-55	Nordrhein-Westfalen	1
Empfehlungen der BAG für Rehabilitation zur neurologischen Rehabilitation	Sachsen, Schleswig-Holstein	2
Neurologische Komplexbehandlung, OPS-Kodes 8-981 und 8-98b	Thüringen	1
Gefäßchirurgie		
Zertifizierung als Gefäßzentrum durch eine oder alle drei Fachgesellschaften: Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin, Deutsche Gesellschaft für Angiologie und Deutsche Röntgen-gesellschaft	Berlin	1
11 Leitlinien der Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Nordrhein-Westfalen	1
Zertifizierung nach der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Rheinland-Pfalz	1
Dreier-Zertifizierung nach den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Angiologie, der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und der Deutschen Radiologischen Gesellschaft	Saarland	1
Erkrankung der Atmungsorgane		
Zertifizierung von Thoraxzentren durch die Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie	Berlin	1

Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise gemäß Krankenhausplan	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Somatische Versorgung von Kindern und Jugendliche		
Gütesiegel „Ausgezeichnet für Kinder“	Berlin	1
Kindgerechte Krankenhausversorgung	Hamburg	1
Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten	Saarland	1
Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e. V. mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Kind und Krankenhaus und der Deutschen Akademie für Kinder und Jugendmedizin: „Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen“	Sachsen	1
Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		
Fachliche Empfehlungen des Landespsychiatriebeirats	Berlin	1
Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlungsleistungen, OPS-Kode 9-63	Brandenburg	1
S3-Leitlinie / Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression	Nordrhein-Westfalen	1
S3-Leitlinie / Behandlungsleitlinie Schizophrenie	Nordrhein-Westfalen	1
Kardiologie		
Kardiologische Notfallversorgung: Mindestmengen für PCI-Eingriffe am Wochenende	Berlin	1
SC Guidelines on the management of cardiovascular diseases during pregnancy	Nordrhein-Westfalen	1
Qualitätskriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Gewährleistung einer 24-h-Versorgung	Saarland	1

Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise gemäß Krankenhausplan	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung; für die Genehmigung spezialisierter Leistungen (invasiver) außerhalb der Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung	Sachsen	1
Infektionsbetten		
„Anforderungen an die Hygiene bei der medizinischen Versorgung von immunsupprimierten Patienten“ 2010, Robert Koch-Institut	Nordrhein-Westfalen	1
Chest Pain Units		
Mindeststrukturkriterien der Deutsche Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung: sächliche und personelle Ausstattung bzw. Qualifizierung	Saarland	1
Gerontopsychiatrie		
Zertifizierungen der Einrichtungen: Strukturparameter (räumliche Gegebenheiten, ärztliche Qualifizierung): Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde; Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V.	Saarland	1
Traumazentrum		
Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie „Schädel-Hirn-Trauma im Erwachsenenalter“ der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie für die Behandlung bewusstloser Patientinnen und Patienten mit unbekannter Mehrfachverletzung	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie „Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung“ verschiedener medizinisch wissenschaftlicher Fachgesellschaften	Nordrhein-Westfalen	1
Zertifiziertes überregionales Traumazentrum	Saarland	1

Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise gemäß Krankenhausplan	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Urologie		
Qualitätsgesicherte Leistungserbringung entsprechend den Leitlinien des Fachgebietes und den Vorgaben des SGB V	Sachsen-Anhalt	1
Einhaltung von Mindestmengen	Sachsen-Anhalt	1
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie		
Qualitätsgesicherte Leistungserbringung entsprechend den Leitlinien des Fachgebietes und den Vorgaben des SGB V; Einhaltung der Psychiatrie-Personalverordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie	Sachsen-Anhalt	1
Knie-Totalendoprothesen		
Mindestmengenregelungen (G-BA)	Hamburg	1
Adipositas-Chirurgie		
Erfüllung der Anforderungen der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Adipositas-Chirurgie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie	Mecklenburg-Vorpommern	1
Geschlechtergerechte Versorgung		
Kontinuierliche und geschlechtsdifferenzierte Erfassung von Daten; regelmäßige Auswertung der Daten, um Bedarfe zu erkennen, Entwicklungen aufzuzeigen und ein Gender-Controlling zu gewährleisten; geschlechtergerechtes Personalmanagement und insbesondere eine geschlechtergerechte Personalentwicklung; geschlechtergerechtes Überleitungsmanagement; Implementierung von Gender-Aspekten in allen Bereichen der pflegerischen und medizinischen Versorgung; kontinuierliches Angebot von Schulungen und Vorträgen zu geschlechterspezifischen Fragestellungen mit dem Ziel der Erhöhung der Gender-Kompetenz der Mitarbeitenden	Nordrhein-Westfalen	1

Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise gemäß Krankenhausplan	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Wirbelsäulenchirurgie		
Leitlinie „Behandlung akuter post-operativer und posttraumatischer Schmerzen“	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie „Polytrauma / Schwerverletzten-Behandlung“	Nordrhein-Westfalen	1
Nationale Versorgungsleitlinie „Kreuzschmerz“	Nordrhein-Westfalen	1
Sepsis		
Leitlinien der Deutschen Sepsis-Gesellschaft e. V.	Rheinland-Pfalz	1
Neurochirurgie		
Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin, der Deutschen Gesellschaft für Neuroradiologie und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie für die Erarbeitung von Anforderungen zur Struktur- und Prozessqualität im Rahmen von Versorgungskonzepten hauptamtlich geführter neurochirurgischer Abteilungen	Schleswig-Holstein	1
Gefäßchirurgie		
Leitlinien der Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum“	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie „Der akute periphere Arterienverschluss“ der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie „Akuter Intestinalarterienverschluss“ der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie zur amputationsbedrohten Extremität der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Nordrhein-Westfalen	1

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung. Anhang Abschlussbericht

Bereiche und Qualitätsanforderungen / Nachweise gemäß Krankenhausplan	Bundesland	Anzahl Bundesländer
Leitlinie zum Bauchaortenaneurysma und Beckenarterienaneurysma der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie „Chronische Verschlussprozesse der Intestinalarterien“ der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie „Gefäßinfektionen“ der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie „Gefäßverletzungen“ der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie „Erkrankungen der Oberschenkelarterien“ der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Nordrhein-Westfalen	1
Leitlinie „Thorakale und thorakoabdominelle Aortenaneurysmen“ der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie	Nordrhein-Westfalen	1

Quelle: Krankenhauspläne und Versorgungskonzepte der Bundesländer

Tabelle 8: Krankheitslast in Deutschland – Zehn wichtigste Erkrankungen auf der Basis von „Disability-Adjusted Life Years“ (DALYs) 2010 (Plass et al. 2014)

Erkrankungen	Männer		Frauen		insgesamt		
	Anzahl	Rang	Anzahl	Rang	Anzahl	Rang	Anteil [%]
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	2.551.248	1	2.072.319	2	4.623.567	1	21,2
Krebserkrankungen	2.452.880	2	1.807.685	3	4.260.565	2	19,5
Muskuloskelettale Erkrankungen	1.679.000	3	2.092.654	1	3771654	3	17,3
psychische und Verhaltensstörungen	1.305.863	4	1.460.018	4	2.765.881	4	12,7
Diabetes, urogenitale, blutassoziierte und endokrine Störungen	733.326	5	737.065	5	1.470.391	5	6,7
neurologische Störungen	491.927	6	664.661	6	1.156.588	6	5,3
andere nichtübertragbare Erkrankungen	545.057	7	608.604	7	1.153.661	7	5,3
unabsichtliche Verletzungen	614.616	8	460.015	9	1.074.631	8	4,9
chronische Atemwegserkrankungen	578.996	9	489.548	8	1.068.544	9	4,9
Verletzungen im Straßenverkehr	345.240	10	147.146	12	492.386	10	2,3
Rang 1–10 insgesamt					21.837.868		100,0

Tabelle 9: Zehn häufigste Hauptdiagnosen Frauen und Männer 2016 (Destatis 2017)

Rangfolge	Frauen			Männer		
	Hauptdiagnose	ICD-10-GM	Anzahl	Hauptdiagnose	ICD-10-GM	Anzahl
1	Linksherzinsuffizienz	I501	149.594	Linksherzinsuffizienz	I501	149.405
2	Benigne essentielle Hypertonie	I100	123.865	Atherosklerotische Herzkrankheit	I251	133.475
3	Gehirnerschütterung	S060	111.878	Atherosklerose der Extremitätenarterien	I702	125.312
4	Kniegelenksarthrose	M171	95.030	Gehirnerschütterung	S060	119.620
5	Synkope und Kollaps	R55	87.014	Leistenhernie	K409	111.421
6	Hüftgelenksarthrose	M161	81.220	Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	F102	98.571
7	Rechtsherzinsuffizienz	I500	78.697	Akuter subendokardialer Myokardinfarkt	I214	94.517
8	Volumenmangel	E86	76.099	Schlafapnoe	G473	83.419
9	Vorhofflimmern, paroxysmal	I480	75.813	Alkohol: Akute Intoxikation	F100	80.977
10	Atherosklerose der Extremitätenarterien	I702	72.680	Angina pectoris	I208	78.048

Tabelle 10: Zehn häufigste Todesursachen 2015 bezogen auf 925.200 Todesfälle (Destatis [2017])

ICD-10	Todesursache	Gestorbene (m/w)	Anteil [%]
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	76.013	8,2
I21	Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	49.210	5,3
I50	Herzinsuffizienz (Herzschwäche, Herzmuskelschwäche)	47.414	5,1
C34	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge (Lungen- und Bronchialkrebs)	45.224	4,9
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	31.939	3,5
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	31.073	3,4
I11	Hypertensive Herzkrankheit	25.365	2,7
J18	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet (Lungenentzündung)	19.368	2,1
I48	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	19.265	2,1
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Brustdrüsenkrebs (Mamma))	18.295	2,0

Tabelle 11: Zehn häufigste Todesursachen bei Frauen und Männern 2015 (Destatis [2017])

Rangfolge	Frauen		Männer	
	Todesursache	Gestorbene	Todesursache	Gestorbene
1	Chronische ischämische Herzkrankheit	37.190	Chronische ischämische Herzkrankheit	38.823
2	Herzinsuffizienz (Herzschwäche, Herzmuskelschwäche)	29.795	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge (Lungen- und Bronchialkrebs)	29.354
3	Nicht näher bezeichnete Demenz	22.043	Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	27.835
4	Akuter Myokardinfarkt (Herzinfarkt)	21.375	Herzinsuffizienz (Herzschwäche, Herzmuskelschwäche)	17.619
5	Bösartige Neubildung der Brustdrüse (Brustdrüsenkrebs (Mamma))	18.136	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	17.300
6	Hypertensive Herzkrankheit	18.043	Bösartige Neubildung der Prostata	13.900
7	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge (Lungen- und Bronchialkrebs)	15.870	Nicht näher bezeichnete Demenz	9.896
8	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	13.773	Pneumonie, Erreger nicht näher bezeichnet (Lungenentzündung)	9.746
9	Vorhofflattern und Vorhofflimmern	12.748	Sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursache	9.329
10	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	9.820	Bösartige Neubildung des Dickdarmes	8.548

Anhang C.1: Spezifische Leistungsbündel bei festgesetztem Schwellenwert von $\geq 75\%$

Anmerkung: Die Anzahl der Eingriffe pro OPS-Kode unterliegt dem Datenschutz und wird über eine Mindestfallzahlregel von mindestens vier Fällen geschützt. OPS-Kodes, welche der Mindestfallzahlregel unterliegen, sind mit einer Anzahl von eins („1“) in die Auswertung eingeflossen.

Tabelle 12: Spezifisches Leistungsbündel „Operative Eingriffe an Hals und endokrinen Drüsen“ (Viszeralchirurgie)

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-060	Inzision im Gebiet der Schilddrüse	449	36,9	22	1,8	8	0,7	2.768
5-061	Hemithyreoidektomie	935	76,8	315	25,9	154	12,7	37.095
5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	879	72,2	147	12,1	58	4,8	16.031
5-063	Thyreoidektomie	949	78,0	425	34,9	213	17,5	55.125
5-064	Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie	91	7,5	2	0,2	0	0,0	222
5-065	Exzision des Ductus thyreoglossus	97	8,0	5	0,4	2	0,1	449
5-066	Partielle Nebenschilddrüsenresektion	327	26,9	32	2,6	18	1,5	3.051
5-067	Parathyreoidektomie	488	40,1	70	5,8	36	3,0	7.267
5-068	Operationen an der Nebenschilddrüse durch Sternotomie	38	3,1	0	0,0	0	0,0	78

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	962	79,0	608	50,0	358	29,4	107.563
5-070	Exploration der (Umgebung der) Nebenniere	25	2,0	0	0,0	0	0,0	35
5-071	Partielle Adrenalektomie	173	14,2	4	0,3	1	0,1	542
5-072	Adrenalektomie	401	33,0	27	2,2	8	0,7	2.633
5-073	Andere Operationen an der Nebenniere	32	2,6	0	0,0	0	0,0	59
5-077	Exzision und Resektion des Thymus	174	14,3	11	0,9	4	0,3	1.491
5-078	Andere Operationen am Thymus	11	0,9	0	0,0	0	0,0	20
5-079	Operationen an anderen endokrinen Drüsen	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1
5-311	Temporäre Tracheostomie	729	59,9	96	7,9	36	3,0	9.209
5-312	Permanente Tracheostomie	420	34,5	27	2,2	8	0,7	2.694
5-316	Rekonstruktion der Trachea	267	21,9	4	0,3	2	0,2	1.006
5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	401	33,0	42	3,5	20	1,6	4.873

Tabelle 13: Spezifisches Leistungsbündel „Basischirurgie“ (Viszeralchirurgie)

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-470	Appendektomie	1.094	89,9	1.008	82,8	814	66,9	133.013
5-479	Andere Operationen an der Appendix	258	21,2	0	0,0	0	0,0	397
5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianal-region	1.110	91,2	841	69,1	395	32,5	66.488
5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	1.064	87,4	417	34,3	165	13,6	37.533
5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	1.040	85,5	327	26,9	124	10,2	27.579
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	1.097	90,1	673	55,3	314	25,8	57.832
5-494	Durchtrennung des Sphincter ani [Sphinkterotomie]	116	9,5	1	0,1	0	0,0	256
5-499	Andere Operationen am Anus	672	55,2	51	4,2	19	1,6	6.142
5-510	Cholezystotomie und Cholezystostomie	231	19,0	3	0,2	0	0,0	473
5-511	Cholezystektomie	1.111	91,3	1.061	87,2	997	81,9	261.332
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	1.135	93,3	1.078	88,6	995	81,8	214.147
5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	1.009	82,9	49	4,0	11	0,9	6.199
5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	1.126	92,5	918	75,4	438	36,0	68.881

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	1.079	88,7	120	9,9	31	2,5	11.938
5-536	Verschluss einer Narbenhernie	1.117	91,8	846	69,5	375	30,8	63.257
5-539	Verschluss anderer abdominaler Hernien	902	74,1	23	1,9	4	0,3	3.880
5-540	Inzision der Bauchwand	768	63,1	18	1,5	7	0,6	3.594
5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	1.071	88,0	733	60,2	460	37,8	104.403
5-542	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand	997	81,9	110	9,0	30	2,5	9.983
5-545	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	1.000	82,2	260	21,4	84	6,9	21.238
5-549	Andere Bauchoperationen	1.026	84,3	294	24,2	93	7,6	23.014
5-891	Inzision eines Sinus pilonidalis	405	33,3	15	1,2	3	0,2	1.662
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	1.182	97,1	982	80,7	594	48,8	110.159
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1.191	97,9	873	71,7	439	36,1	74.882
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	1.185	97,4	1.064	87,4	882	72,5	264.405
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	1.094	89,9	619	50,9	155	12,7	34.899

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	1.157	95,1	960	78,9	774	63,6	158.604

Tabelle 14: Spezifisches Leistungsbündel „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magenchirurgie“ (Viszeralchirurgie)

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-430	Gastrotomie	225	18,5	2	0,2	0	0,0	439
5-431	Gastrostomie	749	61,5	54	4,4	18	1,5	6.018
5-432	Operationen am Pylorus	447	36,7	15	1,2	6	0,5	1.904
5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	857	70,4	38	3,1	10	0,8	4.841
5-434	Atypische partielle Magenresektion	712	58,5	121	9,9	55	4,5	10.991
5-435	Partielle Magenresektion (2/3-Resektion)	627	51,5	9	0,7	1	0,1	1.824
5-436	Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion)	575	47,3	9	0,7	1	0,1	1.880
5-437	(Totale) Gastrektomie	721	59,2	42	3,5	9	0,7	4.706

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-438	(Totale) Gastrektomie mit subtotaler Ösophagusresektion	248	20,4	4	0,3	2	0,1	794
5-439	Andere Inzision, Exzision und Resektion am Magen	141	11,6	0	0,0	0	0,0	189
5-444	Vagotomie	33	2,7	0	0,0	0	0,0	54
5-445	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]	676	55,6	91	7,5	40	3,3	9.689
5-447	Revision nach Magenresektion	262	21,5	6	0,5	1	0,1	750
5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	910	74,8	202	16,6	69	5,7	16.915
5-449	Andere Operationen am Magen	919	75,5	96	7,9	30	2,5	8.911
5-450	Inzision des Darmes	643	52,8	11	0,9	2	0,2	2.258
5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes	893	73,4	38	3,1	11	0,9	5.381
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	1.000	82,2	275	22,6	94	7,7	20.417
5-453	Ausschaltung eines Darmsegmentes als selbständiger Eingriff (z. B. bei zweizeitigen plastischen Operationen)	26	2,1	0	0,0	0	0,0	44
5-454	Resektion des Dünndarmes	1.038	85,3	524	43,1	191	15,7	38.603

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	1.066	87,6	904	74,3	625	51,4	102.483
5-456	(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie	611	50,2	31	2,6	12	1,0	3.579
5-459	Bypass-Anastomose des Darmes	811	66,6	39	3,2	10	0,8	5.012
5-460	Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff	951	78,1	110	9,0	29	2,4	9.929
5-461	Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff	794	65,2	30	2,5	8	0,7	4.200
5-462	Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes	939	77,2	228	18,7	74	6,1	18.654
5-463	Anlegen anderer Enterostomata	622	51,1	40	3,3	12	1,0	3.890
5-464	Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma	930	76,4	99	8,1	25	2,1	9.741
5-465	Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas	953	78,3	260	21,4	76	6,2	19.935
5-466	Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata	878	72,1	53	4,4	12	1,0	6.336
5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	1.025	84,2	355	29,2	133	10,9	29.432
5-468	Intraabdominale Manipulation am Darm	523	43,0	10	0,8	0	0,0	1.508

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-469	Andere Operationen am Darm	1.133	93,1	1.020	83,8	921	75,7	272.573
5-480	Inzision des Rektums	216	17,8	1	0,1	0	0,0	383
5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	984	80,9	143	11,8	42	3,5	13.287
5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	1.011	83,1	448	36,8	161	13,2	32.786
5-485	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung	802	65,9	34	2,8	9	0,7	4.392
5-486	Rekonstruktion des Rektums	762	62,6	61	5,0	21	1,7	5.952
5-489	Andere Operation am Rektum	722	59,3	43	3,5	16	1,3	5.547
5-496	Rekonstruktion des Anus und des Sphinkterapparates	542	44,5	52	4,3	19	1,6	5.071

Tabelle 15: Spezifisches Leistungsbündel „Basis Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie)

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	1.112	91,4	562	46,2	278	22,8	68.503
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	1.109	91,1	968	79,5	730	60,0	171.435
5-789	Andere Operationen am Knochen	679	55,8	56	4,6	17	1,4	4.785
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	1.072	88,1	951	78,1	779	64,0	175.442
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	1.003	82,4	227	18,7	58	4,8	17.076
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	1.069	87,8	947	77,8	741	60,9	138.847
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	1.025	84,2	289	23,8	90	7,4	21.629
5-797	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus	777	63,9	71	5,8	24	2,0	6.834
5-798	Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur	408	33,5	50	4,1	15	1,2	4.396
5-799	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese	361	29,7	44	3,6	13	1,1	3.509

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	899	73,8	149	12,2	52	4,3	11.835
5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	998	82,0	221	18,2	74	6,1	16.235
5-802	Offen chirurgische Refixation und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	737	60,6	48	3,9	12	1,0	4.943
5-803	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk	467	38,4	24	2,0	3	0,3	2.428
5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	910	74,8	211	17,3	99	8,1	21.102
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	935	76,8	400	32,9	170	14,0	39.935
5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	1.153	94,7	612	50,3	349	28,7	86.154
5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	1.007	82,7	209	17,2	84	6,9	23.560
5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	1.127	92,6	324	26,6	129	10,6	29.988
5-853	Rekonstruktion von Muskeln	915	75,2	92	7,6	25	2,1	7.922
5-854	Rekonstruktion von Sehnen	911	74,9	186	15,3	89	7,3	19.921
5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	1.083	89,0	629	51,7	261	21,5	54.788

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-856	Rekonstruktion von Faszien	944	77,6	96	7,9	25	2,1	9.011
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	1.121	92,1	563	46,3	171	14,1	37.831
5-862	Amputation und Exartikulation obere Extremität	89	7,3	0	0,0	0	0,0	157
5-863	Amputation und Exartikulation Hand	666	54,7	52	4,3	21	1,7	5.267
5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	924	75,9	169	13,9	46	3,8	12.023
5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	1.032	84,8	440	36,2	216	17,8	37.469
5-866	Revision eines Amputationsgebietes	672	55,2	114	9,4	45	3,7	9.031
5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	1.069	87,8	570	46,8	333	27,4	76.302

Tabelle 16: Spezifisches Leistungsbündel „Spezielle Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie)

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	1.057	86,9	594	48,8	384	31,6	108.362
5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	1.003	82,4	477	39,2	168	13,8	32.138
5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	1.078	88,6	991	81,4	885	72,7	267.433
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	1.041	85,5	529	43,5	199	16,4	40.570
5-837	Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	374	30,7	69	5,7	16	1,3	5.926
5-838	Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule	175	14,4	18	1,5	6	0,5	1.772
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	932	76,6	348	28,6	184	15,1	44.091
5-841	Operationen an Bändern der Hand	846	69,5	157	12,9	74	6,1	16.623
5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	698	57,4	166	13,6	68	5,6	13.383
5-843	Operationen an Muskeln der Hand	324	26,6	11	0,9	1	0,1	1.180

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-844	Operation an Gelenken der Hand	699	57,4	121	9,9	41	3,4	9.222
5-845	Synovialektomie an der Hand	473	38,9	103	8,5	49	4,0	9.737
5-846	Arthrodesen an Gelenken der Hand	570	46,8	58	4,8	17	1,4	4.714
5-847	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand	478	39,3	107	8,8	38	3,1	8.467
5-848	Operationen bei kongenitalen Anomalien der Hand	13	1,1	0	0,0	0	0,0	17
5-849	Andere Operationen an der Hand	776	63,8	125	10,3	56	4,6	12.930
5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	609	50,0	77	6,3	29	2,4	6.705
5-858	Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung	148	12,2	17	1,4	6	0,5	1.808
5-860	Replantation obere Extremität	116	9,5	3	0,3	0	0,0	399
5-861	Replantation untere Extremität	9	0,7	0	0,0	0	0,0	12
5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	995	81,8	385	31,6	181	14,9	40.363
5-784	Knochentransplantation und -transposition	1.041	85,5	555	45,6	296	24,3	63.086
5-785	Implantation von alloplastischem Knochenersatz	881	72,4	250	20,5	84	6,9	19.053

Tabelle 17: Ausgeschlossenes spezifisches Leistungsbündel „Spezielle Viszeralchirurgie“

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-420	Inzision des Ösophagus	148	12,2	6	0,5	5	0,4	729
5-421	Ösophagostomie als selbständiger Eingriff	41	3,4	0	0,0	0	0,0	74
5-422	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Ösophagus	283	23,3	8	0,7	0	0,0	910
5-423	Partielle Ösophagusresektion ohne Wiederherstellung der Kontinuität	83	6,8	0	0,0	0	0,0	155
5-424	Partielle Ösophagusresektion mit Wiederherstellung der Kontinuität	305	25,1	13	1,1	2	0,2	1.583
5-425	(Totale) Ösophagektomie ohne Wiederherstellung der Kontinuität	37	3,0	0	0,0	0	0,0	50
5-426	(Totale) Ösophagektomie mit Wiederherstellung der Kontinuität	218	17,9	31	2,5	13	1,1	2.888
5-427	Rekonstruktion der Ösophaguspassage (als selbständiger Eingriff)	79	6,5	0	0,0	0	0,0	168
5-428	Rekonstruktion der Ösophaguspassage bei Atresie und Versorgung einer kongenitalen ösophago-trachealen Fistel	13	1,1	0	0,0	0	0,0	24
5-429	Andere Operationen am Ösophagus	625	51,4	70	5,8	34	2,8	8.139

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-500	Inzision der Leber	414	34,0	2	0,2	1	0,1	905
5-501	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion)	957	78,6	219	18,0	73	6,0	21.038
5-502	Anatomische (typische) Leberresektion	566	46,5	86	7,1	34	2,8	10.636
5-505	Rekonstruktion der Leber	645	53,0	40	3,3	19	1,6	6.411
5-506	Implantation, Wechsel und Entfernung eines Katheterversystems in Leberarterie und Pfortader (zur Chemotherapie) und offen chirurgische intrahepatische Chemoperfusion	10	0,8	0	0,0	0	0,0	25
5-509	Andere Operationen an der Leber	283	23,3	10	0,8	4	0,3	1.523
5-512	Biliodigestive Anastomose (von Ductus hepaticus, Ductus choledochus und Leberparenchym)	535	44,0	39	3,2	12	1,0	4.706
5-513	Endoskopische Operationen an den Gallengängen	846	69,5	416	34,2	163	13,4	39.869
5-514	Andere Operationen an den Gallengängen	675	55,5	54	4,4	25	2,1	9.296
5-515	Exzision und Resektion von erkranktem Gewebe der Gallengänge	325	26,7	16	1,3	3	0,2	1.520
5-516	Andere Rekonstruktion der Gallengänge	469	38,5	8	0,7	2	0,2	1.466

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-517	Einlegen oder Wechseln von selbstexpandierenden Stents und Stent-Prothesen in die Gallengänge	74	6,1	1	0,1	0	0,0	182
5-518	Operationen an Sphincter Oddi und Papilla duodeni major	133	10,9	0	0,0	0	0,0	260
5-519	Andere Operationen an Gallenblase und Gallengängen	284	23,3	3	0,2	0	0,0	682
5-520	Inzision des Pankreas	136	11,2	1	0,1	1	0,1	259
5-521	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Pankreas	396	32,5	15	1,2	5	0,4	1.589
5-522	Marsupialisation einer Pankreaszyste	27	2,2	0	0,0	0	0,0	38
5-523	Innere Drainage des Pankreas	247	20,3	7	0,6	4	0,3	880
5-524	Partielle Resektion des Pankreas	582	47,8	171	14,1	54	4,4	13.264
5-525	(Totale) Pankreatektomie	327	26,9	16	1,3	4	0,3	1.771
5-526	Endoskopische Operationen am Pankreasgang	343	28,2	11	0,9	4	0,3	2.064
5-527	Anastomose des Ductus pancreaticus	95	7,8	2	0,2	1	0,1	310
5-529	Andere Operationen am Pankreas und am Pankreasgang	382	31,4	13	1,1	5	0,4	2.303

Tabelle 18: Ausgeschlossenes spezifisches Leistungsbündel „Spezielle orthopädische Chirurgie“

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-800	Offen chirurgische Operation eines Gelenkes	1.105	90,8	767	63,0	491	40,3	131.789
5-801	Offen chirurgische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	949	78,0	185	15,2	56	4,6	14.154
5-805	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	984	80,9	460	37,8	200	16,4	45.345
5-806	Offen chirurgische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Sprunggelenkes	939	77,2	215	17,7	61	5,0	16.067
5-807	Offen chirurgische Refixation am Kapselbandapparat anderer Gelenke	908	74,6	124	10,2	31	2,5	11.087
5-808	Offen chirurgische Arthrodesese	972	79,9	288	23,7	150	12,3	33.229
5-809	Andere Gelenkoperationen	760	62,4	88	7,2	29	2,4	7.708
5-810	Arthroskopische Gelenkoperation	1.066	87,6	752	61,8	474	38,9	122.665
5-811	Arthroskopische Operation an der Synovialis	1.063	87,3	772	63,4	532	43,7	178.271
5-812	Arthroskopische Operation am Gelenkknorpel und an den Menisken	1.071	88,0	918	75,4	705	57,9	218.153
5-814	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenkes	980	80,5	710	58,3	515	42,3	159.974

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-815	Arthroskopische Entfernung und arthroskopischer Wechsel eines Bandersatzes am Kniegelenk	330	27,1	26	2,1	4	0,3	1.901
5-816	Arthroskopische Operationen am Labrum acetabulare	272	22,4	25	2,1	11	0,9	2.345
5-819	Andere arthroskopische Operationen	823	67,6	183	15,0	73	6,0	21.481
5-820	Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk	1.053	86,5	976	80,2	839	68,9	194.528
5-821	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk	960	78,9	335	27,5	119	9,8	26.389
5-822	Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk	862	70,8	742	61,0	679	55,8	139.369
5-823	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk	831	68,3	215	17,7	59	4,8	16.215
5-824	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	938	77,1	323	26,5	99	8,1	25.133
5-825	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität	582	47,8	27	2,2	9	0,7	3.321
5-826	Implantation einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität	181	14,9	8	0,7	0	0,0	744

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-827	Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese an Gelenken der unteren Extremität	164	13,5	1	0,1	0	0,0	435
5-828	Implantation, Revision, Wechsel und Entfernung eines Knochenteilersatzes und Knochentotalersatzes	251	20,6	10	0,8	4	0,3	1.421
5-829	Andere gelenkplastische Eingriffe	975	80,1	491	40,3	268	22,0	59.851
5-830	Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	570	46,8	159	13,1	89	7,3	44.007
5-831	Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe	605	49,7	391	32,1	291	23,9	100.033
5-832	Exzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule	637	52,3	298	24,5	209	17,2	102.184
5-835	Knochenersatz an der Wirbelsäule	466	38,3	176	14,5	101	8,3	31.864
5-836	Spondylodese	622	51,1	296	24,3	174	14,3	44.200
5-839	Andere Operationen an der Wirbelsäule	873	71,7	598	49,1	421	34,6	133.416
5-83a	Minimalinvasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)	300	24,7	98	8,1	59	4,8	16.826
5-867	Operationen bei kongenitalen Anomalien des Fußes	5	0,4	0	0,0	0	0,0	7

Anhang C.2: Spezifische Leistungsbündel stratifiziert nach Bettengrößenklassen

Anmerkung: Die Anzahl der Eingriffe pro OPS-Kode unterliegt dem Datenschutz und wird über eine Mindestfallzahlregel von mindestens vier Fällen geschützt. OPS-Kodes, welche der Mindestfallzahlregel unterliegen, sind mit einer Anzahl von eins („1“) in die Auswertung eingeflossen.

Tabelle 19: Spezifisches Leistungsbündel „Operative Eingriffe an Hals und endokrinen Drüsen“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-060	Inzision im Gebiet der Schilddrüse	92	19,2	4	0,8	2	0,4	508
5-061	Hemithyreoidektomie	279	58,4	54	11,3	26	5,4	7.148
5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	270	56,5	36	7,5	15	3,1	4.243
5-063	Thyreoidektomie	284	59,4	81	16,9	40	8,4	12.975
5-064	Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie	7	1,5	1	0,2	0	0,0	50
5-065	Exzision des Ductus thyreoglossus	13	2,7	1	0,2	1	0,2	143
5-066	Partielle Nebenschilddrüsenresektion	46	9,6	4	0,8	3	0,6	636
5-067	Parathyreoidektomie	75	15,7	12	2,5	8	1,7	1.246
5-068	Operationen an der Nebenschilddrüse durch Sternotomie	4	0,8	0	0,0	0	0,0	8

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	296	61,9	136	28,5	62	13,0	20.285
5-070	Exploration der (Umgebung der) Nebenniere	3	0,6	0	0,0	0	0,0	3
5-071	Partielle Adrenalectomie	10	2,1	0	0,0	0	0,0	13
5-072	Adrenalectomie	42	8,8	0	0,0	0	0,0	75
5-073	Andere Operationen an der Nebenniere	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1
5-077	Exzision und Resektion des Thymus	15	3,1	0	0,0	0	0,0	50
5-078	Andere Operationen am Thymus	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1
5-079	Operationen an anderen endokrinen Drüsen	-	-	-	-	-	-	-
5-311	Temporäre Tracheostomie	175	36,6	3	0,6	1	0,2	651
5-312	Permanente Tracheostomie	79	16,5	1	0,2	0	0,0	179
5-316	Rekonstruktion der Trachea	43	9,0	0	0,0	0	0,0	106
5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	60	12,6	6	1,3	4	0,8	718

Tabelle 20: Spezifisches Leistungsbündel „Basischirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-470	Appendektomie	389	81,4	319	66,7	185	38,7	28.147
5-479	Andere Operationen an der Appendix	66	13,8	0	0,0	0	0,0	99
5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianal-region	403	84,3	214	44,8	66	13,8	14.551
5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	370	77,4	83	17,4	36	7,5	9.263
5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	355	74,3	85	17,8	33	6,9	8.053
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	394	82,4	197	41,2	93	19,5	16.993
5-494	Durchtrennung des Sphincter ani [Sphinkterotomie]	32	6,7	0	0,0	0	0,0	47
5-499	Andere Operationen am Anus	189	39,5	15	3,1	2	0,4	1.370
5-510	Cholezystotomie und Cholezystostomie	56	11,7	2	0,4	0	0,0	158
5-511	Cholezystektomie	399	83,5	360	75,3	307	64,2	54.555
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	426	89,1	385	80,5	324	67,8	65.457
5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	342	71,5	9	1,9	2	0,4	1.595
5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	418	87,4	257	53,8	77	16,1	17.569

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	379	79,3	36	7,5	11	2,3	3.591
5-536	Verschluss einer Narbenhernie	409	85,6	198	41,4	48	10,0	13.816
5-539	Verschluss anderer abdominaler Hernien	269	56,3	5	1,0	0	0,0	831
5-540	Inzision der Bauchwand	208	43,5	5	1,0	3	0,6	822
5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	358	74,9	138	28,9	46	9,6	9.491
5-542	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand	321	67,2	16	3,3	5	1,0	1.884
5-545	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	310	64,9	20	4,2	4	0,8	2.194
5-549	Andere Bauchoperationen	327	68,4	42	8,8	10	2,1	3.921
5-891	Inzision eines Sinus pilonidalis	100	20,9	3	0,6	1	0,2	373
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	450	94,1	300	62,8	126	26,4	20.988
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	462	96,7	240	50,2	81	16,9	17.178
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	449	93,9	353	73,8	244	51,0	44.144
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	402	84,1	148	31,0	34	7,1	8.711

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	427	89,3	308	64,4	213	44,6	31.728

Tabelle 21: Spezifisches Leistungsbündel „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magenchirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-430	Gastrotomie	32	6,7	0	0,0	0	0,0	36
5-431	Gastrostomie	172	36,0	0	0,0	0	0,0	460
5-432	Operationen am Pylorus	87	18,2	1	0,2	0	0,0	158
5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	232	48,5	0	0,0	0	0,0	504
5-434	Atypische partielle Magenresektion	141	29,5	19	4,0	7	1,5	1.329
5-435	Partielle Magenresektion (2/3-Resektion)	107	22,4	0	0,0	0	0,0	188
5-436	Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion)	101	21,1	0	0,0	0	0,0	180
5-437	(Totale) Gastrektomie	131	27,4	1	0,2	0	0,0	370

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-438	(Totale) Gastrektomie mit subtotaler Ösophagusresektion	15	3,1	0	0,0	0	0,0	33
5-439	Andere Inzision, Exzision und Resektion am Magen	17	3,6	0	0,0	0	0,0	22
5-444	Vagotomie	5	1,0	0	0,0	0	0,0	5
5-445	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]	128	26,8	10	2,1	3	0,6	1.065
5-447	Revision nach Magenresektion	32	6,7	0	0,0	0	0,0	76
5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	245	51,3	27	5,6	11	2,3	3.208
5-449	Andere Operationen am Magen	267	55,9	9	1,9	0	0,0	1.099
5-450	Inzision des Darmes	124	25,9	0	0,0	0	0,0	238
5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes	253	52,9	1	0,2	0	0,0	653
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	326	68,2	48	10,0	11	2,3	3.599
5-453	Ausschaltung eines Darmsegmentes als selbständiger Eingriff (z. B. bei zweizeitigen plastischen Operationen)	2	0,4	0	0,0	0	0,0	2
5-454	Resektion des Dünndarmes	337	70,5	51	10,7	11	2,3	4.269

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	356	74,5	226	47,3	76	15,9	15.121
5-456	(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie	101	21,1	1	0,2	1	0,2	299
5-459	Bypass-Anastomose des Darmes	189	39,5	2	0,4	1	0,2	548
5-460	Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff	271	56,7	7	1,5	2	0,4	1.159
5-461	Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff	186	38,9	3	0,6	0	0,0	463
5-462	Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes	258	54,0	12	2,5	3	0,6	1.992
5-463	Anlegen anderer Enterostomata	121	25,3	0	0,0	0	0,0	219
5-464	Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma	252	52,7	3	0,6	1	0,2	1.120
5-465	Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas	275	57,5	18	3,8	5	1,0	2.401
5-466	Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata	226	47,3	4	0,8	1	0,2	764
5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	320	66,9	38	7,9	13	2,7	3.842
5-468	Intraabdominale Manipulation am Darm	116	24,3	1	0,2	0	0,0	266

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-469	Andere Operationen am Darm	414	86,6	329	68,8	245	51,3	44.880
5-480	Inzision des Rektums	36	7,5	0	0,0	0	0,0	55
5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	312	65,3	37	7,7	10	2,1	3.029
5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	314	65,7	57	11,9	13	2,7	5.570
5-485	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung	176	36,8	2	0,4	0	0,0	459
5-486	Rekonstruktion des Rektums	197	41,2	16	3,3	8	1,7	1.568
5-489	Andere Operation am Rektum	178	37,2	2	0,4	2	0,4	720
5-496	Rekonstruktion des Anus und des Sphinkterapparates	133	27,8	12	2,5	4	0,8	1.209

Tabelle 22: Spezifisches Leistungsbündel „Basis Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	426	89,1	177	37,0	78	16,3	24.808
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	433	90,6	341	71,3	191	40,0	31.300
5-789	Andere Operationen am Knochen	198	41,4	5	1,0	2	0,4	803
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	404	84,5	315	65,9	195	40,8	29.815
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	353	73,8	27	5,6	6	1,3	2.980
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	406	84,9	316	66,1	188	39,3	28.677
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	375	78,5	43	9,0	8	1,7	4.244
5-797	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus	208	43,5	4	0,8	1	0,2	694
5-798	Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur	53	11,1	0	0,0	0	0,0	162
5-799	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese	34	7,1	0	0,0	0	0,0	102

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	282	59,0	11	2,3	3	0,6	1.362
5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	363	75,9	34	7,1	12	2,5	3.300
5-802	Offen chirurgische Refixation und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	222	46,4	7	1,5	2	0,4	1.018
5-803	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk	138	28,9	4	0,8	1	0,2	578
5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	326	68,2	64	13,4	30	6,3	7.933
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	337	70,5	128	26,8	60	12,6	13.050
5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	429	89,7	164	34,3	72	15,1	17.136
5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	349	73,0	59	12,3	27	5,6	11.233
5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	414	86,6	73	15,3	28	5,9	7.437
5-853	Rekonstruktion von Muskeln	296	61,9	18	3,8	5	1,0	1.824
5-854	Rekonstruktion von Sehnen	335	70,1	67	14,0	33	6,9	8.054
5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	419	87,7	157	32,8	56	11,7	18.545

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-856	Rekonstruktion von Faszien	307	64,2	19	4,0	6	1,3	1.849
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	431	90,2	159	33,3	45	9,4	12.181
5-862	Amputation und Exartikulation obere Extremität	8	1,7	0	0,0	0	0,0	11
5-863	Amputation und Exartikulation Hand	201	42,1	6	1,3	3	0,6	787
5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	297	62,1	17	3,6	2	0,4	1.793
5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	382	79,9	101	21,1	35	7,3	7.246
5-866	Revision eines Amputationsgebietes	200	41,8	15	3,1	6	1,3	1.224
5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	388	81,2	139	29,1	63	13,2	20.839

Tabelle 23: Spezifisches Leistungsbündel „Spezielle Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	411	86,0	261	54,6	166	34,7	46.780
5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	356	74,5	71	14,9	18	3,8	5.612
5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	407	85,1	348	72,8	265	55,4	48.839
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	389	81,4	99	20,7	25	5,2	7.068
5-837	Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	64	13,4	10	2,1	3	0,6	729
5-838	Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule	32	6,7	6	1,3	0	0,0	263
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	332	69,5	70	14,6	29	6,1	8.732
5-841	Operationen an Bändern der Hand	287	60,0	36	7,5	16	3,3	4.181
5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	259	54,2	58	12,1	29	6,1	4.751
5-843	Operationen an Muskeln der Hand	69	14,4	2	0,4	0	0,0	186

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-844	Operation an Gelenken der Hand	219	45,8	26	5,4	8	1,7	1.972
5-845	Synovialektomie an der Hand	148	31,0	29	6,1	17	3,6	3.179
5-846	Arthrodesse an Gelenken der Hand	164	34,3	17	3,6	6	1,3	1.388
5-847	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand	171	35,8	42	8,8	18	3,8	3.757
5-848	Operationen bei kongenitalen Anomalien der Hand	5	1,0	0	0,0	0	0,0	6
5-849	Andere Operationen an der Hand	263	55,0	27	5,6	13	2,7	2.705
5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	147	30,8	13	2,7	3	0,6	972
5-858	Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung	20	4,2	1	0,2	0	0,0	125
5-860	Replantation obere Extremität	20	4,2	0	0,0	0	0,0	44
5-861	Replantation untere Extremität	-	-	-	-	-	-	-
5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	363	75,9	92	19,2	45	9,4	9.394
5-784	Knochentransplantation und -transposition	396	82,8	155	32,4	80	16,7	15.189
5-785	Implantation von alloplastischem Knochenersatz	287	60,0	55	11,5	19	4,0	4.056

Tabelle 24: Spezifisches Leistungsbündel „Operative Eingriffe an Hals und endokrinen Drüsen“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-060	Inzision im Gebiet der Schilddrüse	153	36,3	7	1,7	2	0,5	1.118
5-061	Hemithyreoidektomie	366	86,7	100	23,7	43	10,2	11.625
5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	329	78,0	47	11,1	17	4,0	5.524
5-063	Thyreoidektomie	369	87,4	147	34,8	60	14,2	17.167
5-064	Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie	26	6,2	1	0,2	0	0,0	59
5-065	Exzision des Ductus thyreoglossus	37	8,8	2	0,5	1	0,2	125
5-066	Partielle Nebenschilddrüsenresektion	118	28,0	5	1,2	3	0,7	550
5-067	Parathyreoidektomie	179	42,4	12	2,8	8	1,9	1.592
5-068	Operationen an der Nebenschilddrüse durch Sternotomie	10	2,4	0	0,0	0	0,0	21
5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	368	87,2	234	55,5	118	28,0	34.960
5-070	Exploration der (Umgebung der) Nebenniere	2	0,5	0	0,0	0	0,0	2
5-071	Partielle Adrenalektomie	47	11,1	0	0,0	0	0,0	88

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-072	Adrenalektomie	127	30,1	1	0,2	1	0,2	333
5-073	Andere Operationen an der Nebenniere	6	1,4	0	0,0	0	0,0	6
5-077	Exzision und Resektion des Thymus	43	10,2	2	0,5	0	0,0	146
5-078	Andere Operationen am Thymus	3	0,7	0	0,0	0	0,0	3
5-079	Operationen an anderen endokrinen Drüsen	1	0,2	0	0,0	0	0,0	1
5-311	Temporäre Tracheostomie	291	69,0	19	4,5	4	0,9	2.254
5-312	Permanente Tracheostomie	145	34,4	3	0,7	0	0,0	488
5-316	Rekonstruktion der Trachea	90	21,3	1	0,2	1	0,2	448
5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	141	33,4	10	2,4	3	0,7	1.084

Tabelle 25: Spezifisches Leistungsbündel „Basischirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-470	Appendektomie	397	94,1	386	91,5	338	80,1	48.529
5-479	Andere Operationen an der Appendix	107	25,4	0	0,0	0	0,0	160
5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianal-region	397	94,1	337	79,9	144	34,1	26.035
5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	389	92,2	156	37,0	53	12,6	13.600
5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	387	91,7	131	31,0	45	10,7	11.225
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	398	94,3	269	63,7	132	31,3	23.032
5-494	Durchtrennung des Sphincter ani [Sphinkterotomie]	53	12,6	1	0,2	0	0,0	134
5-499	Andere Operationen am Anus	261	61,8	19	4,5	11	2,6	2.961
5-510	Cholezystotomie und Cholezystostomie	84	19,9	1	0,2	0	0,0	146
5-511	Cholezystektomie	403	95,5	394	93,4	384	91,0	89.597
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	401	95,0	390	92,4	377	89,3	79.848
5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	377	89,3	17	4,0	5	1,2	2.348
5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	401	95,0	367	87,0	174	41,2	26.073

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	396	93,8	46	10,9	11	2,6	4.618
5-536	Verschluss einer Narbenhernie	402	95,3	350	82,9	123	29,1	21.127
5-539	Verschluss anderer abdominaler Hernien	347	82,2	10	2,4	2	0,5	1.454
5-540	Inzision der Bauchwand	295	69,9	4	0,9	0	0,0	1.072
5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	399	94,5	302	71,6	168	39,8	24.818
5-542	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand	375	88,9	30	7,1	5	1,2	3.221
5-545	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	388	91,9	74	17,5	12	2,8	5.315
5-549	Andere Bauchoperationen	392	92,9	102	24,2	29	6,9	7.825
5-891	Inzision eines Sinus pilonidalis	152	36,0	4	0,9	1	0,2	495
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	417	98,8	382	90,5	221	52,4	37.327
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	415	98,3	344	81,5	168	39,8	27.270
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	419	99,3	399	94,5	343	81,3	81.068

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	389	92,2	240	56,9	43	10,2	12.744
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	415	98,3	359	85,1	293	69,4	47.187

Tabelle 26: Spezifisches Leistungsbündel „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magenchirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-430	Gastrotomie	74	17,5	0	0,0	0	0,0	107
5-431	Gastrostomie	308	73,0	13	3,1	3	0,7	1.476
5-432	Operationen am Pylorus	160	37,9	1	0,2	0	0,0	349
5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	330	78,2	7	1,7	1	0,2	1.280
5-434	Atypische partielle Magenresektion	288	68,2	32	7,6	13	3,1	3.039
5-435	Partielle Magenresektion (2/3-Resektion)	256	60,7	0	0,0	0	0,0	571

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-436	Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion)	229	54,3	0	0,0	0	0,0	533
5-437	(Totale) Gastrektomie	304	72,0	5	1,2	1	0,2	1.159
5-438	(Totale) Gastrektomie mit subtotaler Ösophagusresektion	68	16,1	1	0,2	0	0,0	142
5-439	Andere Inzision, Exzision und Resektion am Magen	48	11,4	0	0,0	0	0,0	59
5-444	Vagotomie	14	3,3	0	0,0	0	0,0	19
5-445	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]	268	63,5	26	6,2	10	2,4	2.579
5-447	Revision nach Magenresektion	76	18,0	1	0,2	1	0,2	184
5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	362	85,8	71	16,8	18	4,3	5.044
5-449	Andere Operationen am Magen	355	84,1	24	5,7	5	1,2	2.391
5-450	Inzision des Darmes	257	60,9	1	0,2	0	0,0	685
5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes	347	82,2	8	1,9	2	0,5	1.570
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	379	89,8	107	25,4	33	7,8	7.302

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-453	Ausschaltung eines Darmsegmentes als selbständiger Eingriff (z. B. bei zweizeitigen plastischen Operationen)	14	3,3	0	0,0	0	0,0	15
5-454	Resektion des Dünndarmes	391	92,7	203	48,1	42	10,0	11.241
5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	400	94,8	376	89,1	265	62,8	35.467
5-456	(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie	247	58,5	2	0,5	1	0,2	696
5-459	Bypass-Anastomose des Darmes	334	79,1	8	1,9	1	0,2	1.203
5-460	Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff	376	89,1	22	5,2	7	1,7	2.968
5-461	Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff	318	75,4	6	1,4	2	0,5	1.153
5-462	Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes	376	89,1	61	14,5	15	3,6	4.973
5-463	Anlegen anderer Enterostomata	246	58,3	5	1,2	2	0,5	901
5-464	Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma	374	88,6	24	5,7	3	0,7	2.755
5-465	Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas	374	88,6	73	17,3	15	3,6	5.793

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-466	Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata	351	83,2	9	2,1	1	0,2	1.780
5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	397	94,1	121	28,7	25	5,9	7.647
5-468	Intraabdominale Manipulation am Darm	198	46,9	4	0,9	0	0,0	522
5-469	Andere Operationen am Darm	408	96,7	387	91,7	373	88,4	89.689
5-480	Inzision des Rektums	96	22,7	0	0,0	0	0,0	134
5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	375	88,9	43	10,2	10	2,4	4.548
5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	391	92,7	159	37,7	41	9,7	10.095
5-485	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung	336	79,6	10	2,4	2	0,5	1.316
5-486	Rekonstruktion des Rektums	287	68,0	14	3,3	5	1,2	1.810
5-489	Andere Operation am Rektum	276	65,4	9	2,1	3	0,7	1.458
5-496	Rekonstruktion des Anus und des Sphinkterapparates	217	51,4	16	3,8	7	1,7	1.821

Tabelle 27: Spezifisches Leistungsbündel „Basis Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	389	92,2	184	43,6	87	20,6	21.002
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	385	91,2	350	82,9	269	63,7	50.960
5-789	Andere Operationen am Knochen	239	56,6	13	3,1	2	0,5	1.220
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	375	88,9	354	83,9	317	75,1	53.295
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	364	86,3	62	14,7	16	3,8	5.266
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	375	88,9	353	83,6	290	68,7	45.297
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	366	86,7	82	19,4	26	6,2	6.392
5-797	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus	304	72,0	18	4,3	6	1,4	1.891
5-798	Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur	146	34,6	6	1,4	2	0,5	759
5-799	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese	115	27,3	7	1,7	1	0,2	546

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	337	79,9	28	6,6	12	2,8	2.916
5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	356	84,4	60	14,2	18	4,3	4.776
5-802	Offen chirurgische Refixation und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	274	64,9	11	2,6	0	0,0	1.167
5-803	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk	160	37,9	10	2,4	0	0,0	763
5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	319	75,6	75	17,8	36	8,5	7.050
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	328	77,7	130	30,8	50	11,8	14.675
5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	411	97,4	197	46,7	111	26,3	27.696
5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	360	85,3	56	13,3	18	4,3	5.041
5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	404	95,7	104	24,6	32	7,6	8.003
5-853	Rekonstruktion von Muskeln	335	79,4	27	6,4	8	1,9	2.291
5-854	Rekonstruktion von Sehnen	314	74,4	53	12,6	23	5,5	5.516
5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	378	89,6	234	55,5	70	16,6	15.410

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-856	Rekonstruktion von Faszien	349	82,7	21	5,0	4	0,9	2.426
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	392	92,9	198	46,9	55	13,0	12.102
5-862	Amputation und Exartikulation obere Extremität	24	5,7	0	0,0	0	0,0	28
5-863	Amputation und Exartikulation Hand	233	55,2	6	1,4	3	0,7	1.133
5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	341	80,8	51	12,1	8	1,9	3.520
5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	368	87,2	174	41,2	75	17,8	12.862
5-866	Revision eines Amputationsgebietes	236	55,9	34	8,1	13	3,1	2.450
5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	387	91,7	199	47,2	116	27,5	23.973

Tabelle 28: Spezifisches Leistungsbündel „Spezielle Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	366	86,7	188	44,5	120	28,4	39.366
5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	366	86,7	171	40,5	43	10,2	9.830
5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	382	90,5	362	85,8	345	81,8	87.641
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	371	87,9	194	46,0	53	12,6	12.693
5-837	Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	119	28,2	12	2,8	4	0,9	1.557
5-838	Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule	62	14,7	2	0,5	2	0,5	522
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	330	78,2	112	26,5	43	10,2	11.432
5-841	Operationen an Bändern der Hand	311	73,7	44	10,4	21	5,0	5.342
5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	234	55,5	46	10,9	16	3,8	4.305
5-843	Operationen an Muskeln der Hand	100	23,7	2	0,5	1	0,2	309

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-844	Operation an Gelenken der Hand	252	59,7	26	6,2	10	2,4	2.677
5-845	Synovialektomie an der Hand	157	37,2	24	5,7	16	3,8	2.958
5-846	Arthrodesen an Gelenken der Hand	197	46,7	9	2,1	1	0,2	1.085
5-847	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand	149	35,3	23	5,5	10	2,4	2.188
5-848	Operationen bei kongenitalen Anomalien der Hand	4	0,9	0	0,0	0	0,0	4
5-849	Andere Operationen an der Hand	266	63,0	28	6,6	13	3,1	4.394
5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	221	52,4	17	4,0	7	1,7	1.981
5-858	Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung	41	9,7	2	0,5	0	0,0	245
5-860	Replantation obere Extremität	20	4,7	0	0,0	0	0,0	40
5-861	Replantation untere Extremität	2	0,5	0	0,0	0	0,0	2
5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	350	82,9	121	28,7	41	9,7	12.205
5-784	Knochentransplantation und -transposition	365	86,5	190	45,0	86	20,4	20.493
5-785	Implantation von alloplastischem Knochenersatz	322	76,3	79	18,7	25	5,9	7.144

Tabelle 29: Spezifisches Leistungsbündel „Operative Eingriffe an Hals und endokrinen Drüsen“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-060	Inzision im Gebiet der Schilddrüse	111	57,5	4	2,1	2	1,0	598
5-061	Hemithyreoidektomie	173	89,6	79	40,9	40	20,7	9.974
5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	167	86,5	34	17,6	15	7,8	3.853
5-063	Thyreoidektomie	179	92,7	99	51,3	54	28,0	12.356
5-064	Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie	30	15,5	0	0,0	0	0,0	50
5-065	Exzision des Ductus thyreoglossus	20	10,4	1	0,5	0	0,0	74
5-066	Partielle Nebenschilddrüsenresektion	80	41,5	6	3,1	4	2,1	692
5-067	Parathyreoidektomie	131	67,9	15	7,8	7	3,6	1.628
5-068	Operationen an der Nebenschilddrüse durch Sternotomie	12	6,2	0	0,0	0	0,0	33
5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	181	93,8	131	67,9	87	45,1	26.945
5-070	Exploration der (Umgebung der) Nebenniere	6	3,1	0	0,0	0	0,0	7
5-071	Partielle Adrenalektomie	50	25,9	1	0,5	0	0,0	118

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-072	Adrenalektomie	122	63,2	2	1,0	1	0,5	429
5-073	Andere Operationen an der Nebenniere	6	3,1	0	0,0	0	0,0	14
5-077	Exzision und Resektion des Thymus	52	26,9	2	1,0	1	0,5	298
5-078	Andere Operationen am Thymus	2	1,0	0	0,0	0	0,0	2
5-079	Operationen an anderen endokrinen Drüsen	-	-	-	-	-	-	-
5-311	Temporäre Tracheostomie	150	77,7	29	15,0	8	4,1	2.247
5-312	Permanente Tracheostomie	105	54,4	6	3,1	1	0,5	564
5-316	Rekonstruktion der Trachea	58	30,1	0	0,0	0	0,0	132
5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	101	52,3	9	4,7	4	2,1	843

Tabelle 30: Spezifisches Leistungsbündel „Basischirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-470	Appendektomie	186	96,4	184	95,3	176	91,2	28.901
5-479	Andere Operationen an der Appendix	51	26,4	0	0,0	0	0,0	78
5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianal-region	186	96,4	173	89,6	101	52,3	13.650
5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	183	94,8	96	49,7	40	20,7	6.774
5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	180	93,3	65	33,7	27	14,0	4.825
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	184	95,3	132	68,4	58	30,1	11.757
5-494	Durchtrennung des Sphincter ani [Sphinkterotomie]	14	7,3	0	0,0	0	0,0	44
5-499	Andere Operationen am Anus	124	64,2	10	5,2	4	2,1	914
5-510	Cholezystotomie und Cholezystostomie	47	24,4	0	0,0	0	0,0	80
5-511	Cholezystektomie	186	96,4	185	95,9	185	95,9	57.291
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	186	96,4	183	94,8	177	91,7	38.475
5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	176	91,2	11	5,7	1	0,5	1.132
5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	186	96,4	176	91,2	103	53,4	12.637

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	183	94,8	21	10,9	4	2,1	2.059
5-536	Verschluss einer Narbenhernie	185	95,9	178	92,2	110	57,0	12.596
5-539	Verschluss anderer abdominaler Hernien	170	88,1	1	0,5	0	0,0	621
5-540	Inzision der Bauchwand	152	78,8	3	1,6	1	0,5	553
5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	190	98,4	174	90,2	134	69,4	21.687
5-542	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand	179	92,7	27	14,0	7	3,6	2.107
5-545	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	182	94,3	80	41,5	21	10,9	4.619
5-549	Andere Bauchoperationen	185	95,9	76	39,4	21	10,9	4.504
5-891	Inzision eines Sinus pilonidalis	89	46,1	6	3,1	0	0,0	479
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	191	99,0	178	92,2	136	70,5	22.886
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	191	99,0	173	89,6	105	54,4	14.843
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	193	100,0	190	98,4	175	90,7	63.204

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	183	94,8	133	68,9	40	20,7	6.771
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	191	99,0	172	89,1	152	78,8	36.063

Tabelle 31: Spezifisches Leistungsbündel „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magenchirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-430	Gastrotomie	61	31,6	0	0,0	0	0,0	90
5-431	Gastrostomie	156	80,8	8	4,1	4	2,1	1.291
5-432	Operationen am Pylorus	110	57,0	3	1,6	1	0,5	441
5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	176	91,2	8	4,1	1	0,5	1.176
5-434	Atypische partielle Magenresektion	162	83,9	28	14,5	12	6,2	2.382
5-435	Partielle Magenresektion (2/3-Resektion)	155	80,3	2	1,0	0	0,0	444

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-436	Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion)	138	71,5	0	0,0	0	0,0	379
5-437	(Totale) Gastrektomie	169	87,6	6	3,1	1	0,5	1.067
5-438	(Totale) Gastrektomie mit subtotaler Ösophagusresektion	79	40,9	0	0,0	0	0,0	165
5-439	Andere Inzision, Exzision und Resektion am Magen	38	19,7	0	0,0	0	0,0	49
5-444	Vagotomie	6	3,1	0	0,0	0	0,0	15
5-445	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]	162	83,9	21	10,9	5	2,6	1.987
5-447	Revision nach Magenresektion	77	39,9	1	0,5	0	0,0	172
5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	182	94,3	42	21,8	12	6,2	2.990
5-449	Andere Operationen am Magen	179	92,7	21	10,9	5	2,6	1.865
5-450	Inzision des Darmes	150	77,7	0	0,0	0	0,0	424
5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes	177	91,7	8	4,1	3	1,6	1.370
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	175	90,7	62	32,1	25	13,0	4.844

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-453	Ausschaltung eines Darmsegmentes als selbständiger Eingriff (z. B. bei zweizeitigen plastischen Operationen)	2	1,0	0	0,0	0	0,0	2
5-454	Resektion des Dünndarmes	188	97,4	153	79,3	55	28,5	8.087
5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	188	97,4	182	94,3	167	86,5	22.600
5-456	(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie	152	78,8	6	3,1	1	0,5	687
5-459	Bypass-Anastomose des Darmes	169	87,6	8	4,1	1	0,5	969
5-460	Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff	182	94,3	31	16,1	2	1,0	2.227
5-461	Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff	172	89,1	2	1,0	0	0,0	754
5-462	Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes	182	94,3	71	36,8	19	9,8	4.143
5-463	Anlegen anderer Enterostomata	144	74,6	11	5,7	1	0,5	843
5-464	Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma	182	94,3	23	11,9	1	0,5	1.923
5-465	Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas	182	94,3	79	40,9	18	9,3	4.437

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-466	Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata	180	93,3	13	6,7	1	0,5	1.384
5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	185	95,9	99	51,3	35	18,1	6.129
5-468	Intraabdominale Manipulation am Darm	117	60,6	0	0,0	0	0,0	298
5-469	Andere Operationen am Darm	189	97,9	183	94,8	182	94,3	54.470
5-480	Inzision des Rektums	48	24,9	1	0,5	0	0,0	116
5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	178	92,2	31	16,1	9	4,7	2.952
5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	184	95,3	123	63,7	51	26,4	7.731
5-485	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung	172	89,1	6	3,1	0	0,0	1.058
5-486	Rekonstruktion des Rektums	165	85,5	14	7,3	4	2,1	1.267
5-489	Andere Operation am Rektum	155	80,3	14	7,3	6	3,1	1.882
5-496	Rekonstruktion des Anus und des Sphinkterapparates	110	57,0	12	6,2	5	2,6	1.029

Tabelle 32: Spezifisches Leistungsbündel „Basis Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	180	93,3	103	53,4	55	28,5	11.067
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	174	90,2	164	85,0	158	81,9	44.029
5-789	Andere Operationen am Knochen	135	69,9	12	6,2	5	2,6	1.081
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	175	90,7	168	87,0	157	81,3	44.540
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	168	87,0	67	34,7	15	7,8	4.165
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	172	89,1	166	86,0	152	78,8	33.790
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	171	88,6	80	41,5	24	12,4	5.193
5-797	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus	154	79,8	15	7,8	5	2,6	1.659
5-798	Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur	106	54,9	15	7,8	2	1,0	1.028
5-799	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese	112	58,0	11	5,7	2	1,0	796

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	167	86,5	43	22,3	15	7,8	3.402
5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	167	86,5	56	29,0	16	8,3	3.583
5-802	Offen chirurgische Refixation und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	136	70,5	13	6,7	2	1,0	1.290
5-803	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk	87	45,1	5	2,6	0	0,0	373
5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	154	79,8	40	20,7	17	8,8	3.860
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	162	83,9	76	39,4	30	15,5	5.396
5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	190	98,4	137	71,0	89	46,1	16.246
5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	177	91,7	36	18,7	14	7,3	3.186
5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	186	96,4	67	34,7	21	10,9	5.305
5-853	Rekonstruktion von Muskeln	164	85,0	15	7,8	4	2,1	1.498
5-854	Rekonstruktion von Sehnen	154	79,8	33	17,1	18	9,3	3.903
5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	172	89,1	135	69,9	67	34,7	10.806

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-856	Rekonstruktion von Faszien	169	87,6	23	11,9	2	1,0	1.576
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	179	92,7	114	59,1	33	17,1	7.340
5-862	Amputation und Exartikulation obere Extremität	23	11,9	0	0,0	0	0,0	45
5-863	Amputation und Exartikulation Hand	128	66,3	14	7,3	6	3,1	1.489
5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	168	87,0	49	25,4	15	7,8	3.351
5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	165	85,5	88	45,6	58	30,1	8.993
5-866	Revision eines Amputationsgebietes	133	68,9	27	14,0	13	6,7	2.376
5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	174	90,2	124	64,2	74	38,3	14.689

Tabelle 33: Spezifisches Leistungsbündel „Spezielle Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	168	87,0	87	45,1	63	32,6	14.835
5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	167	86,5	130	67,4	45	23,3	7.316
5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	173	89,6	168	87,0	164	85,0	63.028
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	169	87,6	131	67,9	54	28,0	9.300
5-837	Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	97	50,3	19	9,8	4	2,1	1.374
5-838	Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule	41	21,2	5	2,6	0	0,0	283
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	160	82,9	89	46,1	53	27,5	11.519
5-841	Operationen an Bändern der Hand	142	73,6	36	18,7	17	8,8	3.192
5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	117	60,6	34	17,6	12	6,2	2.426
5-843	Operationen an Muskeln der Hand	89	46,1	3	1,6	0	0,0	315

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-844	Operation an Gelenken der Hand	131	67,9	35	18,1	13	6,7	2.450
5-845	Synovialektomie an der Hand	87	45,1	28	14,5	9	4,7	1.906
5-846	Arthrodesse an Gelenken der Hand	119	61,7	15	7,8	5	2,6	1.132
5-847	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand	83	43,0	26	13,5	6	3,1	1.613
5-848	Operationen bei kongenitalen Anomalien der Hand	1	0,5	0	0,0	0	0,0	2
5-849	Andere Operationen an der Hand	145	75,1	33	17,1	12	6,2	2.880
5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	131	67,9	15	7,8	6	3,1	1.421
5-858	Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung	36	18,7	6	3,1	3	1,6	852
5-860	Replantation obere Extremität	30	15,5	0	0,0	0	0,0	92
5-861	Replantation untere Extremität	2	1,0	0	0,0	0	0,0	2
5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	170	88,1	88	45,6	41	21,2	9.432
5-784	Knochentransplantation und -transposition	167	86,5	114	59,1	62	32,1	13.784
5-785	Implantation von alloplastischem Knochenersatz	160	82,9	51	26,4	15	7,8	3.500

Tabelle 34: Spezifisches Leistungsbündel „Operative Eingriffe an Hals und endokrinen Drüsen“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-060	Inzision im Gebiet der Schilddrüse	93	74,4	7	5,6	2	1,6	544
5-061	Hemithyreoidektomie	117	93,6	82	65,6	45	36,0	8.348
5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	113	90,4	30	24,0	11	8,8	2.411
5-063	Thyreoidektomie	117	93,6	98	78,4	59	47,2	12.627
5-064	Operationen an der Schilddrüse durch Sternotomie	28	22,4	0	0,0	0	0,0	63
5-065	Exzision des Ductus thyreoglossus	27	21,6	1	0,8	0	0,0	107
5-066	Partielle Nebenschilddrüsenresektion	83	66,4	17	13,6	8	6,4	1.173
5-067	Parathyreoidektomie	103	82,4	31	24,8	13	10,4	2.801
5-068	Operationen an der Nebenschilddrüse durch Sternotomie	12	9,6	0	0,0	0	0,0	16
5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	117	93,6	107	85,6	91	72,8	25.373
5-070	Exploration der (Umgebung der) Nebenniere	14	11,2	0	0,0	0	0,0	23
5-071	Partielle Adrenalektomie	66	52,8	3	2,4	1	0,8	323
5-072	Adrenalektomie	110	88,0	24	19,2	6	4,8	1.796

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-073	Andere Operationen an der Nebenniere	19	15,2	0	0,0	0	0,0	38
5-077	Exzision und Resektion des Thymus	64	51,2	7	5,6	3	2,4	997
5-078	Andere Operationen am Thymus	5	4,0	0	0,0	0	0,0	14
5-079	Operationen an anderen endokrinen Drüsen	-	-	-	-	-	-	-
5-311	Temporäre Tracheostomie	113	90,4	45	36,0	23	18,4	4.057
5-312	Permanente Tracheostomie	91	72,8	17	13,6	7	5,6	1.463
5-316	Rekonstruktion der Trachea	76	60,8	3	2,4	1	0,8	320
5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	99	79,2	17	13,6	9	7,2	2.228

Tabelle 35: Spezifisches Leistungsbündel „Basischirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-470	Appendektomie	122	97,6	119	95,2	115	92,0	27.436
5-479	Andere Operationen an der Appendix	34	27,2	0	0,0	0	0,0	60
5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	124	99,2	117	93,6	84	67,2	12.252
5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	122	97,6	82	65,6	36	28,8	7.896
5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	118	94,4	46	36,8	19	15,2	3.476
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	121	96,8	75	60,0	31	24,8	6.050
5-494	Durchtrennung des Sphincter ani [Sphinkterotomie]	17	13,6	0	0,0	0	0,0	31
5-499	Andere Operationen am Anus	98	78,4	7	5,6	2	1,6	897
5-510	Cholezystotomie und Cholezystostomie	44	35,2	0	0,0	0	0,0	89
5-511	Cholezystektomie	123	98,4	122	97,6	121	96,8	59.889
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	122	97,6	120	96,0	117	93,6	30.367
5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	114	91,2	12	9,6	3	2,4	1.124
5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	121	96,8	118	94,4	84	67,2	12.602

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	121	96,8	17	13,6	5	4,0	1.670
5-536	Verschluss einer Narbenhernie	121	96,8	120	96,0	94	75,2	15.718
5-539	Verschluss anderer abdominaler Hernien	116	92,8	7	5,6	2	1,6	974
5-540	Inzision der Bauchwand	113	90,4	6	4,8	3	2,4	1.147
5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	124	99,2	119	95,2	112	89,6	48.407
5-542	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand	122	97,6	37	29,6	13	10,4	2.771
5-545	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	120	96,0	86	68,8	47	37,6	9.110
5-549	Andere Bauchoperationen	122	97,6	74	59,2	33	26,4	6.764
5-891	Inzision eines Sinus pilonidalis	64	51,2	2	1,6	1	0,8	315
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	125	100,0	123	98,4	111	88,8	28.958
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	124	99,2	116	92,8	85	68,0	15.591
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	125	100,0	123	98,4	121	96,8	75.989

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	121	96,8	98	78,4	38	30,4	6.673
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	125	100,0	121	96,8	116	92,8	43.626

Tabelle 36: Spezifisches Leistungsbündel „Dünndarm- und Kolorektale Chirurgie, Magenchirurgie“ (Viszeralchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-430	Gastrotomie	58	46,4	2	1,6	0	0,0	206
5-431	Gastrostomie	113	90,4	33	26,4	11	8,8	2.791
5-432	Operationen am Pylorus	90	72,0	10	8,0	5	4,0	956
5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	119	95,2	23	18,4	8	6,4	1.881
5-434	Atypische partielle Magenresektion	121	96,8	42	33,6	23	18,4	4.241
5-435	Partielle Magenresektion (2/3-Resektion)	109	87,2	7	5,6	1	0,8	621

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-436	Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion)	107	85,6	9	7,2	1	0,8	788
5-437	(Totale) Gastrektomie	117	93,6	30	24,0	7	5,6	2.110
5-438	(Totale) Gastrektomie mit subtotaler Ösophagusresektion	86	68,8	3	2,4	2	1,6	454
5-439	Andere Inzision, Exzision und Resektion am Magen	38	30,4	0	0,0	0	0,0	59
5-444	Vagotomie	8	6,4	0	0,0	0	0,0	15
5-445	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]	118	94,4	34	27,2	22	17,6	4.058
5-447	Revision nach Magenresektion	77	61,6	4	3,2	0	0,0	318
5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	121	96,8	62	49,6	28	22,4	5.673
5-449	Andere Operationen am Magen	118	94,4	42	33,6	20	16,0	3.556
5-450	Inzision des Darmes	112	89,6	10	8,0	2	1,6	911
5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes	116	92,8	21	16,8	6	4,8	1.788
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	120	96,0	58	46,4	25	20,0	4.672

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-453	Ausschaltung eines Darmsegmentes als selbständiger Eingriff (z. B. bei zweizeitigen plastischen Operationen)	8	6,4	0	0,0	0	0,0	25
5-454	Resektion des Dünndarmes	122	97,6	117	93,6	83	66,4	15.006
5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	122	97,6	120	96,0	117	93,6	29.295
5-456	(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie	111	88,8	22	17,6	9	7,2	1.897
5-459	Bypass-Anastomose des Darmes	119	95,2	21	16,8	7	5,6	2.292
5-460	Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff	122	97,6	50	40,0	18	14,4	3.575
5-461	Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff	118	94,4	19	15,2	6	4,8	1.830
5-462	Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes	123	98,4	84	67,2	37	29,6	7.546
5-463	Anlegen anderer Enterostomata	111	88,8	24	19,2	9	7,2	1.927
5-464	Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma	122	97,6	49	39,2	20	16,0	3.943

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-465	Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas	122	97,6	90	72,0	38	30,4	7.304
5-466	Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata	121	96,8	27	21,6	9	7,2	2.408
5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	123	98,4	97	77,6	60	48,0	11.814
5-468	Intraabdominale Manipulation am Darm	92	73,6	5	4,0	0	0,0	422
5-469	Andere Operationen am Darm	122	97,6	121	96,8	121	96,8	83.534
5-480	Inzision des Rektums	36	28,8	0	0,0	0	0,0	78
5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	119	95,2	32	25,6	13	10,4	2.758
5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	122	97,6	109	87,2	56	44,8	9.390
5-485	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung	118	94,4	16	12,8	7	5,6	1.559
5-486	Rekonstruktion des Rektums	113	90,4	17	13,6	4	3,2	1.307
5-489	Andere Operation am Rektum	113	90,4	18	14,4	5	4,0	1.487
5-496	Rekonstruktion des Anus und des Sphinkterapparates	82	65,6	12	9,6	3	2,4	1.012

Tabelle 37: Spezifisches Leistungsbündel „Basis Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	118	94,4	98	78,4	58	46,4	11.626
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	118	94,4	113	90,4	112	89,6	45.146
5-789	Andere Operationen am Knochen	107	85,6	26	20,8	8	6,4	1.681
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	119	95,2	114	91,2	110	88,0	47.792
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	118	94,4	71	56,8	21	16,8	4.665
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	117	93,6	113	90,4	111	88,8	31.083
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	114	91,2	84	67,2	32	25,6	5.800
5-797	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus	111	88,8	34	27,2	12	9,6	2.590
5-798	Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur	103	82,4	29	23,2	11	8,8	2.447
5-799	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese	100	80,0	26	20,8	10	8,0	2.065

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	114	91,2	67	53,6	22	17,6	4.155
5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	113	90,4	71	56,8	28	22,4	4.576
5-802	Offen chirurgische Refixation und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	105	84,0	17	13,6	8	6,4	1.468
5-803	Offen chirurgische Bandplastik am Kniegelenk	82	65,6	5	4,0	2	1,6	714
5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	111	88,8	32	25,6	16	12,8	2.259
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	108	86,4	66	52,8	30	24,0	6.814
5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	124	99,2	114	91,2	77	61,6	25.076
5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	122	97,6	58	46,4	25	20,0	4.100
5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	124	99,2	79	63,2	48	38,4	9.243
5-853	Rekonstruktion von Muskeln	120	96,0	32	25,6	8	6,4	2.309
5-854	Rekonstruktion von Sehnen	108	86,4	33	26,4	15	12,0	2.448
5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	115	92,0	103	82,4	68	54,4	10.027

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-856	Rekonstruktion von Faszien	120	96,0	33	26,4	13	10,4	3.160
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	119	95,2	92	73,6	38	30,4	6.208
5-862	Amputation und Exartikulation obere Extremität	34	27,2	0	0,0	0	0,0	73
5-863	Amputation und Exartikulation Hand	104	83,2	26	20,8	9	7,2	1.858
5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	118	94,4	52	41,6	21	16,8	3.359
5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	118	94,4	78	62,4	47	37,6	8.368
5-866	Revision eines Amputationsgebietes	103	82,4	38	30,4	13	10,4	2.981
5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	121	96,8	108	86,4	80	64,0	16.801

Tabelle 38: Spezifisches Leistungsbündel „Spezielle Unfallchirurgie“ (Unfallchirurgie) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	113	90,4	58	46,4	35	28,0	7.381
5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	115	92,0	105	84,0	62	49,6	9.380
5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	117	93,6	114	91,2	112	89,6	67.925
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	113	90,4	105	84,0	67	53,6	11.509
5-837	Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	94	75,2	28	22,4	5	4,0	2.266
5-838	Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule	40	32,0	5	4,0	4	3,2	704
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	111	88,8	77	61,6	59	47,2	12.408
5-841	Operationen an Bändern der Hand	107	85,6	41	32,8	20	16,0	3.908
5-842	Operationen an Faszien der Hohlhand und der Finger	88	70,4	28	22,4	11	8,8	1.901
5-843	Operationen an Muskeln der Hand	67	53,6	4	3,2	0	0,0	370

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-844	Operation an Gelenken der Hand	98	78,4	34	27,2	10	8,0	2.123
5-845	Synovialektomie an der Hand	82	65,6	22	17,6	7	5,6	1.694
5-846	Arthrodesen an Gelenken der Hand	90	72,0	17	13,6	5	4,0	1.109
5-847	Resektionsarthroplastik an Gelenken der Hand	75	60,0	16	12,8	4	3,2	909
5-848	Operationen bei kongenitalen Anomalien der Hand	3	2,4	0	0,0	0	0,0	5
5-849	Andere Operationen an der Hand	103	82,4	37	29,6	18	14,4	2.951
5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	111	88,8	32	25,6	13	10,4	2.331
5-858	Entnahme und Transplantation von Muskel, Sehne und Faszie mit mikrovaskulärer Anastomosierung	51	40,8	8	6,4	3	2,4	586
5-860	Replantation obere Extremität	46	36,8	3	2,4	0	0,0	223
5-861	Replantation untere Extremität	5	4,0	0	0,0	0	0,0	8
5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	113	90,4	85	68,0	53	42,4	9.332
5-784	Knochentransplantation und -transposition	114	91,2	96	76,8	67	53,6	13.620

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung. Anhang Abschlussbericht

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-785	Implantation von alloplastischem Knochenersatz	112	89,6	65	52,0	25	20,0	4.353

Anhang C.3: Grundleistungsbereiche für die Fachgebiete Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie stratifiziert nach Bettengrößenklassen

Anmerkung: Die Anzahl der Eingriffe pro OPS-Kode unterliegt dem Datenschutz und wird über eine Mindestfallzahlregel von mindestens vier Fällen geschützt. OPS-Kodes, welche der Mindestfallzahlregel unterliegen, sind mit einer Anzahl von eins („1“) in die Auswertung eingeflossen.

Tabelle 39: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Viszeralchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-470	Appendektomie	389	81,4	319	66,7	185	38,7	28.147
5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianal-region	403	84,3	214	44,8	66	13,8	14.551
5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	370	77,4	83	17,4	36	7,5	9.263
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	394	82,4	197	41,2	93	19,5	16.993
5-511	Cholezystektomie	399	83,5	360	75,3	307	64,2	54.555
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	426	89,1	385	80,5	324	67,8	65.457
5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	418	87,4	257	53,8	77	16,1	17.569
5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	379	79,3	36	7,5	11	2,3	3.591
5-536	Verschluss einer Narbenhernie	409	85,6	198	41,4	48	10,0	13.816

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	450	94,1	300	62,8	126	26,4	20.988
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	462	96,7	240	50,2	81	16,9	17.178
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	449	93,9	353	73,8	244	51,0	44.144
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	402	84,1	148	31,0	34	7,1	8.711
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	427	89,3	308	64,4	213	44,6	31.728

Tabelle 40: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Unfallchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit ≤ 200 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	426	89,1	177	37,0	78	16,3	24.808

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	433	90,6	341	71,3	191	40,0	31.300
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	404	84,5	315	65,9	195	40,8	29.815
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	406	84,9	316	66,1	188	39,3	28.677
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	375	78,5	43	9,0	8	1,7	4.244
5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	363	75,9	34	7,1	12	2,5	3.300
5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	429	89,7	164	34,3	72	15,1	17.136
5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	414	86,6	73	15,3	28	5,9	7.437
5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	419	87,7	157	32,8	56	11,7	18.545
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	431	90,2	159	33,3	45	9,4	12.181
5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	382	79,9	101	21,1	35	7,3	7.246
5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	388	81,2	139	29,1	63	13,2	20.839

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	411	86,0	261	54,6	166	34,7	46.780
5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	407	85,1	348	72,8	265	55,4	48.839
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	389	81,4	99	20,7	25	5,2	7.068
5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	363	75,9	92	19,2	45	9,4	9.394

Tabelle 41: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Viszeralchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-061	Hemithyreoidektomie	366	86,7	100	23,7	43	10,2	11.625
5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	329	78,0	47	11,1	17	4,0	5.524
5-063	Thyreoidektomie	369	87,4	147	34,8	60	14,2	17.167

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	368	87,2	234	55,5	118	28,0	34.960
5-470	Appendektomie	397	94,1	386	91,5	338	80,1	48.529
5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianalregion	397	94,1	337	79,9	144	34,1	26.035
5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	389	92,2	156	37,0	53	12,6	13.600
5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	387	91,7	131	31,0	45	10,7	11.225
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	398	94,3	269	63,7	132	31,3	23.032
5-511	Cholezystektomie	403	95,5	394	93,4	384	91,0	89.597
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	401	95,0	390	92,4	377	89,3	79.848
5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	377	89,3	17	4,0	5	1,2	2.348
5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	401	95,0	367	87,0	174	41,2	26.073
5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	396	93,8	46	10,9	11	2,6	4.618
5-536	Verschluss einer Narbenhernie	402	95,3	350	82,9	123	29,1	21.127
5-539	Verschluss anderer abdominaler Hernien	347	82,2	10	2,4	2	0,5	1.454

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	399	94,5	302	71,6	168	39,8	24.818
5-542	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand	375	88,9	30	7,1	5	1,2	3.221
5-545	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	388	91,9	74	17,5	12	2,8	5.315
5-549	Andere Bauchoperationen	392	92,9	102	24,2	29	6,9	7.825
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	417	98,8	382	90,5	221	52,4	37.327
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	415	98,3	344	81,5	168	39,8	27.270
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	419	99,3	399	94,5	343	81,3	81.068
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	389	92,2	240	56,9	43	10,2	12.744
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	415	98,3	359	85,1	293	69,4	47.187

Tabelle 42: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Unfallchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 200 und ≤ 400 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	389	92,2	184	43,6	87	20,6	21.002
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	385	91,2	350	82,9	269	63,7	50.960
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	375	88,9	354	83,9	317	75,1	53.295
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	364	86,3	62	14,7	16	3,8	5.266
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	375	88,9	353	83,6	290	68,7	45.297
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	366	86,7	82	19,4	26	6,2	6.392
5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	337	79,9	28	6,6	12	2,8	2.916
5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	356	84,4	60	14,2	18	4,3	4.776
5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	319	75,6	75	17,8	36	8,5	7.050
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	328	77,7	130	30,8	50	11,8	14.675

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	411	97,4	197	46,7	111	26,3	27.696
5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	360	85,3	56	13,3	18	4,3	5.041
5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	404	95,7	104	24,6	32	7,6	8.003
5-853	Rekonstruktion von Muskeln	335	79,4	27	6,4	8	1,9	2.291
5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	378	89,6	234	55,5	70	16,6	15.410
5-856	Rekonstruktion von Faszien	349	82,7	21	5,0	4	0,9	2.426
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	392	92,9	198	46,9	55	13,0	12.102
5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	341	80,8	51	12,1	8	1,9	3.520
5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	368	87,2	174	41,2	75	17,8	12.862
5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	387	91,7	199	47,2	116	27,5	23.973
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	366	86,7	188	44,5	120	28,4	39.366
5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	366	86,7	171	40,5	43	10,2	9.830

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	382	90,5	362	85,8	345	81,8	87.641
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	371	87,9	194	46,0	53	12,6	12.693
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	330	78,2	112	26,5	43	10,2	11.432
5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	350	82,9	121	28,7	41	9,7	12.205
5-784	Knochentransplantation und -transposition	365	86,5	190	45,0	86	20,4	20.493
5-785	Implantation von alloplastischem Knochenersatz	322	76,3	79	18,7	25	5,9	7.144

Tabelle 43: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Viszeralchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-061	Hemithyreoidektomie	173	89,6	79	40,9	40	20,7	9.974
5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	167	86,5	34	17,6	15	7,8	3.853
5-063	Thyreoidektomie	179	92,7	99	51,3	54	28,0	12.356
5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	181	93,8	131	67,9	87	45,1	26.945
5-311	Temporäre Tracheostomie	150	77,7	29	15,0	8	4,1	2.247
5-470	Appendektomie	186	96,4	184	95,3	176	91,2	28.901
5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianal-region	186	96,4	173	89,6	101	52,3	13.650
5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	183	94,8	96	49,7	40	20,7	6.774
5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	180	93,3	65	33,7	27	14,0	4.825
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	184	95,3	132	68,4	58	30,1	11.757
5-511	Cholezystektomie	186	96,4	185	95,9	185	95,9	57.291
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	186	96,4	183	94,8	177	91,7	38.475
5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	176	91,2	11	5,7	1	0,5	1.132

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	186	96,4	176	91,2	103	53,4	12.637
5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	183	94,8	21	10,9	4	2,1	2.059
5-536	Verschluss einer Narbenhernie	185	95,9	178	92,2	110	57,0	12.596
5-539	Verschluss anderer abdominaler Hernien	170	88,1	1	0,5	0	0,0	621
5-540	Inzision der Bauchwand	152	78,8	3	1,6	1	0,5	553
5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	190	98,4	174	90,2	134	69,4	21.687
5-542	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand	179	92,7	27	14,0	7	3,6	2.107
5-545	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	182	94,3	80	41,5	21	10,9	4.619
5-549	Andere Bauchoperationen	185	95,9	76	39,4	21	10,9	4.504
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	191	99,0	178	92,2	136	70,5	22.886
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	191	99,0	173	89,6	105	54,4	14.843
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	193	100,0	190	98,4	175	90,7	63.204

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	183	94,8	133	68,9	40	20,7	6.771
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	191	99,0	172	89,1	152	78,8	36.063
5-431	Gastrostomie	156	80,8	8	4,1	4	2,1	1.291
5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	176	91,2	8	4,1	1	0,5	1.176
5-434	Atypische partielle Magenresektion	162	83,9	28	14,5	12	6,2	2.382
5-435	Partielle Magenresektion (2/3-Resektion)	155	80,3	2	1,0	0	0,0	444
5-437	(Totale) Gastrektomie	169	87,6	6	3,1	1	0,5	1.067
5-445	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]	162	83,9	21	10,9	5	2,6	1.987
5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	182	94,3	42	21,8	12	6,2	2.990
5-449	Andere Operationen am Magen	179	92,7	21	10,9	5	2,6	1.865
5-450	Inzision des Darmes	150	77,7	0	0,0	0	0,0	424
5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes	177	91,7	8	4,1	3	1,6	1.370

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	175	90,7	62	32,1	25	13,0	4.844
5-454	Resektion des Dünndarmes	188	97,4	153	79,3	55	28,5	8.087
5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	188	97,4	182	94,3	167	86,5	22.600
5-456	(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie	152	78,8	6	3,1	1	0,5	687
5-459	Bypass-Anastomose des Darmes	169	87,6	8	4,1	1	0,5	969
5-460	Anlegen eines Enterostomas, doppeläufig, als selbständiger Eingriff	182	94,3	31	16,1	2	1,0	2.227
5-461	Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff	172	89,1	2	1,0	0	0,0	754
5-462	Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes	182	94,3	71	36,8	19	9,8	4.143
5-464	Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma	182	94,3	23	11,9	1	0,5	1.923
5-465	Rückverlagerung eines doppeläufigen Enterostomas	182	94,3	79	40,9	18	9,3	4.437

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-466	Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata	180	93,3	13	6,7	1	0,5	1.384
5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	185	95,9	99	51,3	35	18,1	6.129
5-469	Andere Operationen am Darm	189	97,9	183	94,8	182	94,3	54.470
5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	178	92,2	31	16,1	9	4,7	2.952
5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	184	95,3	123	63,7	51	26,4	7.731
5-485	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung	172	89,1	6	3,1	0	0,0	1.058
5-486	Rekonstruktion des Rektums	165	85,5	14	7,3	4	2,1	1.267
5-489	Andere Operation am Rektum	155	80,3	14	7,3	6	3,1	1.882

Tabelle 44: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Unfallchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 400 und ≤ 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	180	93,3	103	53,4	55	28,5	11.067
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	174	90,2	164	85,0	158	81,9	44.029
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	175	90,7	168	87,0	157	81,3	44.540
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	168	87,0	67	34,7	15	7,8	4.165
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	172	89,1	166	86,0	152	78,8	33.790
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	171	88,6	80	41,5	24	12,4	5.193
5-797	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus	154	79,8	15	7,8	5	2,6	1.659
5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	167	86,5	43	22,3	15	7,8	3.402
5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	167	86,5	56	29,0	16	8,3	3.583
5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	154	79,8	40	20,7	17	8,8	3.860

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	162	83,9	76	39,4	30	15,5	5.396
5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	190	98,4	137	71,0	89	46,1	16.246
5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	177	91,7	36	18,7	14	7,3	3.186
5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	186	96,4	67	34,7	21	10,9	5.305
5-853	Rekonstruktion von Muskeln	164	85,0	15	7,8	4	2,1	1.498
5-854	Rekonstruktion von Sehnen	154	79,8	33	17,1	18	9,3	3.903
5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	172	89,1	135	69,9	67	34,7	10.806
5-856	Rekonstruktion von Faszien	169	87,6	23	11,9	2	1,0	1.576
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	179	92,7	114	59,1	33	17,1	7.340
5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	168	87,0	49	25,4	15	7,8	3.351
5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	165	85,5	88	45,6	58	30,1	8.993
5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	174	90,2	124	64,2	74	38,3	14.689

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	168	87,0	87	45,1	63	32,6	14.835
5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	167	86,5	130	67,4	45	23,3	7.316
5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	173	89,6	168	87,0	164	85,0	63.028
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	169	87,6	131	67,9	54	28,0	9.300
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	160	82,9	89	46,1	53	27,5	11.519
5-849	Andere Operationen an der Hand	145	75,1	33	17,1	12	6,2	2.880
5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	170	88,1	88	45,6	41	21,2	9.432
5-784	Knochentransplantation und -transposition	167	86,5	114	59,1	62	32,1	13.784
5-785	Implantation von alloplastischem Knochenersatz	160	82,9	51	26,4	15	7,8	3.500

Tabelle 45: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Viszeralchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-061	Hemithyreoidektomie	117	93,6	82	65,6	45	36,0	8.348
5-062	Andere partielle Schilddrüsenresektion	113	90,4	30	24,0	11	8,8	2.411
5-063	Thyreoidektomie	117	93,6	98	78,4	59	47,2	12.627
5-067	Parathyreoidektomie	103	82,4	31	24,8	13	10,4	2.801
5-069	Andere Operationen an Schilddrüse und Nebenschilddrüsen	117	93,6	107	85,6	91	72,8	25.373
5-072	Adrenalektomie	110	88,0	24	19,2	6	4,8	1.796
5-311	Temporäre Tracheostomie	113	90,4	45	36,0	23	18,4	4.057
5-403	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]	99	79,2	17	13,6	9	7,2	2.228
5-470	Appendektomie	122	97,6	119	95,2	115	92,0	27.436
5-490	Inzision und Exzision von Gewebe der Perianal-region	124	99,2	117	93,6	84	67,2	12.252
5-491	Operative Behandlung von Analfisteln	122	97,6	82	65,6	36	28,8	7.896
5-492	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Analkanals	118	94,4	46	36,8	19	15,2	3.476

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-493	Operative Behandlung von Hämorrhoiden	121	96,8	75	60,0	31	24,8	6.050
5-499	Andere Operationen am Anus	98	78,4	7	5,6	2	1,6	897
5-511	Cholezystektomie	123	98,4	122	97,6	121	96,8	59.889
5-530	Verschluss einer Hernia inguinalis	122	97,6	120	96,0	117	93,6	30.367
5-531	Verschluss einer Hernia femoralis	114	91,2	12	9,6	3	2,4	1.124
5-534	Verschluss einer Hernia umbilicalis	121	96,8	118	94,4	84	67,2	12.602
5-535	Verschluss einer Hernia epigastrica	121	96,8	17	13,6	5	4,0	1.670
5-536	Verschluss einer Narbenhernie	121	96,8	120	96,0	94	75,2	15.718
5-539	Verschluss anderer abdominaler Hernien	116	92,8	7	5,6	2	1,6	974
5-540	Inzision der Bauchwand	113	90,4	6	4,8	3	2,4	1.147
5-541	Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums	124	99,2	119	95,2	112	89,6	48.407
5-542	Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe der Bauchwand	122	97,6	37	29,6	13	10,4	2.771
5-545	Verschluss von Bauchwand und Peritoneum	120	96,0	86	68,8	47	37,6	9.110
5-549	Andere Bauchoperationen	122	97,6	74	59,2	33	26,4	6.764

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-892	Andere Inzision an Haut und Unterhaut	125	100,0	123	98,4	111	88,8	28.958
5-894	Lokale Exzision von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	124	99,2	116	92,8	85	68,0	15.591
5-896	Chirurgische Wundtoilette [Wunddebridement] mit Entfernung von erkranktem Gewebe an Haut und Unterhaut	125	100,0	123	98,4	121	96,8	75.989
5-897	Exzision und Rekonstruktion eines Sinus pilonidalis	121	96,8	98	78,4	38	30,4	6.673
5-900	Einfache Wiederherstellung der Oberflächenkontinuität an Haut und Unterhaut	125	100,0	121	96,8	116	92,8	43.626
5-431	Gastrostomie	113	90,4	33	26,4	11	8,8	2.791
5-433	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Magens	119	95,2	23	18,4	8	6,4	1.881
5-434	Atypische partielle Magenresektion	121	96,8	42	33,6	23	18,4	4.241
5-435	Partielle Magenresektion (2/3-Resektion)	109	87,2	7	5,6	1	0,8	621
5-436	Subtotale Magenresektion (4/5-Resektion)	107	85,6	9	7,2	1	0,8	788
5-437	(Totale) Gastrektomie	117	93,6	30	24,0	7	5,6	2.110

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-445	Gastroenterostomie ohne Magenresektion [Bypassverfahren]	118	94,4	34	27,2	22	17,6	4.058
5-448	Andere Rekonstruktion am Magen	121	96,8	62	49,6	28	22,4	5.673
5-449	Andere Operationen am Magen	118	94,4	42	33,6	20	16,0	3.556
5-450	Inzision des Darmes	112	89,6	10	8,0	2	1,6	911
5-451	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dünndarmes	116	92,8	21	16,8	6	4,8	1.788
5-452	Lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarmes	120	96,0	58	46,4	25	20,0	4.672
5-454	Resektion des Dünndarmes	122	97,6	117	93,6	83	66,4	15.006
5-455	Partielle Resektion des Dickdarmes	122	97,6	120	96,0	117	93,6	29.295
5-456	(Totale) Kolektomie und Proktokolektomie	111	88,8	22	17,6	9	7,2	1.897
5-459	Bypass-Anastomose des Darmes	119	95,2	21	16,8	7	5,6	2.292
5-460	Anlegen eines Enterostomas, doppelläufig, als selbständiger Eingriff	122	97,6	50	40,0	18	14,4	3.575
5-461	Anlegen eines Enterostomas, endständig, als selbständiger Eingriff	118	94,4	19	15,2	6	4,8	1.830

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-462	Anlegen eines Enterostomas (als protektive Maßnahme) im Rahmen eines anderen Eingriffes	123	98,4	84	67,2	37	29,6	7.546
5-463	Anlegen anderer Enterostomata	111	88,8	24	19,2	9	7,2	1.927
5-464	Revision und andere Eingriffe an einem Enterostoma	122	97,6	49	39,2	20	16,0	3.943
5-465	Rückverlagerung eines doppelläufigen Enterostomas	122	97,6	90	72,0	38	30,4	7.304
5-466	Wiederherstellung der Kontinuität des Darmes bei endständigen Enterostomata	121	96,8	27	21,6	9	7,2	2.408
5-467	Andere Rekonstruktion des Darmes	123	98,4	97	77,6	60	48,0	11.814
5-469	Andere Operationen am Darm	122	97,6	121	96,8	121	96,8	83.534
5-482	Perianale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums	119	95,2	32	25,6	13	10,4	2.758
5-484	Rektumresektion unter Sphinktererhaltung	122	97,6	109	87,2	56	44,8	9.390
5-485	Rektumresektion ohne Sphinktererhaltung	118	94,4	16	12,8	7	5,6	1.559
5-486	Rekonstruktion des Rektums	113	90,4	17	13,6	4	3,2	1.307
5-489	Andere Operation am Rektum	113	90,4	18	14,4	5	4,0	1.487

Tabelle 46: Grundleistungsbereich für das Fachgebiet Unfallchirurgie (OPS-Kodes) stratifiziert nach Krankenhausstandorten mit > 650 Betten

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-782	Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe	118	94,4	98	78,4	58	46,4	11.626
5-787	Entfernung von Osteosynthesematerial	118	94,4	113	90,4	112	89,6	45.146
5-789	Andere Operationen am Knochen	107	85,6	26	20,8	8	6,4	1.681
5-790	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese	119	95,2	114	91,2	110	88,0	47.792
5-791	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	118	94,4	71	56,8	21	16,8	4.665
5-793	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	117	93,6	113	90,4	111	88,8	31.083
5-795	Offene Reposition einer einfachen Fraktur an kleinen Knochen	114	91,2	84	67,2	32	25,6	5.800
5-797	Offene Reposition einer Fraktur an Talus und Kalkaneus	111	88,8	34	27,2	12	9,6	2.590
5-798	Offene Reposition einer Beckenrand- und Beckenringfraktur	103	82,4	29	23,2	11	8,8	2.447
5-799	Offene Reposition einer Azetabulum- und Hüftkopffraktur mit Osteosynthese	100	80,0	26	20,8	10	8,0	2.065

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-79a	Geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese	114	91,2	67	53,6	22	17,6	4.155
5-79b	Offene Reposition einer Gelenkluxation	113	90,4	71	56,8	28	22,4	4.576
5-802	Offen chirurgische Refixation und Naht am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	105	84,0	17	13,6	8	6,4	1.468
5-804	Offen chirurgische Operationen an der Patella und ihrem Halteapparat	111	88,8	32	25,6	16	12,8	2.259
5-813	Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Kniegelenkes	108	86,4	66	52,8	30	24,0	6.814
5-850	Inzision an Muskel, Sehne und Faszie	124	99,2	114	91,2	77	61,6	25.076
5-851	Durchtrennung von Muskel, Sehne und Faszie	122	97,6	58	46,4	25	20,0	4.100
5-852	Exzision an Muskel, Sehne und Faszie	124	99,2	79	63,2	48	38,4	9.243
5-853	Rekonstruktion von Muskeln	120	96,0	32	25,6	8	6,4	2.309
5-854	Rekonstruktion von Sehnen	108	86,4	33	26,4	15	12,0	2.448
5-855	Naht und andere Operationen an Sehnen und Sehnenscheide	115	92,0	103	82,4	68	54,4	10.027
5-856	Rekonstruktion von Faszien	120	96,0	33	26,4	13	10,4	3.160

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-859	Andere Operationen an Muskeln, Sehnen, Faszien und Schleimbeuteln	119	95,2	92	73,6	38	30,4	6.208
5-863	Amputation und Exartikulation Hand	104	83,2	26	20,8	9	7,2	1.858
5-864	Amputation und Exartikulation untere Extremität	118	94,4	52	41,6	21	16,8	3.359
5-865	Amputation und Exartikulation Fuß	118	94,4	78	62,4	47	37,6	8.368
5-866	Revision eines Amputationsgebietes	103	82,4	38	30,4	13	10,4	2.981
5-869	Andere Operationen an den Bewegungsorganen	121	96,8	108	86,4	80	64,0	16.801
5-788	Operationen an Metatarsale und Phalangen des Fußes	113	90,4	58	46,4	35	28,0	7.381
5-792	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	115	92,0	105	84,0	62	49,6	9.380
5-794	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens	117	93,6	114	91,2	112	89,6	67.925
5-796	Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur an kleinen Knochen	113	90,4	105	84,0	67	53,6	11.509

OPS-Kode	Bezeichnung	Anzahl Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 1 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 20 erbrachten OPS [%]	Anzahl Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS	Anteil Standorte mit ≥ 50 erbrachten OPS [%]	Anzahl OPS aller Standorte
5-837	Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule	94	75,2	28	22,4	5	4,0	2.266
5-840	Operationen an Sehnen der Hand	111	88,8	77	61,6	59	47,2	12.408
5-841	Operationen an Bändern der Hand	107	85,6	41	32,8	20	16,0	3.908
5-844	Operation an Gelenken der Hand	98	78,4	34	27,2	10	8,0	2.123
5-849	Andere Operationen an der Hand	103	82,4	37	29,6	18	14,4	2.951
5-857	Plastische Rekonstruktion mit lokalen Lappen an Muskeln und Faszien	111	88,8	32	25,6	13	10,4	2.331
5-783	Entnahme eines Knochentransplantates	113	90,4	85	68,0	53	42,4	9.332
5-784	Knochentransplantation und -transposition	114	91,2	96	76,8	67	53,6	13.620
5-785	Implantation von alloplastischem Knochenersatz	112	89,6	65	52,0	25	20,0	4.353

Anhang D: Berechnung und quantitative Zuordnung zur Bewertung von Qualität – Beziehung zwischen exakten mid-p-Werten und A-posteriori-Wahrscheinlichkeiten

Im Folgenden wird die in Kapitel 5 „Differenzierte Qualitätsbeurteilung“ des Vorberichts gewählte A-priori-Verteilung für π darüber begründet, dass die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für H_0 vs. H_1 bei der vorgeschlagenen A-priori-Verteilung approximativ dem exakten, einseitigen mid-p-Wert des bestehenden Verfahrens zur Ermittlung statistischer Auffälligkeiten bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren entspricht. Dies führt dazu, dass für den Fall eines einzigen Referenzbereichs die Klassifikationsentscheidung über die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit (approximativ) der jetzigen, frequentistischen mid-p-Wert basierten Klassifikation entspricht.

A-posteriori-Wahrscheinlichkeit bei ratenbasierten Qualitätsindikatoren

Für ratenbasierte Qualitätsindikatoren wird, wie in Kapitel 5 des Vorberichts dargelegt, angenommen, dass die beobachtete Anzahl an interessierenden Ereignissen O binomialverteilt ist, d. h.

$$O \sim \text{Bin}(n, \pi),$$

wobei $\text{Bin}(n, \pi)$ die Binomialverteilung bestehend aus n unabhängigen, binären Zufallsexperimenten mit Erfolgswahrscheinlichkeit π bezeichnet. Im Folgenden wird angenommen, dass bei einem Indikator niedrige Werte der Rate π tendenziell schlechter Versorgungsqualität entsprechen. Für den umgekehrten Fall, dass hohe Werte tendenziell guter Versorgungsqualität entsprechen, ändert sich lediglich die Richtung der Null- und Alternativhypothese. Im bestehenden Verfahren für planungsrelevante Indikatoren liegt das Interesse, darin, ob die wahre Rate des Leistungserbringers im Referenzbereich liegt, d.h. ob $\pi \geq t$ gilt, mit t als festgelegtem Grenzwert des Referenzbereichs des Indikators. Diese Klassifikation erfolgt bisher anhand des frequentistischen Hypothesentests

$$H_0: \pi \geq t \text{ vs. } H_1: \pi < t.$$

Evidenz für die Nullhypothese wird im bestehenden Verfahren durch die Berechnung eines exakten mid-p-Werts zusammengefasst – für Details siehe (IQTIG 2016):

$$p_m = P(O < o; \pi = t, n) + \frac{1}{2}P(O = o; \pi = t, n),$$

mit o als Anzahl an tatsächlich beobachteten Ereignissen. Dies kann alternativ ausgedrückt werden als:

$$p_m = (P(O \leq o - 1; \pi = t, n) + P(O \leq o; \pi = t, n))/2.$$

Unter der Annahme einer binomialverteilter Anzahl an interessierenden Ereignissen O gilt:

$$P(O \leq o; \pi = t, n) = P(B \geq t; o, n),$$

mit

$$B \sim \text{Beta}(o, n - o + 1),$$

wobei $\text{Beta}(p, q)$ die Betaverteilung mit Parametern p, q bezeichnet (siehe z.B. Brown et al. 2001). Die oben dargestellte Berechnung des mid-p-Werts ist daher äquivalent zu:

$$p_m = \frac{1}{2}(P(B_1 \geq t) + P(B_2 \geq t)),$$

mit

$$B_1 \sim \text{Beta}(o, n - o + 1) \text{ und } B_2 \sim \text{Beta}(o + 1, n - o).$$

Man möchte nun p_m mit einer Betaverteilung, die als A-posteriori-Verteilung interpretiert werden kann, approximieren. Unter der hilfsweise Annahme, dass o stetig ist, sind $P(B_1 \geq t)$ und $P(B_2 \geq t)$ monoton und stetig in o , daher ist der Durchschnitt aus B_1 und B_2 approximativ identisch zum Mittelpunkt bei $o + 1/2$:

$$p_m \approx P(B_m \geq t),$$

mit $B_m \sim \text{Beta}(o + 1/2, n - o + 1/2)$. B_m kann dabei als Verteilung der A-posteriori-Wahrscheinlichkeit interpretiert werden, gegeben für die A-priori-Wahrscheinlichkeit wird eine Beta-Verteilung angenommen, mit $\pi \sim \text{Beta}(1/2, 1/2)$. Die im Vorbericht vorgeschlagene Berechnung der A-posteriori-Wahrscheinlichkeit für H_0 vs. H_1 entspricht daher approximativ dem exakten einseitigen mid-p-Wert für H_0 vs. H_1 aus dem bestehenden Verfahren für planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Die Parameter a und b der A-priori-Verteilung $\pi \sim \text{Beta}(a, b)$ können jedoch auch so gewählt werden, dass die A-posteriori-Wahrscheinlichkeit (nahezu) exakt dem mid-p-Wert entspricht. Dafür müssten die Parameter der A-priori-Verteilung in Abhängigkeit von o und n gewählt werden. Dieses Vorgehen erscheint dann geeigneter als die Festlegung von $a = b = 1/2$, sofern die beiden Klassifikationsmethoden identische Ergebnisse liefern sollen.

Wie in IQTIG (2016) dargelegt, lässt sich dann aus p_m wiederum eine Schranke für ein entsprechendes zweiseitiges $(1 - 2\alpha) \cdot 100\%$ Konfidenzintervall berechnen.

Literatur

1. Änderung der Fortschreibung des 3. Krankenhausplanes, ABl. BB [2016] Nr. 7, S. 183. Erste Änderung der Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg. Beschluss der Landesregierung. [Stand:] 16.02.2016. URL: http://bravors.brandenburg.de/br2/sixcms/media.php/76/Amtsblatt%207_16.pdf (abgerufen am: 17.09.2018).
 1. Fortschreibung des Krankenhausplans, ABl. SL Teil II [2013] Nr. 17, S. 442. Bekanntmachung der 1. Fortschreibung des Krankenhausplans für das Saarland 2011 – 2015. [Stand:] 19.04.2013. URL: [http://www.saarland.de/dokumente/thema_sozialversicherung/1_Fortschreibung_Krankenhausplan_2011_2015\(2\).pdf](http://www.saarland.de/dokumente/thema_sozialversicherung/1_Fortschreibung_Krankenhausplan_2011_2015(2).pdf) (abgerufen am: 19.12.2018).
 3. Fortschreibung des Krankenhausplans, ABl. SL Teil II [2015] Nr. 30, S. 776. Bekanntmachung der 3. Fortschreibung des Krankenhausplans für das Saarland 2011 – 2015. [Stand:] 22.07.2015. URL: https://www.saarland.de/dokumente/res_soziales/150806Fortschreibung_3KHP2011-2015GeriatrueVerlaengerung20.pdf (abgerufen am: 19.12.2018).
- Baden-Württemberg, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren ([kein Datum]): Fortschreibung des Krankenhausplans: Ziffer 5.2 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren. URL: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Krankenhäuser/KH-Plan_Fortschreibung-Ziffer-5-2_PTM.pdf (abgerufen am: 17.09.2018).
- Baden-Württemberg, Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren (2010): Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg. Beschluss der Landesregierung. [Stand:] 09.10.2010. Stuttgart: Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren. URL: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Krankenhäuser/KH-Plan_Textteil_2010.pdf (abgerufen am: 17.09.2018).
- Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales und Integration (2016): Neurologische Frührehabilitation Phase B. Fachplanung für Baden-Württemberg. Stuttgart: Ministerium für Soziales und Integration. URL: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Krankenhäuser/Neurologische_Fuehrehabilitation_Phase_B_2.0.pdf (abgerufen am: 17.09.2018).
- Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales und Integration (2017): Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg. Stand der Konzeption: Februar 2017. Stand der Übersichtskarte: August 2017. Stuttgart: Ministerium für Soziales und Integration. URL: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Publikationen/Schlaganfallkonzeption_BW.pdf (abgerufen am: 17.09.2018).
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2018): Krankenhausplan des Freistaates Bayern. 43. Fortschreibung. Stand: 01.01.2018. München: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. URL: <https://www.stmgp.bayern.de/wp-con>

- [tent/uploads/2018/02/krankenhausplan-des-freistaates-bayern_barrierefrei.pdf](https://www.krankenhausplan-des-freistaates-bayern.de/uploads/2018/02/krankenhausplan-des-freistaates-bayern_barrierefrei.pdf) (abgerufen am: 24.09.2018).
- Berlin, Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2015): Krankenhausplan 2016 des Landes Berlin. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. URL: <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/stationaere-versorgung/krankenhausplan/> [Download] (abgerufen am: 14.09.2018).
- Bremen, Senator für Gesundheit (2013): Umsetzung des Landes-Krankenhausplans für das Land Bremen 2010-2015. Zwischenbericht für 2012. [Stand:] 27.05.2013. Bremen: Senat für Gesundheit. URL: https://www.krankenhauswegweiser.bremen.de/dokumente/krankenhausplanung_und_krankenhausinvestitionen-1967 [Download: Umsetzung des Landes-Krankenhausplans 2010 bis 2015 - Zwischenbericht für 2012] (abgerufen am: 12.09.2018).
- Bremen, Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit (2011): Vorlage für die Sitzung der staatlichen Deputation für Gesundheit am 6. Dezember 2011. Fortschreibung des Landes-Krankenhausplans 2010-2015. [Stand:] 25.11.2011. Bremen: Senat für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit. AZ: 514-61-00. URL: https://www.krankenhauswegweiser.bremen.de/dokumente/krankenhausplanung_und_krankenhausinvestitionen-1967 [Download: Landeskrankenhausplan 2010-2015] (abgerufen am: 14.09.2018).
- Brown, LD; Cai, TT; DasGupta, A (2001): Interval Estimation for a Binomial Proportion. *Statistical Science* 16(2): 101-133. DOI: 10.1214/ss/1009213286.
- Destatis [Statistisches Bundesamt] (2017): Gesundheit. Tiefgegliederte Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2016 [Tabelle]. [Stand:] 20.11.2017. Wiesbaden: Destatis. Artikelnummer: 5231301167015. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/TiefgegliederteDiagnosedaten.html> [Download: Datensatzstruktur, xlsx-Format] (abgerufen am: 05.09.2018).
- Destatis [Statistisches Bundesamt] ([2017]): Die 10 häufigsten Todesursachen. Sterbefälle insgesamt nach der ICD-10 im Jahr 2015 [Tabelle]. Wiesbaden: Destatis. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/HaeufigsteTodesursachen.html> (abgerufen am: 07.09.2018).
- Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes, ABl. BB [2013] Nr. 34, 2111. Fortschreibung des Dritten Krankenhausplanes des Landes Brandenburg. Stand: 18.06.2013. URL: <http://bravors.brandenburg.de/verwaltungsvorschriften/krankenhausplan2013> (abgerufen am: 17.09.2018).
- Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Amt für Gesundheit - Fachabteilung Versorgungsplanung G 12 (2018): Zwischenfortschreibung 2017 des Krankenhausplans 2020 der Freien und Hansestadt Hamburg. [Stand:] März 2018. Hamburg: Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz. URL: <https://www.hamburg.de/contentblob/10663602/1416e8e597d9363618923686746bd84f/data/krankenhausplan2020-zwischenfortschreibung-broschuere.pdf> (abgerufen am: 24.09.2018).

Hessisches Sozialministerium (2008): Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009. Allgemeiner Teil: Planungsgrundlagen und Bedarfsprognose. (HA-Report, Nr. 727). Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium. ISBN: 978-3-89352-141-8. URL: https://soziales.hessen.de/sites/default/files/HSM/krankenhausrahmenplan_2009.pdf (abgerufen am: 14.09.2018).

Hessisches Sozialministerium ([2012]): Hessisches Onkologiekonzept. Neufassung 2010. [Stand: 10.07.2012]. Wiesbaden: Hessisches Sozialministerium. URL: https://verwaltung.hessen.de/irj/HSM_Internet?rid=HSM_15/HSM_Internet/nav/8ab/8ab20f02-c3bf-cb21-f012-f31e2389e481,,,,,11111111-2222-3333-4444-100000005005%2526_sel_uCon=6fd40f02-c3bf-cb21-f012-f31e2389e481.htm&uid=8ab20f02-c3bf-cb21-f012-f31e2389e481 [Download] (abgerufen am: 26.10.2017).

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: 11.09.2018).

Mecklenburg-Vorpommern, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit (2018a): Krankenhausplan 2012 des Landes Mecklenburg-Vorpommern. Stand: April 2018. Schwerin: Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit. URL: <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/wm/gesundheit/Gesundheitsversorgung/Krankenhauswesen/> [Download: Krankenhausplan 2012 – Stand: April 2018] (abgerufen am: 17.09.2018).

Mecklenburg-Vorpommern, Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit (2018b): Krankenhausplan – Bettenzusammenstellung. Stand: 01.04.2018. Schwerin: Ministerium für Wirtschaft, Arbeit und Gesundheit Mecklenburg-Vorpommern. URL: <https://www.regierung-mv.de/Landesregierung/wm/gesundheit/Gesundheitsversorgung/Krankenhauswesen/> [Download: Krankenhausplan – Bettenzusammenstellung – Stand: 01. April 2018] (abgerufen am: 24.09.2018).

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2018): Niedersächsischer Krankenhausplan 2018. 33. Fortschreibung. Stand: 01.01.2018. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. URL: <http://www.ms.niedersachsen.de/themen/gesundheit/krankenhaeuser/krankenhausplanung/krankenhausplanung-14156.html> [Download: 33. Fortschreibung] (abgerufen am: 27.09.2018).

Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes (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).

Nordrhein-Westfalen, Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes (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).

Plass, D; Vos, T; Hornberg, C; Scheidt-Nave, C; Zeeb, H; Krämer, A (2014): Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie. *Deutsches Ärzteblatt* 111(38): 629-638. DOI: 10.3238/arztebl.2014.0629.

Rheinland-Pfalz, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen (2010): Landeskrankenhausplan 2010. Mainz: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen. URL: https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Gesundheit_und_Pflege/GP_Dokumente/Landeskrankenhausplan_2010-2016.pdf (abgerufen am: 14.09.2018).

Saarland, Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz (2011): Krankenhausplan für das Saarland 2011-2015. Saarbrücken: Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz. URL: http://www.saarland.de/dokumente/res_gesundheit/Krankenhausplan.pdf (abgerufen am: 19.12.2018).

Sachsen-Anhalt, Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration (2013): Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gemäß § 3 (2) KHG LSA. Stand: 01.03.2013. Magdeburg: Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration. URL: https://ms.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/MS/MS/2_Krankenhaeuser/Rahmenvorgaben_Stand_01_03_13.pdf (abgerufen am: 03.09.2018).

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2013): Krankenhausplan des Freistaates Sachsen. Stand: 01.01.2014 (11. Fortschreibung) vom 17.12.2013. Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. URL: https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/Krankenhausplan_2014-2015_Teil_I.pdf <http://www.gesunde.sachsen.de/> (abgerufen am: 19.12.2018).

Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (2016): Krankenhausplan des Freistaates Sachsen ab 2014 – Teil II Einzelangaben. Stand: 01.07.2016. Dresden: Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz. URL: https://www.gesunde.sachsen.de/download/Download_Gesundheit/KHP_ab_2014_Teil_II-Stand_01.07.2016.pdf (abgerufen am: 19.12.2018).

Schleswig-Holstein, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung (2017): Krankenhausplan 2017 des Landes Schleswig-Holstein [*Allgemeiner Teil*]. [Erlassen zum:] 01.01.2017. Kiel: Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung. URL: <http://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/K/krankenhaeuser/Krankenhausplan.html> [Download: Allgemeiner Teil] (abgerufen am: 14.09.2018).

Thüringen, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2016): Verordnung über Qualitäts- und Strukturanforderungen nach § 4 Abs. 3 des Thüringer Krankenhausgesetzes (ThürQSVO). Stand: 07.12.2016. Erfurt: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. URL: https://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheits/krankenhauswesen/thuerqsvo_161207.pdf (abgerufen am: 19.12.2018).

Thüringen, Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (2018): 7. Krankenhausplan für den Freistaat Thüringen 2017 – 2022. Stand: März 2018. Erfurt: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. URL: https://www.thueringen.de/mam/th7/tmsfg/gesundheit/krankenhauswesen/krankenhausplan_thueringen.pdf (abgerufen am: 22.09.2018).



Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung
Stellungnahmen zum Vorbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 21. Dezember 2018

Impressum

Thema:

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung. Stellungnahmen zum Vorbericht

Ansprechpartnerin:

Dr. Silvia Klein

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

18. Mai 2017

Datum der Abgabe:

21. Dezember 2018

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>

Stellungnahmeverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
(AWMF)

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP Bayern)

Bundesärztekammer (BÄK)

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V. (DGAV)

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
(DGVS)

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.
(DGHNOKHC)

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

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

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (DGSS)

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)

Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG)

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
(MAGS NRW)

Robert Koch-Institut (RKI)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.	<i>Association of the Scientific Medical Societies in Germany</i>
---	---



Berlin, 09.11.2018

**Stellungnahme
der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
(AWMF)
zum Vorbericht des Instituts für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen
(IQTIG): „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren -
Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung vom 28.09.2018**

Die AWMF wurde am 28.09.2018 um eine Stellungnahme zu oben genanntem Vorbericht gebeten. Die AWMF hat ihrerseits ihre betroffenen Mitgliedsfachgesellschaften gebeten, bei gegebenem Bedarf eine eigene Stellungnahme zu verfassen. Die bis einschließlich 09.11.2018 bei der AWMF eingegangenen Stellungnahmen von fünf Fachgesellschaften sind der Stellungnahme der AWMF als Anlage beigelegt (s. Anlage 1). Wir verweisen zudem auf die Stellungnahme des DNVF.

I. Grundsätzliche Anmerkungen zum Konzept planungsrelevanter Qualitätsindikatoren

Wie schon in früheren Stellungnahmen der AWMF angemerkt, ist ein qualitätsorientiertes Vorgehen bei der Krankenhausplanung im Grundsatz sehr zu begrüßen¹. Die AWMF hält allerdings die im vorliegenden Vorbericht ausgeführten Methoden für planungsrelevante Qualitätsindikatoren nicht für geeignet als Steuerungsinstrument für die erforderliche regionale sektorenübergreifende Krankenhauskapazitätsplanung in Deutschland. Wenngleich das IQTIG nun ein Konzept präsentiert, das im Vergleich zu 2016 auf übergeordnete Aspekte fokussiert, bleiben eine Vielzahl der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Qualitätsforschung nach wie vor unberücksichtigt. Vor allem aber fehlt dem Bericht eine einleitende Analyse der deutschen Krankenhauslandschaft und des Bedarfs an Krankenhausplanung. Eine Problematik in Deutschland besteht in stationären Überkapazitäten verglichen mit anderen OECD Ländern². Insbesondere weist Deutschland viele kleine³, nicht sehr gut ausgestattete Krankenhäuser auf. Eine wesentlich planerische Aufgabe ist demzufolge eine adäquate Kapazitätsplanung mit Berücksichtigung auch ambulanter Versorgungsstrukturen. Werden an Krankenhäuser Struktur- Prozess- und ggf. Ergebnisindikatoren angelegt, reduziert dies nicht per se - bei Erfüllen dieser Anforderungen- die Gefahr von Überkapazitäten und damit Fehlanreizen – als Beispiel hierfür mögen in Bezug auf Struktur- und Prozessqualität die Perinatalzentren dienen, deren Anzahl in

¹ Die AWMF hält dabei ein evidenzbasiertes Vorgehen in Bezug auf die Qualitätsanforderungen für essentiell, s.a.: Version 1.0 vom 16.06.17, Positionen der AWMF zur Gesundheitspolitik nach der Bundestagswahl 2017, Evidenzbasierte Medizin –die Basis einer guten Gesundheitspolitik

² Busse R, Krankenhausstruktur weder bedarfs- noch qualitätsorientiert- zu viele Häuser, zu viele Betten, zu wenig Zentralisierung, 2018 verfügbar unter: <https://de.slideshare.net/AOK-Bundesverband/fohlensatz-prof-dr-reinhard-busse-fachgebiet-management-im-gesundheitswesen-tu-berlin-zum-krankenhausreport-2018>

³ Dies verdeutlicht z.B. auch Anhang C.2 des Berichts - häufige Operationen werden mehrheitlich in Häusern mit <20 OPS Ziffern pro Jahr erbracht!

Deutschland im internationalen Vergleich sehr hoch ist^{4,5}. Hier bedarf es einer Systemperspektive und einer jeweils landesweiten Regelung. Auch bei diesem Bericht kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass – ggf. aufgrund des engen zeitlichen Rahmens - eine durchdachte langfristige Strategie fehlt. Das IQTIG zitiert mehrfach Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und greift zurecht die Überlegung zu „Area“-Indikatoren auf, allerdings ohne diese in sein Konzept zu integrieren. Auch werden Überlegungen angestellt, dass es konzeptionelle Ergänzungen im Sinne einer sektorenübergreifenden Planung geben müsse. Das aktuelle SVR Gutachten positioniert sich hier eindeutig: „Neben den gleichen Vergütungsbedingungen sind einheitliche Vorgaben zur Qualitätssicherung eine essenzielle Voraussetzung ...zur sektorenübergreifenden Angebotsplanung“. Deren Erfordernis wird von den SVR-Autoren in einem eigenen Kapitel erläutert⁶. Seit Verabschiedung des Krankenhausstrukturgesetzes 2016, auf das der aktuelle IQTIG – Auftrag zurückgeht, ist somit die Erfordernis sektorenübergreifender regionaler Planungseinheiten weiter deutlich geworden und konkret benannt. Die AWMF hält ein sektorenübergreifendes Qualitäts-Konzept bei zunehmender Ambulantisierung⁷ für unbedingt erforderlich.

Es besteht unseres Erachtens weiterhin die Gefahr der Überbetonung der Ausprägungen einzelner planungsrelevanter QI (oder auch eines QI Sets) im Vergleich zu anderen Anforderungen. Als wesentliche Aspekte sind hierbei u.a. die abteilungsübergreifende Verbesserung der Patientensicherheit, die wohnortnahe Sicherstellung der Basisversorgung sowie die Ausstattung mit ausreichendem und entsprechend qualifiziertem Personal zu nennen (siehe auch Stellungnahmen der DGIM und der DGHM).

Es ist dem IQTIG anzurechnen, dass für diesen Vorbericht nach länderspezifischen Qualitätsanforderungen in den Krankenhausplänen recherchiert wurde. Es zeigt sich im Ergebnis eine große Heterogenität und Vielfalt.

Aus Sicht der AWMF sind die Länder gefragt, diese Anforderungen abzugleichen und entsprechend einheitliche Vorgaben zu entwickeln. Dabei sollten auch die von den Einrichtungen bereits freiwillig adoptierten Maßnahmen zur Qualitätsförderung berücksichtigt werden. Dabei wären die durch das IQTIG im Rahmen eines anderen Auftrags vorzuschlagenden Gütekriterien für Qualitätssiegel eine wichtige Hilfestellung für die Beurteilung dieser Maßnahmen⁸.

Eine Konsensbildung der Länder über einheitliche Vorgaben vorausgesetzt, wären für viele Bereiche keine oder nur wenige ressourcenintensiven Neuentwicklungen von Indikatoren(sets) zur Qualitätsüberprüfung von Fachabteilungen erforderlich (z.B. im Hinblick auf Ergebnisqualität). Für alle Vorgaben sollten in jedem Fall Evaluationen geplant und umgesetzt werden.

⁴ Gerber A et al, Perinatalzentren: Manchmal ist weniger mehr, Dtsch Arztebl 2008; 105(26): A-1439 / B-1243 / C-1211)

⁵ Rossi R et al, Perinatalmedizinische Versorgung: Maximale Sicherheit für Mutter und Kind anstreben, Dtsch Arztebl 2015; 112(1-2): A-18 / B-15 / C-15

⁶ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung – Gutachten 2018, <https://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=606> [Zugriff 8.11.2018]

⁷ Siehe 4 Abschnitt 6.3

⁸Gemeinsamer Bundesausschuss, Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Beauftragung des Instituts nach §137a SGB V mit der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln gemäß § 137a Abs.3 Satz 2 Nr. 7 SGB V, https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3294/2018-04-19_IQTIG-Beauftragung_Zertifikate.pdf [Zugriff 09.11.2018]

II. Weitere Kommentare zum Vorbericht

- **Wissenschaftlichkeit**

Die AWMF schließt sich den Anmerkungen der DNVF- Stellungnahme an im Hinblick auf die unzureichende methodische Transparenz zur Auswahl von Experten, der Durchführung, Auswertung und Verwendung der Ergebnisse der Expertengespräche, zur Verwendung von wissenschaftlichen Begriffen und Erkenntnissen sowie im Hinblick auf die Operationalisierung der vorgelegten Konzepte und Begriffe in dem vorgelegten Vorbericht. Es hätte unserer Einschätzung nach einer viel breiteren Einbindung fachlicher und wissenschaftlicher Expertise, ggf. auch internationaler Expertise, bedurft. Es ist zu bedauern, dass das IQTIG die Unterstützungsangebote, die von Stellungnehmenden bereits im Rahmen früherer Verfahren unterbreitet wurden, nicht genutzt hat.

- **Konzept der abteilungsbezogenen Erfassung von Qualität – Operationalisierung des IQTIG**

Das IQTIG setzt auf eine abteilungsbezogene Erfassung der Qualität mittels OPS-Codes. Neben erheblichen Zuordnungsschwierigkeiten (siehe Stellungnahme der DGHNO-KHC) eignet sich dieses Konzept nur für operative Fächer, für diese ist in den Anhängen auch nur eine Operationalisierung gegeben (siehe auch Stellungnahme der DGK). Abteilungsübergreifende und sektorübergreifende Qualitätsaspekte geraten zudem in den Hintergrund (siehe z.B. Stellungnahme der DGHM). So besteht das Risiko, dass tradierte Strukturen der sektorspezifischen Leistungserbringung fortgeschrieben werden (siehe Stellungnahme der GQMG).

Fazit

Zusammenfassend sieht die AWMF im Vorbericht des IQTIG kein umfassendes, tragfähiges Konzept für eine qualitätsorientierte, patientenzentrierte Krankenhausplanung. Die AWMF empfiehlt dringend, ein zukunftsweisendes Gesamtkonzept für eine sektorübergreifende Versorgung zu entwickeln. Gern bieten wir dazu unsere Unterstützung an.

Für Rückfragen stehen wir jederzeit gerne zur Verfügung.

Prof. Dr. med, Rolf Kreienberg, kreienberg@awmf.org

Dr. med. Monika Nothacker, MPH nothacker@awmf.org

Prof. Dr. Dr. med. Wilfried Wagner wagner@awmf.org

Prof. Dr. med. Ina B. Kopp, kopp@awmf.org

Anlage 1: Stellungnahmen der Fachgesellschaften (in beigefügter Zip-Datei)

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Kopf-Hals-Chirurgie (DGHNO-KHC)

Deutsche Gesellschaft für Kardiologie- Herz-Kreislaufforschung (DGK)

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen (GQMG)

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie (DGP) und die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) haben mitgeteilt, auf eine Stellungnahme zu verzichten



Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
Postfach 80 02 09, 81602 München

GMK-Geschäftsstelle
Ministerium für Arbeit, Gesundheit und So-
ziales des Landes Nordrhein-Westfalen
Herrn Frank Wenzel
Fürstenwall 25
40219 Düsseldorf

Name
Barbara Limmer
Telefon
+49 (89) 540233-260
Telefax

E-Mail
Barbara.Limmer@stmgp.bayern.de

Ausschließlich per E-Mail an: aolg2018@mags.nrw.de

Ihr Zeichen

Unser Zeichen
G26-K9100-2018/11-3

München,
30.10.2018

Ihre Nachricht vom

Unsere Nachricht vom

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren - Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung, Vorbericht des IQTIG: Stellungnahme

Anlage

Ausgefülltes Formblatt des IQTIG für schriftliche Stellungnahmen

Sehr geehrter Herr Wenzel,
sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend erhalten Sie die Stellungnahme des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege zum Vorbericht des IQTIG „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“ mit der Bitte um Weiterleitung. In der Anlage finden Sie das vom IQTIG geforderte Formblatt.

Allgemeine Gesichtspunkte

1. Das vom IQTIG vorgelegte Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beinhaltet eine abstrakte Darstellung ohne konkrete Vorschläge für die künftige Ausgestaltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Dies erschwert

eine detailliertere Stellungnahme. Grundsätzlich ist jedoch anzumerken, dass dieser rein theoretische Ansatz zu unabsehbaren Auswirkungen auf die Versorgungslandschaft führen kann. Ähnlich wie bei den gesetzlichen Regelungen zu Mindestmengen ist deshalb zu berücksichtigen, dass es in Einzelfällen zu einer Gefährdung der flächendeckenden Versorgung kommen kann, wenn die planungsrelevanten Indikatoren in regional eher schwach versorgten Gebieten zu Planherausnahmen führen würden.

2. Der dargestellte Planungszweck „kapazitätsorientierte Bedarfsplanung“ ist aus dem vorliegenden Text des IQTIG nicht hinreichend verständlich und sollte mit Blick auf die Aufgaben der Krankenhausplanung der Länder näher erläutert werden.
3. Im Konzept sind keinerlei Aussagen zu einem möglichen zusätzlichen Aufwand für die Krankenhäuser durch die Schaffung neuer planungsrelevanter Qualitätsindikatoren enthalten. Es sollte jedoch zwingender Bestandteil eines solchen Konzepts sein, aufzuzeigen, inwiefern in den Krankenhäusern zusätzliche Ressourcen benötigt werden, um möglichen Dokumentationsaufwand abzubilden. Ggf. sollten auch Abschätzungen über notwendige vergütungsrechtliche Konsequenzen getroffen werden.
4. Für auf dem vorliegenden, theoretischen Konzept aufbauende neue planungsrelevante Qualitätsindikatoren sollte in jedem Fall eine ausreichend lange Erprobungszeit vorgesehen werden. Dies gilt insbesondere für etwaige Strukturindikatoren.
5. Es sollte eine Evaluation der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren durchgeführt werden, insbesondere mit Blick auf eine Überprüfung der Zielerreichung. Ein besonderes Augenmerk sollte hierbei auf mögliche negative Aspekte des Verfahrens gelegt werden, z. B. auf eine unverhältnismäßige Fokussierung der Krankenhäuser auf die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie die Frage der Auswirkungen etwaiger auf die Ergebnisse der planungsrelevanten Indikatoren gestützter interventioneller Eingriffe auf den Zugang zur Versorgung und die Versorgungsqualität.

Einzelfragestellungen

1. Insbesondere eine flächendeckende Einführung bundesweit einheitlicher Strukturindikatoren birgt das Risiko, dass es zu regionalen Versorgungslücken kommen kann. Dies ist v.a. deshalb problematisch, weil nur das Vorliegen oder Nicht-Vorliegen von strukturellen Merkmalen festgestellt werden kann. Bei einem Nicht-Vorliegen erfolgt sofort eine Beurteilung als „in erheblichem Maße unzureichend“. Dieser pauschale Beurteilungsmechanismus ist, insbesondere bei einem Set von Strukturindikatoren, zu hinterfragen.
2. Im Themenbereich „Interventionelle Planung“ wird die Ansicht des IQTIG, bei unzureichender Bewertung eines einzelleistungsbezogenen Indikators mit Bezug zur Patientensicherheit könne die gesamte Fachabteilung als qualitativ „in erheblichem Maße unzureichend“ bewertet werden, skeptisch gesehen. Es erscheint fraglich, ob eine interventionelle Entscheidung der Krankenhausplanung auf Fachabteilungsebene, die existenzielle Folgen für ein Krankenhaus haben kann, auf dieser Basis gerichtsfest getroffen werden kann.
3. Es erscheint rechtlich zweifelhaft, bei Zulassungsentscheidungen einen niedrigeren Maßstab an planungsrelevante Qualitätsindikatoren als bei interventionellen Entscheidungen anzulegen und auf das Kriterium der Patientensicherheit zu verzichten. Der Vorschlag, für Zulassungsentscheidungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren im Themenfeld der Patientenzentrierung (Berücksichtigung der Bedürfnisse und Erfahrungen der Patienten) zuzulassen, erscheint ebenfalls problematisch. Gleiches gilt für Auswahlentscheidungen.
4. Bei Auswahlentscheidungen der Planungsbehörden ist eine Qualitätsbewertung mit „guter Qualität“ immer dann nicht ausreichend, wenn mehrere Bewerber diese Bewertung erhalten.

Mit freundlichen Grüßen



Herwig Heide
Ministerialdirigent



Stellungnahme der Bundesärztekammer

zum Vorbericht des IQTIG „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren:
Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“

Berlin, 09.11.2018

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin

1. Einordnung des Vorberichts

Die Bundesärztekammer wurde mit E-Mail vom 28.09.2018 als zu beteiligende Organisation gemäß § 137a Abs. 7 SGB V vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu einer Stellungnahme zum Vorbericht des Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aufgefordert.

Das IQTIG erhielt am 18.05.2017 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag zur Erstellung eines Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von Indikatoren zur Vorbereitung weiterer Beschlüsse des G-BA gemäß § 136c Abs. 1 SGB V als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung.

Dabei handelt es sich um eine Folgebeauftragung im Rahmen des Konzepts der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V. Die Folgebeauftragung beinhaltet zwei separate Auftragsgegenstände: Teil 1. Die Prüfung der Ableitung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen sowie Teil 2. die Erstellung eines Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Die Vorlage des Konzepts zu Teil 1 des Folgeauftrags erfolgte durch das IQTIG im Februar 2018; die Bundesärztekammer nahm hierzu schriftlich am 29.03.2018 Stellung.

Der jetzt vorliegende Konzeptentwurf entspricht dem zweiten Teil des Folgeauftrags. Den wissenschaftlichen Bericht zu diesem Konzept soll das IQTIG dem G-BA bis zum 21.12.2018 vorlegen.

2. Vorbemerkung

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer gliedert sich in zwei Teile. Der folgende Abschnitt 3 enthält Anmerkungen zum Vorbericht im Einzelnen, in Abschnitt 4 wird ein Fazit gezogen.

3. Stellungnahme im Einzelnen

Die Bundesärztekammer nimmt zu den einzelnen Abschnitten des Vorberichts wie folgt Stellung:

Zu 1 Einleitung

Zu 1.1 Qualitätsdimensionen und Planungszwecke

Seite 22, zweiter Absatz

„Im Rahmen der Krankenhausplanung bzw. der Kapazitätsplanung werden daher Indikatoren für sinnvoll erachtet, die nicht die Qualität einer Einrichtung, sondern die Versorgung innerhalb einer definierten Region beschreiben. Solche Indikatoren werden System- oder area-Indikatoren genannt. Indikatoren zur Systemqualität ermöglichen die leistungserbringer- und sektorenübergreifende Beschreibung der Versorgung zu einer Indikation, einem Querschnittsthema oder zu einem Fachgebiet.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die Bundesärztekammer unterstützt den Ansatz, für die Krankenhausplanung die Versorgungsqualität nicht alleine bezogen auf einzelne Krankenhäuser, sondern auf ganze Regio-

nen darzustellen. Es wird zu Recht auf die Bedeutung von Systemindikatoren hingewiesen. Mit Systemindikatoren lassen sich beispielsweise Hinweise auf eine Unterversorgung in einer Region finden. Andererseits ist bei komplexen Krankheitsbildern mit langen Behandlungsverläufen über mehrere Sektoren hinweg eine Zuschreibung der Verantwortung zu einem einzelnen Krankenhaus oft gar nicht möglich, so dass auch hier Systemindikatoren hilfreich wären.

Seite 23, dritter Absatz

„Die interventionelle Planung zur Einschränkung des Leistungsspektrums einer Fachabteilung oder im Extremfall zu deren Schließung sowie die Auswahl von Krankenhausstandorten erfordern ebenfalls Daten aus der laufenden Versorgung. Zusätzlich können diese je nach Rechtslage in einem Bundesland auch für eine aufsichtsrechtliche Intervention in einem betroffenen Standort nutzbar sein.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

An dieser Stelle wird erstmals – auch gegenüber früheren Berichten – der Neologismus „interventionelle Planung“ eingeführt. Diese Intervention über den Umweg der Planung sei abzugrenzen von der „direkten Intervention“ (Abbildung 1) der Aufsichtsbehörde eines Landes. „Interventionell“ ist ein technischer Begriff aus der Medizin und passt daher hier nicht. Gemäß Duden: (von diagnostischen oder therapeutischen Verfahren) gezielt in das Körpergewebe eingreifend. „Interventionell“ und „Planung“ sind zudem zwei Begriffe, die in entgegengesetzten Sinne verwendet werden (sofort eingreifend handeln versus prospektiv planen).

Um Verwirrungen zu vermeiden, wäre es angebrachter, entweder bei dem Begriff der Intervention zu bleiben oder sich näher an den Wortlaut des Gesetzes zu halten. So könnte man analog zu § 8 Absatz 1b KHG von einer „Herausnahme aus dem Krankenhausplan“ sprechen, ein analoger Begriff wäre – wie es auf Seite 21 heißt – „Schließungsentscheidung“.

Zu 1.2 Nutzung von Qualitätsanforderungen zur Regulierung in anderen Ländern

Seite 25 ff

Es erfolgt ein kurzer Überblick über Qualitätselemente in den Krankenhausplanungen in Schweden, Dänemark, Großbritannien, den Niederlanden, Österreich, der Schweiz, den USA und Kanada.

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die Darstellung der internationalen Situation ist informativ. Leider versäumt es der Vorbericht, die Informationen konsequent in einen Kontext mit den eigenen Überlegungen zu stellen. Lediglich die „leistungsorientierte Planung“ der Schweiz wird später in den Kapiteln 6 und 8 noch einmal erwähnt, da sie im Gutachten des Sachverständigenrates 2018 als „Inspiration“ für Deutschland zitiert wird. Es hätte auf der Hand gelegen, die narrative Darstellung der Ergebnisse der „orientierenden Recherche“ durch eine systematische Gegenüberstellung der einzelnen Wirkkomponenten der internationalen Planungspraxis zu ergänzen und diese Analyse – zusammen mit den geäußerten Bedarfen der deutschen Experten – als Ausgangsbasis weiterer Überlegungen zu verwenden.

Zu 1.3 Auftrag durch den G-BA

Seite 32, erster Abschnitt

„Das IQTIG wird im Zusammenhang mit dem formulierten Auftragsgegenstand Kriterien für die Identifikation von Themen bzw. Versorgungsbereichen mit besonderer Priorität für die Berücksichtigung von Qualitätsergebnissen bei der Krankenhausplanung vorlegen.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die in Kapitel 2 dargelegten „Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen“ gehen über den G-BA-Auftrag hinaus, sind aber grundsätzlich eine sinnvolle Ergänzung.

Zu 1.4 Einbindung von Expertinnen und Experten

Seite 33

Es wird von Fachgesprächen mit Vertretern von fünf Landesbehörden berichtet sowie von Fachgesprächen mit Vertretern von Fachgesellschaften und Patientenvertretern.

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die Einbindung der Landesbehördenvertreter ist zu begrüßen, da diese ja die Zielgruppe der Anwender des Verfahrens darstellen. Ergänzend wurde im Anhang eine informative Übersicht angefügt über qualitätsorientierte Komponenten der Krankenhauspläne. Leider wurden nur fünf Bundesländer befragt, die zudem auch als Vorreiter für das Konzept der qualitätsorientierten Krankenhausplanung gelten. Es wäre hier aussagekräftiger gewesen, die Positionen aller 16 Bundesländer im Detail zu erfahren, um das gesamte Spektrum abzubilden. Im Kapitel 2.2 werden zwar zusammenfassend Ergebnisse der Gespräche mit den ausgewählten Experten hinsichtlich auszuwählender Versorgungsbereiche wiedergegeben. Eine systematischere Bedarfsermittlung der Landesebene wäre hier aber hilfreicher gewesen.

Zu 2 Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen

Zu 2.1 Eignung nach Planungszwecken

Seite 36, dritter Absatz

„Für entsprechende Versorgungsbereiche kommen alternative Steuerungsinstrumente infrage, mit denen eine entsprechende Unterstützung gegeben oder ein entsprechender Druck zur Mängelbehebung ausgeübt werden kann oder – falls dies nicht hilft – die mangelhafte Versorgung ganz gestoppt werden kann. Dies ist derzeit das Verfahren Qualitätszu- und -abschläge, das sich allerdings noch im Aufbau befindet sowie die Richtlinie zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen des G-BA gemäß § 137 Abs. 1 SGB V, die ebenfalls noch nicht beschlossen worden ist.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die Richtlinie ist weder vom Gesetzgeber noch vom G-BA als alternatives Steuerungsinstrument (zu anderen Instrumenten) konzipiert, sondern soll vielmehr die anderen G-BA-Richtlinien unterstützen, indem sie in grundsätzlicher Weise die Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen festlegt, die in den Richtlinien bestimmt werden.

Seite 37, zweiter Absatz

„Strukturqualitätsrichtlinien sind einerseits einfacher zu organisieren, ermöglichen andererseits aber nicht eine Veröffentlichung der Ergebnisse, wodurch der Bevölkerung transparent gemacht werden kann, ob Leistungserbringer und Planungsbehörden diese Maßnahme konsequent umsetzen.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Strukturqualitätsrichtlinien stellen per se keine Maßnahme dar. Eine Maßnahme würde die Überprüfung der Richtlinie, z. B. durch den MDK, darstellen. Ziel der Strukturrichtlinien ist auch nicht die Überprüfung der Planungsbehörden.

Zu 2.2 Kriterien für Versorgungsbereiche

In den Kapiteln 2.2 und 2.3 werden drei Kriterien abgeleitet, aus denen zukünftige PlanQI-Verfahren ausgewählt werden könnten: „Epidemiologische Relevanz“ (unter anderem Krankheitslast), „besonderer Steuerbedarf für die Krankenhausplanung“ (einerseits Spezialisierung und Zentrenbildung und andererseits Verhinderung von unnötigen Mengenausweitungen) sowie „quantitative Bedeutung in der stationären Versorgung“ (Häufigkeit von Leistungen oder Fachabteilungen).

Auf Seite 47 heißt es im Fazit dazu:

„Im Rahmen dieses Berichts können jedoch keine konkreten Versorgungsbereiche vorgeschlagen werden. Vielmehr wurden übergeordnete Kriterien erarbeitet, mithilfe derer Versorgungsbereiche identifiziert werden können, auf die sich zukünftig mit einem Verfahren planungsrelevante Qualitätsindikatoren sinnvoll fokussiert werden könnten.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Da, wie eingangs beschrieben, eben nicht alle Bundesländer befragt wurden, bleibt unklar welche Themen bzw. Kriterien aus Landesperspektive als besonders drängend wahrgenommen werden. Auch hätte an einem Themenbeispiel aufgezeigt werden können, wie die Kriterien gemeinsam, z. B. in Form eines Koordinatensystems oder Rasters angewandt werden könnten. Insofern sind die gewählten Kriterien zwar nachvollziehbar, ihre praktische Relevanz ist jedoch vorerst noch unklar.

Während die Kriterien „epidemiologische Relevanz“ und „quantitative Bedeutung in der stationären Versorgung“ anhand von Daten aus der Versorgung relativ gut eingrenzbar sind, wirkt das Kriterium „besonderer Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung“ anfällig für Deutungen. Dies wird unterstrichen durch die Aussage, den Handlungsbedarf auch „aus gesellschafts- oder gesundheitspolitischen Maßgaben“ ableiten zu wollen. Weder das eine noch das andere dürfte allerdings als solide bzw. als im medizinisch-wissenschaftlichen Sinne versorgungsrelevante Planungsgrundlage taugen.

Die Bundesärztekammer empfiehlt, das Kriterium des „besonderen Steuerungsbedarfs“ nur mit größtmöglichem Augenmaß und unter fortlaufender Evaluation einzusetzen.

Zu 3 Grundleistungsbereiche

Zu 3.1 Methodische Herangehensweise

Zu 3.1.1 Analyse Weiterbildungsordnungen und -richtlinien

Seite 49, erster Absatz

„Basierend auf der Begründung zum KHSG (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015) wurden in einem ersten Schritt die Muster-Weiterbildungsordnung, die bundeslandspezifischen Weiterbildungsordnungen sowie Muster-Weiterbildungsrichtlinien und bundeslandspezifische Weiterbildungsrichtlinien betrachtet.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die übliche Schreibweise ist „(Muster-)Weiterbildungsordnung“. Die Bezeichnung „bundeslandspezifische Weiterbildungsordnungen“ ist nicht gebräuchlich, besser ist durchgehend den Begriff „Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern“ zu verwenden. Das Gleiche gilt für „bundeslandspezifische Weiterbildungsrichtlinien“.

Seite 49, letzter Absatz

Zunächst wurde der Fokus auf das Fachgebiet der Viszeralchirurgie gelegt und die Vorgehensweise auf das Fachgebiet der Unfallchirurgie übertragen bzw. dafür angepasst und überprüft. Da das Fachgebiet der Allgemeinen Chirurgie große inhaltliche Schnittmengen mit den Fachgebieten Viszeral- und Unfallchirurgie aufweist, wurden auch die bundeslandspezifischen Logbücher für die Facharztweiterbildung „Allgemeine Chirurgie“ betrachtet.

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Vereinfachend wurde hier der Begriff „Fachgebiet“ verwendet, so wie dies auch in anderen Bereichen, z. B. der Krankenhausplanung, der Fall ist.

In der ärztlichen Weiterbildung ist die Terminologie allerdings anders strukturiert. Bei der Viszeralchirurgie handelt es sich nicht um ein eigenständiges Gebiet im Sinne der (Muster-)Weiterbildungsordnung; die Viszeralchirurgie ist eine Facharztkompetenz innerhalb des Gebietes Chirurgie.

Die Unfallchirurgie ist kein eigenständiges Gebiet im Sinne der (Muster-)Weiterbildungsordnung; die Orthopädie und Unfallchirurgie ist eine Facharztkompetenz innerhalb des Gebietes Chirurgie.

Auch bei der Allgemein Chirurgie handelt es sich nicht um ein eigenständiges Gebiet im Sinne der (Muster-)Weiterbildungsordnung; die Allgemein Chirurgie ist eine Facharztkompetenz innerhalb des Gebietes Chirurgie. Während einige wenige Weiterbildungsordnungen hier den Begriff der „Allgemeinen Chirurgie“ führen, ist gemäß (Muster-)Weiterbildungsordnung der Begriff „Allgemein Chirurgie“ zu verwenden.

Seite 50, zweiter Absatz

„Nach anschließendem Abgleich der Logbücher der oben genannten Facharztweiterbildungen und der Zusatz-Weiterbildungen sowie der jeweiligen Definitionen, Weiterbildungsziele und -inhalte der entsprechenden Weiterbildungsordnungen wurden alle in den jeweiligen Logbüchern aufgeführten Weiterbildungsinhalte, im Besonderen der aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren inhaltlich zu „unspezifischen“, also auch für andere Fachgebiete geltenden, allgemeinen Leistungsbündeln sowie zu „spezifischen“ Leistungs-

bündeln aggregiert. Grundsätzlich werden unter „Leistungsbündeln“ inhaltlich zusammengehörige Themenkomplexe verstanden.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die Weiterbildungsinhalte der Weiterbildungsordnung werden unterteilt in Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten. Mit dem hier eingeführten Begriff der „Leistungsbündel“ wird versucht, eine Verbindung zwischen der Systematik der ärztlichen Weiterbildung, der Abrechnungssystematik des OPS und der Systematik für Leistungsspektren von Fachabteilungen in der Krankenhausplanung zu schaffen. Da die Systematiken unterschiedlichen Zwecken dienen, wären zu beachtende Einschränkungen dieser Gleichsetzung differenziert zu beleuchten.

Zu 3.1.2 Analyse der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Seite 53, Abbildung 7

Anmerkung der Bundesärztekammer:

An dieser Grafik könnte das korrekte Mapping zwischen der Weiterbildungsordnung (Facharztbezeichnungen und Zusatz-Weiterbildungen) und den Fachgebieten bzw. Fachabteilungsbezeichnungen abgebildet werden. Stattdessen werden die Begriffe der „Fachabteilung“ und des „Fachgebietes“ verwirrenderweise gleichgesetzt.

Seite 53 letzter Abschnitt

„Die sowohl für die Allgemein Chirurgie als auch für die Viszeral- und Unfallchirurgie/Orthopädie allgemeingültigen unspezifischen Leistungsbündel gliedern sich...“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die unterschiedliche Schreibweise „Unfallchirurgie/Orthopädie“ bzw. „Unfallchirurgie (Orthopädie)“ trägt ebenfalls zur Verwirrung bei.

Seite 53 letzter Abschnitt

„Das Leistungsbündel „Allgemeine Inhalte“ umfasst Grundlagen der ärztlichen Weiterbildung, die sich innerhalb der jeweiligen Facharztweiterbildungen jedoch nicht unterscheiden und Grundtechniken beispielsweise der ärztlichen Gesprächsführung, der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie berufsethische Grundsätze beinhalten...“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

An dieser Stelle wäre die Zitation des Begriffs der „Basisweiterbildung für die Facharzt Kompetenzen“ des Gebiets Chirurgie (aus der (Muster-)Weiterbildungsordnung)) angebracht gewesen. Im weiteren Text erfolgen Zitate für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in Anführungszeichen mit unklarer Quelle. Hier wird empfohlen, die (Muster-)Weiterbildungsordnung im Wortlaut zu zitieren und auch als Quelle zu benennen.

Zu 4 Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Zu 4.1 Qualitätsaspekte

Seite 65 letzter Absatz

- „Prüfung von bereits zum Zweck der Qualitätsförderung entwickelten Qualitätsaspekten und Qualitätsindikatoren für die stationäre Versorgung (einschließlich der Indikatoren in sektorenübergreifenden QS-Verfahren) hinsichtlich ihrer Eignung für den Zweck der Krankenhausplanung.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Reine Qualitätsförderungsverfahren dürfte es zukünftig gar nicht mehr geben, da mit den Maßnahmen nach § 137 Absatz 1 SGB V immer auch regulierende Maßnahmen möglich sind. Von daher erscheint die vom IQTIG vorgenommene Unterscheidung in qualitätsfördernde und regulierende Verfahren eher artifiziell. Andererseits dürfte eine gleichzeitige Beauftragung zweier unterschiedlicher Verfahren zu gleichen Thema, hier als „integrierte G-BA-Beauftragung“ bezeichnet, in der Regel wenig sinnvoll sein. Für das gleiche Themengebiet wären zwei Daten- und Verfahrenswege zu etablieren, einschließlich Zuständigkeiten und Fristen. Dies ist im Bereich der ESQS mit den Leistungsbereichen Geburtshilfe, Gynäkologie und Mammachirurgie notgedrungen so erfolgt, weil auf diese Weise die Vorgaben des Gesetzgebers erfüllt wurden. Es sollte aber keine Standardvorgehensweise sein. Die Effekte beider Verfahren wären kaum noch zu trennen.

Zu 4.1.1 Ermittlung von Qualitätsaspekten

Seite 67 zweiter Absatz

„Darüber hinaus können Zertifizierungsverfahren für Krankenhäuser Hinweise auf geeignete Qualitätsindikatoren geben“.

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Der Verweis auf Zertifizierungskataloge als mögliche Datenquellen ist richtig. An dieser Stelle wäre ein nach Themen geordneter Überblick über einschlägige Zertifizierungsverfahren im Krankenhausbereich in Deutschland von Vorteil um darzustellen, in welchen Bereichen der Versorgung nutzbare Vorarbeiten vorliegen.

Seite 69 erster Abschnitt

„Die Qualität von Informationen aus Befragungen von Patientinnen und Patienten kann nicht im Rahmen einer Datenvalidierung überprüft werden. Daher ist ihre Nutzung für die interventionelle Planung – also im Qualitätsspektrum der „mäßig unzureichenden“ und „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ – in der Tat fraglich. Einer Nutzung im Bereich „guter“ Qualität erscheint jedoch zum gegenwärtigen Zeitpunkt – noch ohne praktische Erfahrungen aus dem Regelbetrieb – grundsätzlich nichts entgegenzustehen“.

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Zu Qualitätsindikatoren auf Basis von Patientenbefragungen im Bereich des G-BA liegen noch keinerlei Erfahrungen vor. An dieser Stelle hätte man aber auf Ergebnisse in der QS-Reha rekurrieren können, in der seit vielen Jahren Befragungen von Rehabilitanden durchgeführt werden.

Für den Bereich des G-BA erscheint es sinnvoll, einige Jahre Echtbetrieb der Patientenbefragung abzuwarten, bevor man sie als mögliche Datenquelle für planungsrelevante Qualitäts-

indikatoren in Betracht zieht, auch wenn sie für die Qualitätsdimension der Patientenzentrierung wohl unabdingbar sein dürfte.

Zu 4.1.2 Eignung der Qualitätsaspekte für die Krankenhausplanung

Abbildung 9

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Abbildung 9 widerspricht in Teilen Abbildung 10. Die Patientensicherheit müsste in Abbildung 10 auch unter „Zulassung“ und „Auswahl“ und das Erreichen primärer Behandlungsziele und adäquate Indikationsstellung auch unter „Zulassung“ aufgeführt werden. Letztlich stellt Abbildung 10 den Sachverhalt differenzierter dar, so dass Abbildung 9 entbehrlich ist.

Seite 71 vorletzter Absatz

„Qualitätsaspekte eignen sich gemäß Abschlussbericht des IQTIG zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren aus den QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung (IQTIG 2016a) für die interventionelle Planung schon allein aus gesetzlicher und juristischer Sicht nur, wenn aus ihnen Qualitätsindikatoren mit Bezug zur Patientensicherheit entwickelt werden können.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Das IQTIG hält weiterhin an der unbewiesenen Behauptung fest, dass nur dann eine in erheblichem Maße unzureichende Qualität festgestellt werden kann, wenn die Indikatoren eine Gefährdung der Patientensicherheit durch eine Fachabteilung (früher „Patientengefährdung“) anzeigen. Wenn dies vom Gesetzgeber so intendiert gewesen wäre, hätte er auch die entsprechenden Begrifflichkeiten der Patientensicherheit in den genannten Gesetzen implementiert. So handelt es sich letztlich um eine einseitige juristische Auslegung durch das IQTIG.

Zu 4.2 Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Indikatorensets

Seite 76 letzter Absatz

„Diese entwickelten Qualitätsindikatoren sollten zunächst unter den Bedingungen der Qualitätsförderung in den Regelbetrieb eingeführt werden. Nach einem Zeitraum von ca. zwei Erfassungsjahren kann dann anhand der Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Regelbetrieb (z. B. zur Setzung von Referenzbereichen bzw. Grenzwerten, Ergebnisse aus dem Strukturierten Dialog) geprüft werden, ob sich die Indikatoren nach den Kriterien der Reife im Regelbetrieb (IQTIG 2016a: 41 ff.) auch tatsächlich als planungsrelevante Qualitätsindikatoren eignen“.

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Es ergibt sich ein Widerspruch zu vorherigen Ausführungen. So wird auf Seite 68 dargelegt, dass Qualitätsindikatoren – je nach Beauftragung – entweder in einem Qualitätsmodell ausschließlich zum Zweck der Krankenhausplanung (Intervention, Zulassung, Auswahl) oder in einem übergeordneten Qualitätsmodell sowohl zum Zweck der Qualitätsförderung als auch der Krankenhausplanung zusammengefasst werden.

Nun ist davon die Rede, dass neu entwickelte Indikatoren grundsätzlich in der Qualitätsförderung in den Regelbetrieb gehen können, bevor man sie nach Kriterien der „Reife“ zu Planungsindikatoren machen kann. Demnach wären sie beliebig austauschbar.

Indikatoren sollten nur mit dem Zweck eingesetzt werden, für den sie entwickelt wurden. Unbenommen davon sind Machbarkeitsprüfungen, so wie vom IQTIG vorgeschlagen, grundsätzlich sinnvoll.

Zu 5 Differenzierte Qualitätsbeurteilung

Seite 78, dritter Absatz

„Ziel des vorliegenden Konzepts für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist es, die Versorgungsqualität in die Kategorien „gute“, „mittlere“, „unzureichende“ und „in erheblichem Maß unzureichende“ Qualität einzustufen.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die Notwendigkeit einer Einteilung in vier Kategorien erschließt sich ohne Ableitung nicht direkt. Da zwei Sätze zuvor der Gesetzgeber zitiert wurde, hätte es auch nahe gelegen, dessen Wortwahl zu übernehmen (gute, durchschnittliche, unzureichende Qualität).

Zu 5.1 Vorüberlegungen zur Differenzierung von Qualität

Seite 79, zweiter Absatz

„Im Bereich der mittleren Qualität messen beispielsweise die Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung die Einhaltung von Prozess- und Ergebnisstandards.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Abgesehen davon, dass der Begriff der „Ergebnisstandards“ in Kontext der externen Qualitätssicherung (ESQS) unüblich ist, ist ohne Erläuterung auch nicht ersichtlich, warum die ESQS nur die „mittlere“ Qualität abbilden können soll.

Zu 5.3 Methodische Anforderungen an Maßstäbe

Zu 5.3.2 Maßstab – Referenzbereich

Seite 82 dritter Absatz

„Für die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden nur Referenzwerte mit fixen Werten prospektiv festgelegt. Somit hängen die Referenzbereiche nicht von der Verteilung der tatsächlich erreichten Ergebnisse aller Krankenhäuser ab und sind den Leistungserbringern prospektiv bekannt.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Unabhängig davon, dass hier noch Sentinel-Event-Indikatoren gesondert zu nennen wären, weicht diese Setzung von früheren Feststellungen des IQTIG ab. So heißt es im Abschlussbericht des IQTIG zum ersten G-BA-Auftrag in Kapitel 3.3 „Referenzbereiche planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“ (Seite 51): „Analog können künftig die perzentilbasierten Referenzbereiche jährlich aus dem arithmetischen Mittel der Werte aus den beiden Vorjahren prospektiv neu festgeschrieben werden.“

Zu 5.5 Bewertung von Qualität

Zu 5.5.2 Differenzierung von „guter“ oder „in erheblichem Maß unzureichender“ Qualität

Seite 84, letzte Absatz

„Die bestehende Methodik des Verfahrens Planungsrelevante Qualitätsindikatoren beruht auf einer binären Klassifikation von Auswertungsergebnissen in „auffällige“ und „nicht auffällige“ bzw. „unzureichende“ und „zureichende“ Ergebnisse anhand eines fallzahlabhängigen Schwellenwerts und unter Berücksichtigung der Stochastizität der betrachteten Ergebnismerte eines Leistungserbringers (IQTIG 2016a).“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die Begriffe der „zureichenden Ergebnisse“ bzw. „zureichenden Qualität“ finden sich im hier zitierten Abschlussbericht nicht.

Zu 5.5.3 Diskussion der verschiedenen Varianten

Abbildung 13

Anmerkung der Bundesärztekammer:

In der Beschriftung ist „(unten)“ zu streichen (auf Abbildung 14 kopiert?).

Zu 5.5.4 Fachliche Bewertung und qualitative Zuordnung

Seite 95, zweiter Absatz

„Für Qualitätsindikatoren, die Patientensicherheit abbilden, entfällt eine nachgeordnete qualitative Zuordnung, da die statistisch auffälligen und fachlich geprüften Ergebnisse (keine anerkannten Ausnahmetatbestände) dieser Indikatoren definitionsgemäß mit einer „in erheblichen Maß unzureichenden“ Qualität gleichgesetzt werden.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Es fehlt weiterhin der Beweis für den Automatismus, dass jeder Patientensicherheitsindikator bei statistisch auffälligem Ergebnis und fehlendem Ausnahmetatbestand die in erheblichen Maß unzureichende“ Qualität einer ganzen Fachabteilung anzeigt.

Im ersten Entwicklungsbericht des IQTIG wurden Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren aus den Leistungsbereichen Gynäkologie, Geburtshilfe und Mammachirurgie der ESQS umgedeutet zu Indikatoren der „Gefährdung der Patientensicherheit“. Beispielsweise sollen statistisch signifikante Ergebnisse der Rate von Organverletzungen bei gynäkologischen Operationen (nach Stellungnahmeverfahren) allein zur Herausnahme einer Fachabteilung aus dem Krankenhausplan berechtigen, um die Patienten zu schützen. In anderen Leistungsbereichen der ESQS werden vergleichbare eingriffsbedingte Komplikationen, z. B. Infektionen bei Herzschrittmacherpatienten, die zur Reeingriff führen, weiterhin als das behandelt, was sie sind: Komplikationen. Allein diese Ungleichbehandlung in eine vom IQTIG vorgenommene Aufteilung in Qualitätsförderung (ESQS) und Qualitätsregulierung (PlanQI) ist schwer vermittelbar.

Zu 5.5.5 Kategorien von Qualität

Seite 97, dritter Absatz

Die mittlere Qualität wird derzeit durch Indikatoren der bisherigen QS-Verfahren zur Qualitätsförderung abgefragt und anhand von rechnerischen Auffälligkeiten ermittelt.

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die Darstellung ist stark verkürzt. Die „bisherigen QS-Verfahren“ der ESQS bzw. DeQS setzen methodisch nicht nur auf rechnerische Auffälligkeiten von Indikatorergebnissen, sondern mit dem Strukturierten Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren auch auf eine differenzierte qualitative Bewertung der Qualität einer Fachabteilung durch Würdigung aller Indikatorergebnisse.

Seite 98, Abbildung 16

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Dass die ESQS bzw. DeQS lediglich „mittlere Qualität“ detektieren soll, dürfte nicht dem Selbstverständnis des G-BA bei diesen QS-Maßnahmen entsprechen. Unzureichende Qualität kann durch den Strukturierten Dialog sehr wohl aufgedeckt werden. Bei unzureichender Qualität sind neben der Qualitätsförderung, z. B. durch eine Zielvereinbarung, auch regulierende Maßnahmen gemäß § 137 Absatz 1 SGB V möglich.

Zu 6 Anforderungen zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung

Seite 101, zweiter Absatz

„...Fokus der ersten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auf die Gefährdung der Patientensicherheit gelegt, da diese aufgrund der besonderen Relevanz für Patientinnen und Patienten auch krankenhauplanerische Interventionen juristisch rechtfertigen kann, durch die Abteilungen aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden können.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die Behauptung wird an verschiedenen Stellen im Bericht wiederholt, ohne dass die genaue Rechtslage bisher im juristischen Diskurs beleuchtet wurde. Letztlich ist absehbar, dass die Klärung wohl in gerichtlichen Auseinandersetzungen im Einzelfall erfolgen muss.

Seite 101, zweiter Absatz

Das Konzept der Gefährdung der Patientensicherheit könnte auch als Tracer-Methode verstanden werden, bei der ausgewählte Gesundheitsprobleme zum Assessment der Qualität von Gesundheitsdienstleistungen dienen (Durán-Arenas et al. 2012). Ein einzelner, ausgewählter Qualitätsindikator kann demnach einen Qualitätsmangel für eine größere Einheit anzeigen.

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Bei der hier zitierten Literatur (Durán-Arenas et al. 2012) handelt es sich um eine Studie, bei der fünf Tracer im Rahmen von stichprobenhaften Krankenakten-Audits in Krankenhäusern und Ambulanzen in Mexiko verwendet wurden. Diese Quelle dürfte mangels Vergleichbarkeit zum Kontext der Krankenhausplanung in Deutschland wohl kaum als einzige Referenz für die Tracermethodik geeignet sein. In einem wissenschaftlichen Diskurs zur Begründung

der vom IQTIG empfohlenen extrem strikten Verwendung dieser Methodik sind aussagekräftigere Referenzen erwartbar.

Zu 6.2 Anforderungen an typische Leistungen eines Fach- bzw. Teilgebiets

Seite 104, dritter Absatz

Erst in der gemeinsamen qualitativen Bewertung mehrerer Qualitätsindikatoren eines Sets im Sinne einer Gesamtschau (Variante C) wird eine Aussage über eine gesamte Fachabteilung möglich.

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Der Zusammenhang zwischen in Kapitel 6 aufgeführten vier Möglichkeiten der Qualitätsdarstellung und den in Kapitel 5.5.2 genannten Differenzierungskategorien der Qualität bleibt etwas unklar. Vielleicht könnte zur Übersicht ein gegenüberstellendes Raster eingefügt werden (z. B. Möglichkeit 1/Variante A oder B, Möglichkeit 2/Variante C, Möglichkeit 3/Variante ?, Möglichkeit 4/Variante ?)

Zu 7.2 Das Verfahren Planungsrelevante Qualitätsindikatoren als Gegenstand der Evaluation

Zu 7.2.3 Auswirkungen des Verfahrens Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Seite 114, Abbildung 18

Gezeigt wird ein Wirkmodell des Verfahrens Planungsrelevante Qualitätsindikatoren.

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Bei einem Wirkmodell sind spätestens bei der „Auswirkung (Impact)“ auch Wechselwirkungen mit anderen Qualitätssicherungsmaßnahmen zu berücksichtigen, die sich mit dem Themengebiet der PlanQI-Maßnahme überschneiden. Dies kann die Evaluation noch weiter verkomplizieren. Schon aus Gründen der Evaluierbarkeit sollte in einem Themengebiet der Versorgung möglichst nur eine QS-Maßnahme zur gleichen Zeit durchgeführt werden. Andere Einflussfaktoren können z. B. im betroffenen Zeitraum stattfindende Veränderungen in den betroffenen medizinischen Verfahren, Änderungen des Abrechnungssystems (hier des DRG-Systems) oder Wirkungen des Strukturfonds (wie auch auf Seite 121 angedeutet wird) sein.

Zu 7.3 Fragestellungen der Evaluation

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Es stellt sich die Frage, warum im Kapitel 7, anders als es die Einleitung (Seite 22) erwarten lässt, der Begriff der „Systemindikatoren“ nicht erwähnt wird, zumal hier ja die Systemqualität gemessen werden soll.

Zu 8 Diskussion und Empfehlungen

Zu 8.1 Zusammenschau

Seite 127, letzter Absatz

„Mithilfe von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren könnte in der Zukunft die Versorgungsqualität eines Bundeslandes hinsichtlich mehrerer Qualitätsdimensionen nach OECD dargestellt werden sowie die Zielerreichung der Planung geprüft werden. Ein Schwerpunkt bildet dabei die Systemqualität, also bspw. Qualitätsindikatoren, die den Zugang zur Versorgung (Arah et al. 2006).“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Das OECD-Projekt Health Care Quality Indicators (HCQI) ist ein Rahmenkonzept ausschließlich zur Messung der Systemqualität (des Gesundheitssystems eines Landes). Im IQTIG-Vorbericht wird dieses Konzept ohne weitere methodische Diskussion auf die Messung von Qualitätsunterschieden zwischen Leistungserbringern übertragen. Es kommt dadurch an einigen Stellen zu Begriffsvermischungen (Qualitätsdimension der OECD versus Qualitätsdimension (Struktur, Prozess, Ergebnis)).

Tabelle 9, letzte Zeile: „nachfrage- und qualitätsorientierte (Angebots-)Kapazitätsplanung“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die Dimension Zugang (access) im OECD-Projekt bezieht sich sowohl auf den physischen Zugang (Erreichbarkeit) als auch den leistungsrechtlichen Zugang der Bevölkerung zum Gesundheitssystem (und berührt damit auch die Finanzierung des jeweiligen Gesundheitssystems). Während die räumliche Planung ohne Zweifel Gegenstand der Krankenhausplanung sein muss, gilt dies für den letzteren Aspekt nicht ohne weiteres. Auch dieses Detail zeigt, dass das OECD-Modell nicht unkritisch auf die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren übertragen werden kann.

Zu 8.2 Schritte zur Umsetzung des Konzepts

Seite 133, dritter Absatz

„Die Bewertung der Erfüllung bzw. Nichterfüllung bedarf daher keiner differenzierteren Qualitätsbeurteilung. Dementsprechend wurde vom IQTIG im Abschlussbericht zur Prüfung der Ableitung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen bereits ausgeführt, dass bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Strukturqualität die Nichteinhaltung der Anforderungen sofort als „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ zu werten ist (IQTIG 2018).“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Schon zur Stellungnahme zum letzten Vorbericht hatte die Bundesärztekammer darauf hingewiesen, dass bei Strukturindikatoren keineswegs immer klar zwischen „erfüllt“ und „nicht erfüllt“ unterschieden werden kann. Zum Beispiel kann es im Bereich der Personalanforderungen immer wieder zu Fluktuationen kommen. Es sei nicht zuletzt auf die zahlreichen gerichtlichen Auseinandersetzungen zwischen Kostenträgern und Krankenhäusern verwiesen, in dem die Erfüllung oder Nichterfüllung von Strukturanforderungen geklärt werden muss.

Darüber hinaus gibt es für den hier geforderten Automatismus, wonach eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität vorliegt sobald ein Indikator nicht erfüllt ist, keinen Anhalt.

Seite 134

„Vor der Umsetzung von neuen QS-Verfahren im Rahmen des Verfahrens Planungsrelevante Qualitätsindikatoren sind jedoch noch verschiedene Entwicklungsschritte durchzuführen:

- Erstellung von Konzeptstudien zu Grundleistungsbereichen, Leistungsbündeln oder Anforderungen an Fach- bzw. Teilgebiete ausgewählter Versorgungsbereiche.“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die Durchführung weiterer Konzeptstudien zu den neuen theoretischen Konstrukten „Grundleistungsbereiche“ und „Leistungsbündel“ wird von der Bundesärztekammer begrüßt. Auch sollte die Anwendbarkeit in konkreten Verfahren erprobt werden.

Anhang

Seite 20

„...fakultative Weiterbildung „klinische Geriatrie“ oder Zusatzweiterbildung Geriatrie...“

Anmerkung der Bundesärztekammer:

Die korrekte Schreibweise ist „Klinische Geriatrie“ oder Zusatz-Weiterbildung Geriatrie[...].“

4. Fazit

Der Vorbericht beinhaltet kenntnisreiche Darstellungen der Methodik indikatorengestützter Qualitätsmessungen. Nicht immer wird allerdings dieses Wissen in konkrete Vorschläge für die beabsichtigte Rolle von Qualitätsindikatoren bei der Krankenhausplanung umgesetzt. So wird etwa auch auf die sogenannten System- oder Area-Indikatoren eingegangen, mit denen die Versorgungsqualität innerhalb von Regionen beschrieben werden könnte. Jedoch wird dieser wahrscheinlich lohnenswerte Ansatz im Vorbericht nicht weiter verfolgt. Auch der Überblick über Qualitätselemente in den Krankenhausplanungen anderer Länder ist informativ, hat dann aber für die nachfolgenden methodischen Überlegungen des IQTIG kaum noch Bedeutung.

Begrüßenswert ist die erfolgte Einbeziehung von Vertretern der Bundesländer und damit der Adressaten des Konzepts der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. Allerdings hätte der Kreis der Befragten durchaus weiter gezogen werden können. Optimal wäre eine systematische Erfassung der Positionen aller 16 statt einer Selektion von lediglich fünf Bundesländern gewesen. Hier wäre es interessant gewesen, Aussagen gerade von jenen Ländern zu erhalten, die einer unmittelbaren Übernahme des Konzepts in die jeweilige Landeskrankenhausplanung eher reserviert gegenüberstehen.

Was die Festlegung von Kriterien für Versorgungsbereiche angeht, aus denen künftig PlanQI-Verfahren ausgewählt werden könnten, so bleibt der Vorbericht auf der Ebene übergeordneter Kriterien, schlägt also noch keine konkreten Versorgungsbereiche vor. Damit bleibt der Vorbericht auf einer weitgehend abstrakten Ebene. Diskutiert werden können immerhin die drei gewählten Kriterien „epidemiologische Relevanz“, „quantitative Bedeutung in der stationären Versorgung“ sowie „besonderer Steuerbedarf für die Krankenhausplanung“. Letzteres Kriterium sollte überdacht werden, da es kaum anhand von Versorgungsdaten objektivierbar sein dürfte und sich damit als anfällig für politisch motivierte

Eingriffe in die Versorgung erweisen könnte. Offen bleibt zudem, welche Themen bzw. Kriterien aus Sicht der Bundesländer als besonders lohnend bzw. drängend wahrgenommen werden. Insgesamt sind die gewählten Kriterien zwar nachvollziehbar, ihre praktische Relevanz ist jedoch vorerst noch unklar.

Problematisch erscheint das Festhalten an der einseitigen juristischen Auslegung des Gesetzesauftrags durch das IQTIG, wonach nur dann eine „in erheblichem Maße“ unzureichende Qualität festgestellt werden könne, wenn die Indikatoren eine Gefährdung der Patientensicherheit durch eine Fachabteilung (früher „Patientengefährdung“) anzeigten. Für den postulierten Mechanismus, wonach jeder statistisch auffällige Patientensicherheitsindikator eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität einer ganzen Fachabteilung anzeigen würde, fehlt es nach wie vor an Belegen.

Die Bundesärztekammer erinnert an dieser Stelle an die in den Tragenden Gründen zur Erstfassung der planQI-RL vom 15.12.2016 dokumentierte Bewertung durch den G-BA, wonach das vom IQTIG erdachte Konzept der „Patientengefährdung als planungsrelevanter Aspekt der Gesundheitsversorgung“ eine „zwar [...] nachvollziehbare Arbeitshypothese“ darstelle, „letztendlich jedoch nicht zu überzeugen“ vermag.

Allein schon deshalb kann auch die aktuelle Auslegung des IQTIG, wonach das Konzept der Gefährdung der Patientensicherheit im Wesen eine Umsetzung der Tracer-Methode für Qualitätsmängel innerhalb einer größeren Einheit sei, nach wie vor nicht überzeugen – schon gar nicht auf Basis der im Vorbericht benutzten Referenzen. Immerhin wird das Konzept der Patientengefährdung dahingehend erweitert, dass jetzt auch aus einer Summe von Indikatoren eine Patientengefährdung angezeigt werden können soll.

Auch die Einführung des neuen Begriffs der „interventionellen Planung“ interpretiert den gesetzlichen Rahmen terminologisch auf eigene Weise. Hier wäre eine engere Anbindung an die in den einschlägigen Gesetzestexten verwendeten Begriffe wünschenswert. Auch andere Begriffe, wie z. B. der „Ergebnisstandard“ im Kontext der externen Qualitätssicherung oder die vier kreierten Qualitätskategorien („gut, mittel, unzureichend und in erheblichem Maß unzureichend“) sind in dieser Form bisher eher nicht geläufig und erschweren das Verständnis.

Damit setzt sich der Trend früherer Berichte des IQTIG fort, Setzungen und Postulate ohne ausreichenden wissenschaftlichen Diskurs mit Referenzen aus der Literatur oder der Nennung von Grenzen, Vor- und Nachteilen der eigenen Vorschläge zu präsentieren. Stattdessen werden zur Untermauerung überwiegend Selbstreferenzen zu früheren Berichten des Instituts verwendet.

Die Ableitung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren aus Patientenbefragungen ist grundsätzlich diskutabel und für die Qualitätsdimension der Patientenzentrierung wohl auch elementar, es sollte angesichts des bisher geringen Erfahrungshorizonts mit diesem Instrument jedoch noch etwas abwartend agiert werden.

Die Ableitung von Qualitätsdimensionen aus den internationalen Vergleichen der Gesundheitssysteme einzelner Staaten durch die OECD ist eine interessante Perspektive, sollte aber nicht ohne gründlichere methodische Diskussion auf die Messung von Qualitätsunterschieden zwischen Leistungserbringern übertragen werden.

Die zahlreichen Bezugnahmen auf die (Muster-)Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und die Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern sind an einigen Stellen mit Blick auf die korrekte Terminologie zu überarbeiten.

Der umfangreiche Anhang zum Vorbericht ist zwar gleichfalls informativ, steht jedoch nur in begrenztem Bezug zum Vorbericht. Hier wäre eine engere Anbindung an den Haupttext anzustreben.

Aus Sicht der Bundesärztekammer sind Strukturkriterien für die Krankenhausplanung in der Regel besser geeignet als Prozess- oder gar Ergebnisindikatoren. Dabei sollte der Fokus weniger auf Einzel-Strukturindikatoren liegen. Dies hatte das IQTIG in seinem Bericht zum ersten Folgeauftrag vorgeschlagen und diesen Vorschlag auch im vorliegenden Vorbericht wiederholt. Es sollten vielmehr sinnvolle Strukturkonzepte für ganze Versorgungsbereiche, wie z. B. die Schlaganfallversorgung, erarbeitet werden. Solche Konzepte können verschiedene Versorgungsebenen umfassen und durchaus als „Muster“ auf Bundesebene entwickelt werden. Den Bundesländern sollte die Möglichkeit gegeben werden, die Konzepte auf die jeweiligen regionalen Besonderheiten anpassen können.

In allen drei Berichten des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wurde das Prinzip der Verfahrenszentralisierung verfolgt, d. h. die Auswertung und Bewertung der Ergebnisse von Qualitätsindikatoren müsse zentral auf der Bundesebene erfolgen. Die Bundesärztekammer spricht sich dafür aus, neben zentralen Rahmenvorgaben auf Bundesebene die Verfahrensumsetzung, also die Validierung und Bewertung von Ergebnissen, mehr auf der Landesebene anzusiedeln.

Die Bedeutung der ärztlichen Weiterbildung wird in den Berichten des IQTIG stark unterschätzt. Im Bericht zum ersten Folgeauftrag wurde behauptet, bei der Qualitätsanforderung der Weiterbildungsbefugnis in einer Fachabteilung fehle der „Bezug zu einer direkten Leistung am Patienten“ und diese daher nicht weiter im Konzept berücksichtigt. Auch im vorliegenden Bericht fehlt dieser Aspekt leider völlig. Das Vorliegen und der Umfang einer Weiterbildungsbefugnis kann aber ein sehr guter Maßstab für die fachliche Qualität der ärztlichen Versorgung in einer Abteilung sein und ist daher als planungsrelevanter Qualitätsindikator sehr gut geeignet. Darüber hinaus können auch im Zuge einer zunehmenden Zentralisierung der Versorgung (z. B. Zentrumsbildung) abteilungs- und klinikübergreifende Kooperationskonzepte für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung relevant werden.

Insgesamt liefert der Vorbericht eine Fülle methodischer Überlegungen, lässt aber noch offen, wie die konkreten Instrumente bzw. die einzusetzenden Indikatoren oder Indikatorensets aussehen werden. Insofern bedarf es noch einer weiteren Ausformulierung des Konzepts durch das IQTIG, um die wahrscheinlichen Effekte auf die Krankenhausplanung und die Versorgung abschätzen zu können.

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) Stellungnahme zu dem Verfahren Planungsrelevante Qualitätsindikatoren - Vorbericht

Sehr geehrte Frau Dr. Klein,

Ihren Vorbericht für über das Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren habe ich genau studiert.

Es ist sehr sorgfältig erstellt, alle Varianten sind sehr ausführlich beschrieben und es sind von meiner Seite nur einige Anmerkungen und Ergänzungen zu machen:

Sie vermerken immer zurecht, dass neben der Struktur- und Prozessqualität die Ergebnisqualität von entscheidender Bedeutung ist.

Wenn entsprechende Qualitätsindikatoren zu deren Überprüfung vorliegen, ist sicher eine Qualitätssteigerung zu erwarten.

Aber für mich und Fachgesellschaft stellt sich ein ebenso wichtiger Aspekt dar: **„Erhält der Patient die bestmögliche Therapie“?**

Auch wenn die Ergebnisqualität nach den aufgesetzten Qualitätsindikatoren gegeben ist, beantwortet das noch lange nicht die Frage nach der bestmöglichen Therapie, sondern – wie Sie auch selbst auf Seite 74 anmerken -, dass eine differenzierte Qualitätsbeurteilung erfolgen muss. Das heißt, für eine bestmögliche Therapie müssen auch Indikatoren für die durchgeführte Diagnostik und für das gewählt OP-Verfahren aufgestellt werden.

Als Beispiel möchte ich das Rektumkarzinom aufführen: Die Daten aus unserem Register StuDoQ|Rektumkarzinom mit mehr als 14.500 Fällen zeigen z.B. zwei Auffälligkeiten:

1. Beim Rektumkarzinom wird gefordert, präoperativ eine Kernspintomografie-Untersuchung durchzuführen. Die Daten in unserem Register zeigen jedoch, dass einzelne Abteilungen deutlich gegenüber dem Benchmark/Gesamtkrankengut abweichen.
2. OP-Verfahren: Wenn der Chirurg ausschließlich auf die Ergebnisqualität schaut, wird er das Verfahren auswählen, das die geringste Komplikationsquote hat, um „mit weißer West“ dazustehen. Das bedeutet in Vielen Fällen, dass der Schließmuskel mitgeopfert wird, ohne dass die topografische/onkologische Situation dies erfordert.

Es ist mir bewusst, dass diese Überlegungen die Angelegenheit natürlich noch komplexer macht.

Aber es ist ein wichtiger Aspekt bei den Überlegungen zu den Themen Patientenwohl und krankheitsbezogene Lebensqualität.

Mit besten Grüßen

Ihr
HJ Buhr

Prof. Dr. med. H.J. Buhr
Sekretär DGAV

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Haus der Bundespressekonferenz

Schiffbauerdamm 40

ME 3.200

10117 Berlin

Tel.: +49 30 2345 8656-20

www.dgav.de



DGVS | Olivaer Platz 7 | 10707 Berlin

Herrn
Dr. med. Christof Veit
IQTIG
Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
im Gesundheitswesen (IQTIG)
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Berlin, 08. November 2018

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie,
Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) zum IQTIG Projekt
„Planungsrelevante Qualitätsindikatoren - Konzept zur Neu- und
Weiterentwicklung“ (Auftragsgegenstand 2), Vorbericht Stand: 28.
September 2018**

Hintergrund

Das politisch vorgegebene gesundheitspolitische Ziel der nächsten Jahre ist eine Krankenhausplanung, die auch die Versorgungsqualität der Krankenhausstandorte berücksichtigt. Hierdurch soll die stationäre Versorgung geplant und gesteuert werden. Um planungsrelevanter Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung nutzbar machen zu können, wurde ein Konzept entwickelt, wie die beiden unterschiedlichen Systeme Krankenhausplanung und Qualitätssicherung zusammenwirken könnten. Während sich die Qualitätssicherung meist an Leistungen bzw. Erkrankungen ausrichtet, werden im Rahmen der Krankenhausplanung bislang überwiegend Fachgebiete betrachtet. Eine Option zur Verknüpfung der beiden Systeme wäre, dass die Krankenhausplanung künftig leistungsorientiert vorgenommen würde.

Eine weitere Option ist die Bildung eines Index aus Qualitätsindikatoren, mit denen mehrere Indikatorergebnisse so zusammengefasst werden könnten, dass sie eine gesamte Fachabteilung abbilden könnten. Weiterhin könnten planungsrelevante Qualitätsindikatoren Anforderungen an gesamte Fachgebiete, nicht an Leistungen, gestellt werden. Mithilfe von Indikatoren mit einem Bezug zu Patientensicherheit könnte direkt eine Aussage über eine gesamte Fachabteilung getroffen werden.

GESCHÄFTSSTELLE

Olivaer Platz 7
10707 Berlin

Telefon: +49. (0) 30. 31 98 31 50 00
Fax: +49. (0) 30. 31 98 31 50 09
E-Mail: info@dgvs.de
Web: www.dgvs.de

KONTOVERBINDUNG

Deutsche Bank Lübeck
IBAN DE94 2307 0700 0750 2339 00
BIC DEUTDE33

VORSTAND

Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm. Dipl.-Volksw.
F. Lammert
Präsident

Prof. Dr. med. A. Dignaß
Schatzmeister

Prof. Dr. med. W. Schepp
Kongresspräsident 2018

Prof. Dr. med. S. Faiss
Fort- und Weiterbildung

PD Dr. med. A. Riphaus
Vors. Sektion Endoskopie 2018

Prof. Dr. med. B. Siegmund
Leitlinien und Stellungnahmen

Prof. Dr. med. C. Trautwein
Öffentlichkeitsarbeit

Prof. Dr. med. T. Wehrmann
Sekretär Sektion Endoskopie

Die letzte zu nennende Alternative sind Anforderungen an typische Leistungen eines Fach- bzw. Teilgebiets (Grundleistungsbereiche), deren Qualität als Grundvoraussetzung zur Teilnahme an der Versorgung in diesem Fach- bzw. Teilgebiet berechtigen.

Aus diesem Grunde hat das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) vom gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) dem den Auftrag erhalten, gemäß § 136c Abs. 1 SGB V

1. die Prüfung der *Ableitung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen (Auftragsgegenstand 1)* sowie
2. ein Konzept zur *Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren* als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung (Auftragsgegenstand 2; G-BA 2017) zu erstellen.

Ein Bericht zu Auftragsgegenstand 1 wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) am 27. April 2018 übergeben und vom IQTIG am 27. September 2018 veröffentlicht.

Im Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung (Auftragsgegenstand 2; G-BA 2017) werden die folgenden Planungszwecke mit entsprechenden Qualitätsdimensionen differenziert.

- **Auswahl von Krankenhausstandorten**
 - Qualitätsdimensionen: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität, Abbildung *guter Qualität* bei Querschnittsthemen, Qualität einzelner Fachgebiete, Indikatoren aus den Bereichen Patientenzentrierung und Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung)

- **Intervention**

- Qualitätsdimensionen: Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität, Abbildung *in erheblichen Maß unzureichende Qualität* bei (einzel-) leistungsbezogenen Themen, Indikatoren aus den Bereichen Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung), Festlegung von Mindestanforderungen als Grundvoraussetzung zur Teilnahme an der Versorgung

- **Nachfrage- und qualitätsorientierte (Angebots-) Kapazitätsplanung**

mit Betrachtung ganzer Bundesländer oder kleinräumigen Regionen oder dort ansässiger Krankenhäuser bzw. Fachabteilungen unter dem Gesichtspunkt der Qualität

- Mehrere Qualitätsdimensionen, Prüfung der Zielerreichung der Planung, Schwerpunkt bildet die Systemqualität (z. B. Qualitätsindikatoren mit Abbildung des Zugangs zur Versorgung), Abbildung in *mäßig unzureichender* bzw. in *erheblichen Maß unzureichende Qualität*

Es wird auf **Versorgungsbereiche** mit *anhaltend unzureichender Versorgungsqualität* anhand entsprechender Indikatoren aus QS-Verfahren oder aus externen Prüfungen essentieller Strukturqualität (strukturelle Mindestanforderungen) fokussiert. Hierbei erfolgt die Auswahl anhand der *epidemiologischen Relevanz, dem Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung und der quantitativen Bedeutung für die stationäre Versorgung*.

Darüber hinaus werden exemplarisch für die Viszeral- und Unfallchirurgie auf Grundlage der Weiterbildungsordnung typische operative Eingriffe extrahiert und zu *Leistungsbündeln* zusammengefasst, die anhand einer Liste von fachspezifischen OPS-Kodes die Identifikation des **Grundleistungsbereichs** der Fachbereiche ermöglichen soll. **Grundleistungsbereiche** sollen das typische Leistungsspektrum der jeweiligen Abteilungsart abbilden. Sie enthalten ausgewählte Leistungen (OPS-Kodes) der jeweiligen spezifischen Leistungsbündel. Zur Identifikation der Grundleistungsbereiche für die Fachgebiete „Viszeralchirurgie“ und „Unfallchirurgie“ erfolgte zunächst die Berechnung des Anteils der Krankenhausstandorte deutschlandweit, die die OPS-Kodes der spezifischen Leistungsbündel im Jahr 2016 mindestens einmal genutzt haben. Es

konnten die Angaben von 1.217 Standorten mit den ausgewählten Fachabteilungen in die Analysen eingehen. Die Aufnahme eines OPS-Kodes in die Grundleistungsbereiche für die Fachgebiete Viszeral- und Unfallchirurgie erfolgte, wenn mindestens 75 % der Krankenhausstandorte mindestens einmal diesen OPS-Kode erbracht haben.

In der Vorlage werden Verfahren zur Neuentwicklung von **planungsrelevanten Qualitätsindikatoren** beschrieben. Grundsätzlich müssten alle Qualitätsaspekte den Bezug zu einem

- *patientenrelevanten Outcome* aufweisen,
- durch die *Qualitätssicherung nach §§ 136 ff. SGB V* erhebbar und
- durch die betroffenen Leistungserbringer *beeinflussbar* sein.
- Für die zur interventionellen Krankenhausplanung geeigneten Qualitätsaspekte sollte darüber
ein *dringlicher Verbesserungsbedarf* vorliegen.
- Zudem müssen sie einen Bezug zu *Patientensicherheit* aufweisen,
- das „*Erreichen primärer Behandlungsziele*“ oder die „*adäquate Indikationsstellung*“
adressieren.

Im anschließenden Entwicklungsschritt werden die ausgewählten Qualitätsmerkmale zu *Qualitätsindikatorentwürfen* operationalisiert. Im letzten Entwicklungsschritt erfolgt die Kondensierung der Liste möglicher Qualitätsindikatoren zu fokussierten *Qualitätsindikatorenssets*. Im Anschluss an jeden Entwicklungsschritt wird ein beratendes Expertengremium einbezogen. Ergebnis einer Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden nicht wie bisher nur Indikatoren sein, die in Richtung der auffällig „*unzureichenden*“ Qualität messen, sondern auch solche, die in Richtung „*guter*“ Qualität messen.

Der Auftrag des G-BA besteht im Rahmen einer **differenzierten Qualitätsbeurteilung** darin, ein Konzept für planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu entwickeln, deren Ergebnisse eine Differenzierung von „*guter*“, „*mittlerer*“, „*unzureichender*“ und „*in erheblichem Maß unzureichender*“ Qualität erlauben. Diese Qualitätsdifferenzierung soll die

Landesplanungsbehörden darin unterstützen, ihre Aufgaben zur Intervention und zur Planung der stationären Versorgung hinsichtlich Zulassungen und Auswahl zu erfüllen. Absehbar wird die Anforderung mehrerer Kategorien je Indikator aber selten zur Anwendung kommen, da die Mehrzahl der Indikatoren nicht das ganze Spektrum von Qualitätskategorien, sondern nur in eine Richtung, nämlich in „*gute Qualität*“ oder „*in erheblichen Maß unzureichende Qualität*“ abbilden kann. Für die Berechnungen sollen die *Fallzahl* sowie die *Verteilung der Ergebnisse (Varianz)* ausreichen, um mehr als einen Referenzbereich zu definieren.

Favorisiert wird die Variante C mit anschließender qualitativer Zuordnung auf Ebene mehrerer Indikatoren (z. B. eines Leistungsbündels oder eines Grundleistungsbereichs), da eine inhaltlich umfänglichere Abbildung der Leistungen und auch durch die Berücksichtigung mehrerer Qualitätsaspekte für die differenzierte Beurteilung der Qualität stationär erbrachter Leistungen am besten geeignet ist. Das bedeutet, dass die Ergebnisse der einzelnen Indikatoren zusammen betrachtet und gemeinsam in eine Bewertung über die gesamte Leistung eines Leistungsbündels bzw. Grundleistungsbereichs münden würden. Entweder würde die gesamte Leistung als „*mäßig unzureichende*“ oder als „*in erheblichem Maß unzureichende*“ Qualität bewertet werden.

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS)

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft ist ein Schwerpunkt der DGVS, die Qualität in der Gastroenterologie über Kongresse, Seminare und verschiedenste Fortbildungsformate, über die Arbeit der Kommission Qualität und vor allem über ein umfangreiches wissenschaftlich und evidenzbasiertes Leitlinienprogramm zu erhöhen.

Die DGVS unterstützt die Bemühungen und die Prozesse Leistungen im Gesundheitswesen an Qualität zu koppeln und diese messbar und vergleichbar zu gestalten. Die DGVS begrüßt ausdrücklich, dass die medizinischen Leitlinien als Basis für Konzepte, die finanziellen Ressourcen im Hinblick auf Demographie und Versorgungsauftrag möglichst optimal einzusetzen, im Sozialgesetzbuch (SGB) V ausdrücklich genannt zu werden.

Die DGVS unterstützt ebenfalls die Bindung der Krankenhausplanung an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, sehen aber wie unten aufgeführt deutliche Risiken, die zu beachten sind.

Mit dem Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung Planungsrelevanter Qualitätsindikatoren des IQTIG liegt ein umfangreich dargestellter Ansatz zur Regulation des Gesundheitswesens auf dem Boden von Qualitätsindikatoren vor. Letztendlich wird hierin die Qualität der Einrichtungen anhand verschiedener Qualitätsparameter im Vergleich zu allen anderen Abteilungen in vier verschiedene Gruppierungen eingeteilt und die Abteilungen mit den im Vergleich zu anderen Einrichtungen schlechtesten Qualitätsindizes werden als „in erheblichen Maß unzureichende Qualität“ gruppiert und sanktioniert.

Auf den ersten Blick ist der gewählte Ansatz der Auswahl von Standorten nach Qualitätsparametern einleuchtend, da hierdurch möglicherweise ökonomischen Fehlanreize gegengesteuert werden kann. Wir haben aber wesentliche Bedenken bezüglich des vorliegenden Konzepts vergleichender Qualitätsmessung:

1. Eignung von Qualitätsindizes:

Die DGVS sieht es als kritisch an, mit Bündeln von unterschiedlichen Qualitätsindikatoren die Qualität einer Abteilung, Klinik bzw. Krankenhaus sachgerecht und umfassend beschreiben zu können. So ist es durchaus denkbar, dass in verschiedenen Bereichen unterschiedliche Qualitätsstandards vorhanden sind, deren Wertigkeit schwierig einzuordnen ist. Hier reicht es nicht aus, einzelne „Expertenrunden“ zur Definition entsprechender Parameter abzuhalten, sondern es bedarf einer evidenzbasierten Untersuchung des Einflusses einzelner Qualitätsindikatoren auf die Versorgung der Bevölkerung. So sei auf die im Mai 2018 hochrangig im New England Journal of Medicine publizierte Studie von im amerikanischen System etablierten Qualitätsindikatoren hingewiesen. Sie propagiert eine deutliche Zurückhaltung in der Anwendung von Qualitätsindikatoren als Maßstab zur Regulierung des Gesundheitswesens (NEJM, 2018; 378(19):1757-1761). In der Studie wird eine Umfrage publiziert, in der 63 % der in der Qualitätsmessung tätigen Ärzte glauben, dass die Qualitätsmessungen nicht geeignet sind Qualität zu erfassen. Diese Umfrage wurde zum Anlass genommen, bereits etablierte und angewandte Qualitätsindikatoren zu analysieren. Hierbei konnten nur bei 37 % der bereits etablierten Qualitätsindikatoren angenommen werden, dass sie geeignet wären Qualität abzubilden. Die Ergebnisse dieser sehr sorgfältigen und umfangreichen Analyse lassen eine gesunde Skepsis zu in der Einschätzung der Potenz von Qualitätsindikatoren.

2. Patientenselektion:

Es ist zu befürchten, dass die Auswirkungen kritisch für die Versorgung gerade schwerkranker Risikopatienten sind.

Ebenso wie die ökonomischen Anreize (DRG-System) zu Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen mit Zunahme der ertragreichen Leistungen geführt hat, können Qualitätsindikatoren zur Selektion „leichterer Fälle“ führen. Es ist damit zu rechnen, dass eine nicht gewollte Patientenselektion durch den hier aufgebauten Druck auf die „Qualität“ stark zunehmen wird und Risikopatienten, bei denen mit höherer Wahrscheinlichkeit mit Komplikationen und schlechterer Ergebnisqualität zu rechnen ist, Leistungszugang oder Übernahmen durch eigentlich spezialisierte Zentren erschwert werden. Ein Blick auf den gerade erreichten Wert einer

einzelnen Qualitätsmessung einer Abteilung kann dann darüber entscheiden, ob ein Zentrum es sich leisten kann oder will einen Risikopatienten anzunehmen und schlechtere Qualitätsindizes riskiert.

Wenn das vorliegende Konzept umgesetzt würde, müssen in enger Absprache mit den Fachgesellschaften wirksame Instrumente zur Verhinderung derartiger Fehlentwicklungen geschaffen werden. Leider ist in dem umfangreichen Konzept an keiner Stelle ersichtlich, wie gewährleistet werden soll, dass das vorgeschlagene Verfahren der Versorgungssteuerung durch vergleichende Wertung von „Qualitätsindikatoren“ aller Anbieter nicht zur Selektion von ansonsten „gesunden“ risikoarmen Patienten führt, zu Lasten der Kränksten, also genau der Gruppe, die der meisten Aufmerksamkeit bedürften! Dieser Effekt einer Patientenselektion könnte sich über die Jahre nochmals verstärken. Wenn es anfangs möglicherweise zu einer Bereinigung einiger Abteilungen mit tatsächlich unzureichender Qualität kommen mag, wird es mit der Zeit immer schwieriger die Qualitätsparameter im Vergleich zu anderen konkurrierenden Kliniken zu halten. Um nicht abzurutschen in einen Bereich einer „unzureichenden Qualität“ bleibt dann zunehmend die Patientenselektion als ein Mittel die Qualitätsparameter zu halten.

3. Fokus auf Leistungen mit hohem Risiko

Unseres Erachtens sollten die Maßnahme der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beginnen mit klar definierten Erkrankungen und Leistungen mit einem hohen Risikoprofil, da hier der höchste Anspruch an die Qualitätserbringung im Umgang mit eingegangenen hohen Risiken erwartet werden sollte. Im vorgeschlagenen Konzept wird aber im Gegenteil überwiegend in die allgemeine Versorgung eingegriffen, so wird die Grundversorgung der Allgemeinen Chirurgie in den Fokus gesetzt, die eigentlich einen Anspruch einer hohen lokalen Versorgung hat und nicht die spezielle Viszeralchirurgie, in der Risikoprozeduren ansässig sind. Außerdem erscheinen in den Tabellen bereits jetzt nicht nur allgemeinchirurgische Prozeduren sondern auch Prozeduren der interventionellen Endoskopie z. B. des Gallengangs und des Pankreasgangs der Gastroenterologie, also einem Bereich, der ehemalige Hochrisikoeingriffe der speziellen Viszeralchirurgie ersetzt durch risikoarme endoskopische Eingriffe. Es erscheint uns als sehr kritisch die Zielsetzung primär im risikoarmen Bereich zu

starten zumal keine Erfahrungen in den tatsächlichen Auswirkungen der Umsetzung von Plan QIs bestehen.

4. Administrativer Aufwand

Der administrative Aufwand des Ansatzes erscheint sehr hoch sowohl für die Leistungserbringer als auch für die Planungsbehörden.

Stellungnehmende für die DGVS:

Prof. Dr. med. Ludger Leifeld
Prof. Dr. med. Thomas Frieling



Geschäftsstelle:
 Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn
 Telefon +49 (0) 2 28 / 923 922-0
 Telefax +49 (0) 2 28 / 923 922-10
 Frau Ulrike Fischer
 E-Mail: info@hno.org
 Homepage: <http://www.hno.org>

Deutsche Gesellschaft für HNO-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
 Friedrich-Wilhelm-Str. 2 · 53113 Bonn

Versand per E-Mail: PlanQI@igtig.org
 Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
 im Gesundheitswesen
 Herrn Dr. med. Christof Veit – Institutsleiter
 Katharina-Heinroth-Ufer 1
 10787 Berlin

29. Oktober 2018

**Kommentar zur Anhörung des IQTiG
 Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren - Konzept zur Neu- und
 Weiterentwicklung“**

Sehr geehrter Herr Dr. Veit,

das Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie dankt für die Möglichkeit den Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren - Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“ kommentieren zu dürfen. Wir möchten Ihnen heute die folgenden Ausführungen übermitteln:

1.
 HNO-Erkrankungen stehen bislang nicht im Fokus. Insofern ist über Art und Sinnhaftigkeit von Qualitätsindikatoren im HNO-Fach derzeit noch nicht zu urteilen und zu beraten.

2.
 Für die HNO-Heilkunde wurde die Zahl von über 600 (??) Fachabteilungen in Deutschland aufgeführt. Nach der Inneren Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe steht sie damit an vierter Stelle. Bei den über 600 Abteilungen dürfte es sich aber überwiegend um Belegabteilungen handeln. Für die geplanten zukünftigen Analysen wäre daher zu diskutieren, diese separat von den HNO-Hauptabteilungen zu betrachten und zu bewerten. Beide Versorgungswege unterscheiden sich erheblich voneinander, weswegen eine gemeinsame Auswertung viele methodische Probleme erzeugen wird.

b. w.

Präsident:
 Prof. Dr. S. Dazert
 Univ. HNO-Klinik,
 St. Elisabeth-Hospital
 Bleichstr. 15
 44787 Bochum

Stellv. Präsident:
 Prof. Dr. A. Dietz
 Univ. HNO-Klinik
 Liebigstr. 10-14
 04103 Leipzig

Generalsekretär:
 Prof. Dr. Th. Deitmer
 Klinikum Dortmund, HNO-Klinik
 Beurhausstr. 40
 44137 Dortmund

Schriftführer:
 Prof. Dr. Dr. H.-J. Welkoborsky
 Klinikum Nordstadt, HNO-Klinik
 Haltenhoffstr. 41
 30167 Hannover

Schatzmeister:
 Prof. Dr. K.-W. Delank
 HNO-Klinik, Klinikum der
 Stadt Ludwigshafen
 Bremser Str. 79
 67063 Ludwigshafen

Telefon: 02 34 / 5 09 82 81
 Telefax: 02 34 / 5 09 82 79
stefan.dazert@rub.de

Telefon: 03 41 / 9 72 17 00
 Telefax: 03 41 / 9 72 17 09
andreas.dietz@medizin.uni-leipzig.de

Telefon: 02 31 / 95 32 15 20
 Telefax: 02 31 / 95 32 13 79
thomas.deitmer@klinikumdo.de

Telefon: 05 11 / 9 70 43 77
 Telefax: 05 11 / 9 70 46 42
hans-juergen.welkoborsky@krh.eu

Telefon: 06 21 / 5 03 34 01
 Telefax: 06 21 / 5 03 34 03
delankw@klilu.de

3.

Es wurden aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser die Zahl der OPS-Codes für typische nach der Weiterbildungsordnung zusammengefasste Eingriffsgruppen ermittelt. Zunächst erfolgte dies für die Fachabteilungen Chirurgie, Unfallchirurgie, Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Orthopädie. Identifiziert wurden dabei auch die Leistungskomplexe Halschirurgie und endokrine Chirurgie. In diesen Leistungskomplexen finden sich folgende, durchaus auch HNO-typische Leistungen:

- Schilddrüsen-OPs,
- Nebenschilddrüsen-OPs
- Tracheotomien, permanent und temporär
(hier auch möglicherweise Anästhesie und Innere und Neurologie als eigentliche Erbringer einer Dilatationstracheotomie)
- medianen Halsfisteln und möglicherweise auch Zysten (Ductus thyreoglossus)
- Rekonstruktion der Trachea
- Neck dissections,
- Entfernung von Osteosynthesematerial

Es muss sichergestellt sein, dass die ermittelten Zahlen für die OPS-Codes allein aus den genannten chirurgischen Abteilungen stammen und nicht Zumischungen aus HNO- und MKG-Kliniken enthalten.

4.

Zur Ermittlung der OPS-Kodes hat das IQTIG auf die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser zurückgegriffen und diese anhand der Fachabteilungsschlüssel für die exemplarisch untersuchten Abteilungen ausgewertet. Eine Nachfrage im Krankenhaus-Controlling mehrerer großer Krankenhäuser hat aber ergeben, dass bei der Erstellung der Qualitätsberichte alle konsiliarisch durchgeführten Eingriffe nicht der *erbringenden* sondern der *entlassenden* Fachabteilung zugeordnet werden. Für ein Beispiel-Klinikum bedeutet das konkret, dass die HNO-Klinik im letzten Jahr beispielsweise (nur) 68 Tracheotomien 'erbracht' habe und die Neurochirurgie 51 (!) (durch HNO und Anästhesie). Umgekehrt habe die HNO angeblich zahlreiche PEG-Sonden gelegt, obwohl dies in dem betroffenen Haus nur die Gastroenterologie macht. Die vom IQTIG ermittelten Grundleistungsbereiche werden also potentiell durch die Fehlzurordnung konsiliarischer Eingriffe zum Teil erheblich verfälscht. Wie umfangreich diese Verfälschung ist, hängt davon ab, auf welche Weise das Gros der Krankenhäuser die Daten für die Qualitätsberichte zusammenstellt.

In großen stark interdisziplinär arbeitenden Kliniken werden Patienten darüber hinaus zu etwa einem Fünftel nicht von der Abteilung entlassen, in der sie aufgenommen wurden. Auch dies führt potentiell zu einer Fehlzurordnung von OPS-Ziffern.

Wir hoffen, dass unserer Ausführungen hilfreich sind und wären dankbar, wenn Sie unsere Überlegungen in den weiteren Prozess einfließen lassen würden.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Stefan Dazert
Präsident



Prof. Dr. med. Thomas Deitmer
Generalsekretär

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie



www.dghm.org

DGHM, c/o Inst. f. Med. Mikrobiol., MHH, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

cc.: PlanQI@igtig.org; s-igtig@awmf.org

Geschäftsstelle

Frau Dr. N. von Maltzahn
Institut für Med. Mikrobiologie
und Krankenhaushygiene
Med. Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Telefon: (0511)5324655
Telefax: (0511)5324355
E-Mail: dghm@mh-hannover.de

DGHM Stellungnahme zum Vorbericht: „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“

Hannover, 6. November 2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Möglichkeit zur Stellungnahme zum Vorbericht:
„Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Konzept zur Neu- und
Weiterentwicklung“.

Wir möchten vorschlagen, als Qualitätsindikatoren die Teilnahme an
bundesweiten Surveillancesystemen Antibiotika-Resistenz-Surveillance
(ARS), Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance (AVS) (beide Robert Koch-
Institut) und Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)
(Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen
Infektionen) als Strukturparameter zu berücksichtigen.

Die Surveillance von Erregern und Antibiotikaresistenz,
Antibiotikaverbrauch und nosokomialen Infektionen sind Teil des
Qualitätsmanagements im Krankenhaus und die Grundlage von Antibiotic
Stewardship. Die Teilnahme an einem der bundesweiten
Surveillancesysteme KISS, ARS und AVS bedeutet eine besondere
Qualität der Surveillance. Die Daten werden strukturiert erfasst und
Vergleichsdaten zum internen und externen Vergleich stehen zur
Verfügung. Die Datenerfassung wird regelmäßig validiert und in jährlichen
Treffen werden Probleme der jeweiligen Systeme diskutiert.

Die Krankenhäuser nehmen entweder direkt am Surveillancesystem teil
(KISS und AVS) oder indirekt über die teilnehmenden Labore (ARS).

Wir würden uns freuen, wenn Sie diesen Vorschlag berücksichtigen
würden.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. Georg Häcker
Präsident

Prof. Dr. Frauke Mattner
Vize-Präsidentin

DGHM-Vorstand

Präsident:
Prof. Dr. G. Häcker
Schriftführer:
Prof. Dr. M. Aepfelbacher
Schatzmeister:
Prof. Dr. H. Fickenscher
Vizepräsidenten:
Prof. Dr. J. Buer
Prof. Dr. P. Dersch
Prof. Dr. F. Mattner
Pastpräsident
Prof. Dr. M. Herrmann

Bankverbindung
Deutsche Bank AG Ulm
BIC - DEUTDE3333
IBAN - DE10630700240028853000
Gläubiger ID:
DE28ZZZ00000390375

Registergericht:
Amtsgericht Münster
Registernummer: VR 1390
Steuernummer: 257/107/60236

Kommentar der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) zum Vorbericht des IQTIG Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Wir danken für die Übermittlung des interessanten und anregenden Vorberichts. Wie auch auf Seite 46 des Berichtes dargelegt, ist die Innere Medizin mit dem höchsten Anteil an Fachabteilungen besonders betroffen. Hier werden ggf. auch die Schwerpunktgesellschaften des Faches Innere Medizin ihre gesonderten und spezifischen Kommentare abgeben. Wir möchten uns daher vorwiegend auf übergeordnete Gedanken zu Ihrem Bericht beschränken.

Soweit wir den Auftragsgegenstand des G-BA richtig verstehen, geht es im Wesentlichen um folgende Aspekte:

- a) Erarbeitung von Indikatoren für die Krankenhausplanung
- b) und von Indikatoren für die Beurteilung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung
- c) Definition von Grundleistungsbereichen
- d) Evaluation der Versorgungsqualität als Folge dieses Prozesses

Da es immer um eine optimale Versorgung der Menschen mit ihren unterschiedlichen Erkrankungen in Deutschland geht, sollten soziale, epidemiologische und geographische Gesichtspunkte im Vordergrund stehen, die einen möglichst gerechten, raschen und effizienten Zugang zur Behandlung für die gesamte Bevölkerung erlauben. Eine solche Analyse schließt auch die Klärung von Fehlentwicklungen und Fehlanreizen ein. In diesem übergeordneten Rahmen ist vor allem die politisch/administrative Ebene gefordert (Governance).

Nun zu den einzelnen Aspekten Ihres Berichtes.

Uns erscheint es ganz entscheidend – wie auch in diesem Bericht wiederholt angedeutet – zwischen

- Planung (Zulassung und Auswahl) und
- Qualitätssicherung (Versorgungsqualität) im laufenden Betrieb

zu unterscheiden.

Planung

Hier reicht es u. E.aus, vor allem Strukturkriterien und Prozesse hervorzuheben, evtl. unter Hinweis auf Mindestzahlen, wie in dem Bericht auch auf Seite 24 und Seite 72 dargelegt. Sollte es darum gehen, im Bereich vorhandener Institutionen umzusteuern oder neu einzurichten, wäre es auch interessant, bestimmte Querschnittsbereiche dieser Institutionen hinsichtlich definierter Parameter zu analysieren (z.B. Hygiene).

Interessant wären hier konkrete Beispiele und Referenzen aus dem Ausland (OECD-Länder). Es wäre auch interessant, hier einen Planungs- und Entscheidungsbaum für die Neueinrichtung von Institutionen darzulegen.

Beurteilung der Versorgungsqualität (laufender Betrieb)

Ihr Bericht weist darauf hin, dass es bereits vom G-BA definierte Leistungsbereiche gibt, die einer Qualitätskontrolle und Report-Pflicht unterliegen. Es wäre interessant, hier herauszuarbeiten, ob die Analyse dieser Leistungsbereiche/Indikatoren in dieser Form fortgeführt werden soll und ob sich zusätzliche Indikatoren in diese Systematik einreihen oder nicht. Wir regen an, dabei aber zwischen akutem und chronischem Organversagen zu kategorisieren. Zum Beispiel akutes Koronarsyndrom vs. chronische Herzinsuffizienz oder akute Niereninsuffizienz vs. chronische Niereninsuffizienz etc. Für beide Bereiche ließen sich dann Indikatoren definieren. Dabei müsste unbedingt auf die Expertise der Experten auf diesem Gebiet sowie auf Leitlinien zurückgegriffen werden. Uns erscheint es durchaus sinnvoll, hier auch internationale Expertise einfließen zu lassen.

Akute Erkrankungen/Indikatoren

Hier müssen Kriterien für Erfolg/Misserfolg, Komplikationen einschließlich Mortalität und auch Lebensqualität im Krankenhaus (Aufnahme-, Entlassmanagement/Ernährung/ Schmerztherapie) definiert werden. Daneben wären wenige Querschnittsparameter (z. B. Infektionen) ausreichend. Auch hier empfehlen wir den Rückgriff auf Leitlinien und nationale/internationale Experten, auch aus anderen Systemen.

Möglicherweise kann man die Bereiche und ihre Differenzierung (Grundleistungsbereiche vs. spezialisierte/komplexe Versorgung) noch klarer darlegen, z.B. in tabellarischer Form für bestimmte Fächer. Wir verstehen, dass es vor allem um Indikatoren für Grundleistungsbereiche geht, dennoch wäre es nicht falsch auch in Abgrenzung schon mögliche Indikatoren für die spezialisierte Versorgung gedanklich darzulegen.

Chronische Erkrankungen

Hierher gehören Krebserkrankungen (z. B. kolorektales Karzinom, Mammakarzinom), rheumatische Erkrankungen, Arthrosen und vor allem auch psychische Erkrankungen, die in Deutschland derzeit einen großen Raum einnehmen. Hier kommt man nicht umhin, Sektor übergreifend zu analysieren (Definition von Akuteingriffen mit entsprechenden Indikatoren und Spätergebnissen hinsichtlich Funktionalität und Lebensqualität). Welche Rolle hier die Qualitätskontrolle im Rahmen der DMPs spielt, müsste dargelegt werden.

Palliative Versorgung

Da die palliative Versorgung in Anbetracht der Altersstruktur eine zunehmende Rolle spielt, sollten hier – wiederum Sektor übergreifend – entsprechende Indikatoren definiert werden.

Weitere Bemerkungen

Uns erscheint es sinnvoll, im Rahmen der Qualitätskontrolle und Qualitätssteuerung der laufenden medizinischen Versorgung der Bevölkerung vor allem Outcome-Parameter (wie oben angedeutet) zu kontrollieren. Die Systeme werden sich zur Erzielung einer hohen Ergebnisqualität dann selber optimieren und der Gesetzgeber/zuständigen Behörden müssten hier nicht in Details oder Abläufe eingreifen.

Die Definition Leistungsbündeln mit entsprechenden Tracern für die Qualitätssteuerung erscheint sehr komplex. Für ein Fach wie die Innere Medizin wäre es für die Gesellschaft sehr interessant und wichtig, die Leistungsbündel in den verschiedenen Schwerpunkten kennenzulernen. Gerne wäre die Gesellschaft für Innere Medizin hier auch bereit, den Prozess der Definition von Leistungsbündeln – falls sich diese bewähren sollten und akzeptiert werden – zu begleiten. Dies betrifft natürlich auch die Definition von Indikatoren innerhalb dieser Leistungsbündel. Man sollte nicht verkennen, dass hier schon seitens der Fachgesellschaften einiges an Arbeit hineingeflossen ist. Wir möchten aber zu bedenken geben, dass uns nach dem hier vorgelegten Bericht solche Leistungsbündel komplex und schwierig erscheinen. Sie könnten eher zur Planung im Sinne von Strukturmaßnahmen sinnvoll sein.

Folgemaßnahmen der Qualitätsanalyse, z. B. Incentives (wie Zuschläge) und Sanktionen (Abschläge etc.) sollten auch einmal als Algorithmus dargelegt werden, sofern das den Auftrag an das IQTIG noch mit einschließt. Wann wird man von

unzureichender Qualität und wann von in erheblichem Maße unzureichender Qualität sprechen? Wann und wie wird gute Qualität im Sinne von Incentives belohnt? Die Steuerung über die richtigen Incentives erscheint hier besonders sinnvoll.

Uns würde auch interessieren, welche Vorschläge das IQTIG macht, wie man im Prozess der Qualitätssicherung auf schon vorhandene Daten der Kostenträger aber auch auf Daten, die im Rahmen DRG- und OPS-Erfassung anfallen, zugrückgreifen kann/soll, welche Möglichkeiten, aber auch welche gesetzlichen Restriktionen es hier gibt.

Wir hoffen, Ihnen mit diesen Gedanken zu einer weiteren Entwicklung Ihres Vorberichts geholfen zu haben.

Wiesbaden, 07. November 2018
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V.

Ulrich Fölsch
Generalsekretär der DGIM

Tilman Sauerbruch
Beauftragter der DGIM



DGK.

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

Anlage 2 zum Beschluss

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

IQTIG

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im
Gesundheitswesen

- *Stellungnahme zu „PlanQI : Konzept zur Neu- und
Weiterentwicklung“* -

Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Per E-Mail: PlanQI@igtig.org

Nachrichtlich : s-igtig@awmf.org

Düsseldorf, den 09. November 2018

V2018_048 PlanQi Konzept zur Neu + Weiterentwicklung

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: „Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“ Stellungnahme zum Vorbericht / Stand: 28. September 2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

grundsätzlich erscheint die Zusammenfassung von typischen Leistungen einer Abteilung, um ein repräsentatives Bild zum Vergleich verschiedener Abteilungen zu ermöglichen, ein plausibler Ansatz. Es fragt sich aber, wie sicher - oft sehr unterschiedliche Mengen in verschiedenen Leistungen - so adjustiert werden können, dass sie statistisch vergleichbar werden (Problem der kleinen Zahlen z.B. bei seltenen Komplikationen).

Bei einer Indexbildung stellt sich die Frage, wie auffällige Ergebnisse validiert werden können. Noch komplexer wird es, wenn Ergebnisse der Patientenbefragungen (die ja aus einer anderen Dimension, als die bisher gebräuchlichen Qualitätsindikatoren stammen) verknüpft und gewichtet werden.

Die Berücksichtigung der Indikationsqualität wird aufgeführt, dies unterstützen wir ausdrücklich, nur ist nicht ersichtlich wie das konkret umgesetzt werden soll. Sie kann nach unserer Einschätzung nur in einer Einzelfallbetrachtung in einem Peer-Review robust ermittelt werden und nicht durch Scores bzw. Rückschlüssen aus Patientenbefragungen.

Die Prüfungsart des Peer-Review-Verfahrens findet leider keine Erwähnung. Es sollte für alle Kliniken, bei denen eine Intervention aufgrund wiederholter unzureichender Qualität vorgesehen wird, verpflichtend durchgeführt werden. Dass dies leistbar ist, zeigt das Vorgehen beim IQM.

Die Betonung der Bedeutung der Vorgaben der Strukturqualität unter Bezug auf OPS Ziffern muss entschärft werden. Durch die jährlichen Anpassungen im DIMDI sind sie inzwischen mit

klassifikationsfremden, detailversessenen Anforderungen überfrachtet und bedürfen einer grundlegenden Überarbeitung. Die Legitimation der Arbeitsgruppen im DIMDI, Strukturvorgaben in OPS Ziffern vorzugeben, die massiv in Krankenhausplanung und Erlössicherung der Kliniken eingreifen, muss hinterfragt werden.

Insgesamt wird vieles eher allgemein vorgeschlagen, ohne die Details der Erfassung und Gewichtung zu nennen. So besteht die große Sorge, dass durch die Vielzahl der Parameter das System störanfälliger wird statt sicherer. Welche Form der Validierung hier vorgeschaltet wird, damit aus einer Auffälligkeit nicht automatisch eine Fehlermeldung wird, lässt sich nicht klar erschließen.

Zusammenfassend können wir auf der Basis dieses Vorberichtes nicht beurteilen, ob die Anforderungen des G-BA nach einer Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren zur Krankenhausplanung, die die rechtssichere Feststellung in erheblichen Maß unzureichender Qualität vorgibt, erfüllt werden können. Hierzu ist eine umfassende Konkretisierung und Präzisierung des geplanten Vorgehens unumgänglich.

Im Nachfolgenden erlauben Sie uns noch weitere Anmerkungen im Detail:

1. Das Konzept der „Patientengefährdung“ bzw. „Gefährdung der Patientensicherheit“ wird auch in diesem Papier wiederholt verwendet. Unter 4.1.2 (S. 71 ff.) zitiert das IQTIG hier im Wesentlichen seine eigenen Vorberichte und sieht dieses Konzept als Grundlage für die Auswertung und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren an, obwohl dieses Konzept, wie von Seite der Fachgesellschaften wiederholt festgestellt wurde, bisher weder eine wissenschaftliche Grundlage hat noch im internationalen Vergleich als Begrifflichkeit in der Qualitätssteuerung eingesetzt wird. Die Begrifflichkeit wird auch an anderen Stellen des Textes wiederholt verwendet (S. 15, 33, 36/37, 83, 90, 101/102)
2. Auf S. 15 (2. Absatz) wird auf eine statistische **und fachliche** Prüfung von Qualitätsindikatoren, die die Patientensicherheit abbilden, verwiesen (Ausschluss eines medizinisch fachlich anerkannten Ausnahmetatbestands im Einzelfall). Im weiteren Text wird nicht klar, wie diese Überprüfung des Ausnahmetatbestands aussehen soll. Nach Auffassung der DGK kann dies nur durch ein Peer-Review-Verfahren (wie z.B. im IQM-Verfahren) erfolgen. Ob ein solches Verfahren vorgesehen ist, lässt sich aus den umfangreichen Ausführungen des IQTIG nicht entnehmen.
3. Wiederholt wird im Text auch auf eine Überprüfung der Indikationsqualität abgehoben (z.B. S. 17, 25). Dies ist zunächst ausdrücklich zu begrüßen. Allerdings ist aus dem Text nicht ersichtlich, wie dies konkret erfolgen soll.
4. Besonders bedenklich ist, dass allein eine Nichteinhaltung der Anforderungen an die Strukturqualität als „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ gewertet werden soll (S. 18). Dies bedeutet im Klartext, dass ein Zentrum eine überdurchschnittliche Qualität in Indikationsstellung und Behandlungsqualität haben kann und dennoch allein auf Grund einer Nicht-Einhaltung von Strukturvorgaben als qualitativ unzureichend eingestuft werden kann. Dies ist aus unserer Sicht in dieser Schärfe abzulehnen.
5. Problematisch ist auch die Feststellung unter 3.3 (S. 63), dass v.a. Fachgebiete, deren Leistungen über OPS-Kodes abbildbar sind, für die planungsrelevanten QI herangezogen werden sollen.

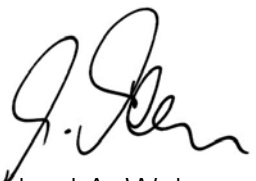
D.h., dass das Verfahren im Wesentlichen auf operative Fächer oder semi-operative Fächer, wie z.B. die Kardiologie angewendet werden soll. Warum ist das so? Ist in diesen Bereichen ein Qualitätsproblem erkennbar? Oder werden hier medizinische Fachgebiete u.U. „bestraft“, nur weil die Medizin, die sie betreiben, besser in den OPS abbildbar ist?

Für Rückfragen stehen wir selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen




Prof. Dr. Hugo A. Katus
Präsident
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie
Herz- und Kreislaufforschung e.V.



PD Dr. Michael A. Weber
federführender Autor und Mitglied
Ständiger Ausschuss
Kardiologische Versorgung
der DGK e.V.



Prof. Dr. Steffen Massberg
Vorsitzender
Kommission für Klinische Kardiovaskuläre Medizin
der DGK e.V.



Prof. Dr. Bernd Nowak
Autor und Vorsitzender
Ausschuss Bewertungsverfahren
Ständiger Ausschuss
Qualität-/ Leistungsbewertung in der Kardiologie
der DGK e.V.



Prof. Dr. Christoph Stellbrink
federführender Autor und Mitglied
Kommission für Klinische Kardiovaskuläre Medizin
der DGK e.V.

Autoren

Prof. Dr. Christoph Stellbrink (Bielefeld) *federführend*
PD Dr. Michael A. Weber (Dachau) *federführend*
Prof. Dr. Hans Martin Hoffmeister (Solingen)
Prof. Dr. Bernd Nowak (Frankfurt)
Prof. Dr. Tienush Rassaf (Essen)
Prof. Dr. Bernhard Schieffer (Marburg)

DGOU/DGOOC/DGU Geschäftsstelle · Str. des 17. Juni 106-108 · 10623 Berlin

Herrn

Dr. Christof Veit

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz
im Gesundheitswesen (IQTiG)
Katharina-Heinroth-Ufer 1

10787 Berlin

Per E-Mail: PlanQI@iqtig.org

GESCHÄFTSSTELLE

DGOU/DGOOC/DGU Geschäftsstelle

Straße des 17. Juni 106 – 108
10623 Berlin

Tel. +49 - (0)30 - 340 60 36 00

Fax +49 - (0)30 - 340 60 36 01

office@dgou.de

www.dgou.de

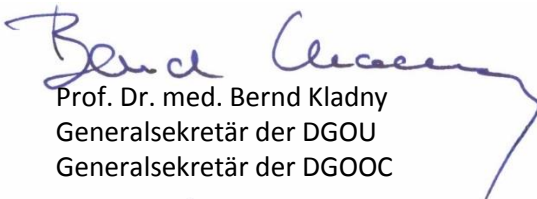
Berlin, 9. November 2018

Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zum Vorbericht des IQTiG „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“

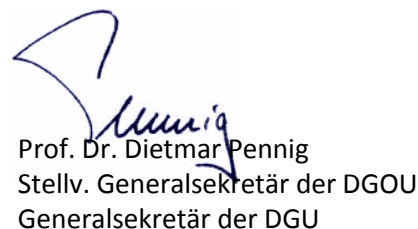
Sehr geehrter Herr Dr. Veit,

in der Anlage übersenden wir Ihnen die gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zum Vorbericht des IQTiG „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“, welche von Herrn Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller, Mitglied des DGOU-Gesamtvorstandes und des Geschäftsführenden Vorstandes der DGOOC erstellt wurde.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Bernd Kladny
Generalsekretär der DGOU
Generalsekretär der DGOOC



Prof. Dr. Dietmar Pennig
Stellv. Generalsekretär der DGOU
Generalsekretär der DGU

**Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOJ),
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und
der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zum Vorbericht des IQTiG „Planungsrelevante Quali-
tätsindikatoren: Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“**

Das Ziel des gesundheitspolitischen Konzeptes ist, in den nächsten Jahren eine Krankenhausplanung umzusetzen, die auch die Versorgungsqualität der Standorte berücksichtigt. Hierbei sind Versorgungsbereiche zu identifizieren, bei denen anhaltend eine „unzureichende“ Versorgungsqualität festgestellt wird, so dass die Patientensicherheit gefährdet erscheint.

Im vorliegenden Vorbericht werden Grundleistungsbereiche definiert und es wird über fünf definierte spezifische Leistungsbündel berichtet. Im Zusammenhang mit diesen Leistungsbündeln wird dem Fachgebiet Unfallchirurgie das spezifische Leistungsbündel der Basisunfallchirurgie und die spezielle Unfallchirurgie zugeordnet. **Hierbei wird unbedingt darauf hingewiesen, dass es das Gebiet Unfallchirurgie isoliert in der Form nicht gibt.**

Bei der Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren seien vorwiegend zwei Möglichkeiten denkbar:

Die Entwicklung eines Qualitätsmodells und abgeleiteter Indikatoren ausschließlich zum Zweck der Krankenhausplanung oder sowohl zum Zweck der Qualitätsförderung als auch zum Zweck der Krankenhausplanung. Daneben könne geprüft werden, ob sich bereits die zum Zweck der Qualitätsförderung entwickelten Qualitätsmodelle bzw. Qualitätsindikatoren für die stationäre Versorgung auch für den Zweck der Krankenhausplanung eignen.

Es wird erneut betont, dass für die zur interventionellen Krankenhausplanung geeigneten Qualitätsaspekte, darüber hinaus ein dringlicher Verbesserungsbedarf vorliegen solle.

Für diese nun identifizierten Qualitätsmerkmale muss geprüft werden, welche Datenquelle zur Abbildung des jeweiligen Merkmals am geeignetsten ist, ob das Merkmal durch die betroffenen Leistungserbringer beeinflussbar ist und ob diesem diese Verantwortung dafür zugeschrieben werden kann. Des Weiteren muss darüber hinaus entsprechend der Qualitätsaspekte ebenfalls geprüft werden, ob ein Bezug zur Patientensicherheit, eine Erreichung primärer Behandlungsziele oder eine adäquate Indikationsstellung vorliegt. Die Qualitätsbeurteilung der Qualitätsindikatoren muss differenziert erfolgen, in gute-, mittlere-, unzureichende und im erheblichen Maße unzureichende Qualität. Bei letzterer sieht das Krankenhausfinanzierungsgesetz eine Intervention durch Landesplanungsbehörden vor; wenn der erhebliche Mangel nicht nur vorübergehend, sprich über 3 Jahre besteht.

Ein zu lösendes Problem ist, dass die Qualitätssicherung meist an Leistungen und Erkrankungen ausgerichtet wird, während die Krankenhausplanung Fachgebiete betrachtet. **Es wird darüber diskutiert, die Krankenhausplanung zukünftig leistungsorientiert vorzunehmen**, wie es der Sachverständigenrat in seinem Gutachten 2018 erwogen habe und man bezieht sich hier auf Gerlach et al. 2018, zitiert in diesem Vorbericht.

Als weitere Option wird die Bildung aus einem Index aus Qualitätsindikatoren diskutiert mit dem mehrere Indikatorergebnisse so zusammengefasst werden, dass dies eine gesamte Fachabteilung abbilden könne, um eine Aussage über die gesamte Fachabteilung zu treffen. Für zukünftige Zulassungen sollen prospektive Mindestanforderungen bzw. qualitätsbezogene Primäranforderungen durch Strukturindikatoren gestellt werden, deren Einhaltung im Nachgang mit Hilfe von Prozess- und Strukturindikatoren aus der laufenden Versorgung geprüft werden. Die Nichterfüllung von Mindestanforderungen mit Bezug zur Patientensicherheit solle dann unmittelbar zu der Bewertung „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ führen. Gleichzeitig wird bzgl. der Anpassungen der Richtlinie festgehalten, dass man zwar initial auf vorhandene Qualitätsindikatoren zurückgreifen wird, dass zukünftig aber auch planungsrelevante Qualitätsindikatoren neu entwickelt werden können, die nicht nur über die QS-Dokumentation der Leistungserbringer, sondern auch über die weiteren in der Qualitätssicherung etablierten Entlassinstrumente wie Sozialdaten der Krankenkassen und Patientenbefragungen erhoben werden. Dies ähnelt dann nun sehr dem QSR-Navigator der AOK, der zwar mittlerweile in der Lage ist, Qualität relativ sicher abzubilden, der aber nach wie vor das Problem hat, möglicherweise die Risikoadjustierung nicht optimal zu gewährleisten, da gewisse fachbezogene Risiken nicht verschlüsselbar sind. Es wird darauf hingewiesen, dass zukünftig der G-BA direkt über neue Richtlinien Anforderungen zur Strukturqualität fordern könne, was letztendlich auch ein Novum darstellt.

Die Zusammenfassung mündet in folgender Aussage: „Gesundheitspolitisches Ziel ist eine integrierte Gesundheitsversorgung, die keine sektorale Abgrenzung kennt“. Dazu würde neben anderen zentralen Aspekten auch eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung gehören. Diese sollten eine deutliche Qualitätsorientierung enthalten. Der Beitrag planungsrelevanter Qualitätsindikatoren zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung bedarf zukünftig weiterer inhaltlicher Ausgestaltung. Hierzu sei angemerkt, dass wir bereits seit vielen Jahren über eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung sprechen, dass es aber nie gelungen ist, diese zu etablieren, da einerseits der Reha-Sektor anders abgerechnet wird, so dass hier die Sozialdaten nicht zu generieren sind und zum anderen der Niedergelassenen-Sektor letztendlich komplett anders funktioniert als der Krankenhaus-Sektor, so dass hier eine Erfassung bis dato nicht möglich war.

In diesem Vorbericht ist durchaus mehrfach von Schließungsentscheidungen für Abteilungen die Rede. Bis dato wurde die Situation so verstanden, dass wenn man einmal am Beispiel Schenkelhalsfraktur die gesetzten Qualitätsparameter 3x erreicht, diese Schenkelhalsfraktur nicht mehr versorgen darf, **so geht die Diskussion hier aber weit über das Ziel hinaus, wenn man nun über eine Schließungsentscheidung für eine Abteilung spricht.**

Zukünftige planungsrelevante Qualitätsindikatoren der Strukturqualität sind auf Seite 24 des Vorberichtes aufgeführt. Hier wird zwischen personellen Anforderungen und strukturellen Anforderungen differenziert; man diskutiert Personaluntergrenzen und die entsprechende Qualifikation sowie räumlich-bauliche, technisch-apparative, medizinische- und organisatorische Anforderungen. Auch auf Seite 31 wird noch einmal deutlich, dass nur der erste Teil des Auftrages des G-BA die Prüfung der Ableitung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren war, dass man aber weiterhin im zweiten Schritt der Erstellung eines Konzeptes zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung generieren möge. **Während bis dato bei Plan-QI nur die Schenkelhalsfraktur thematisiert wurde, so wird hier auf Seite 38 des Berichtes die Orthopädie und die Endoprothetik in Zusammenhang mit einem Potenzial für finanzielle Fehlanreize aufgeführt, somit wird in diesem Bericht unterstellt, dass die DRG's für Endoprothetik Fehlanreize bieten würden und dass man das Versorgungsangebot über das erforderliche Maß ausweitere bzw. ausweiten wolle.**

Inwiefern diese Aussage haltbar ist, muss diskutiert werden. Es wird an mehreren Stellen der Bericht von Frau Hemschemeier (Bertelsmann) über die Zunahme der Knieendoprothesen-Mengen zitiert.

Auch auf Seite 43 des Vorberichtes wird wieder von Cash Cows im Zusammenhang mit der Endoprothetik gesprochen. Es bleibt hier vollkommen außer Acht, dass diese endoprothetischen Ziffern seit Jahren eine Abwertung erfahren, zuletzt die Hüftendoprothesen aufgrund der angeblichen Mengenanfälligkeit gravierend abgewertet wurden, so dass diese meiner Meinung nach nicht mehr als Cash Cows bewertet werden sollten. Des Weiteren bleibt außer Acht, dass es im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie eine Vielzahl an DRG's gibt, die bei weitem nicht kostendeckend sind. **Im Zusammenhang mit den gestellten Leistungsbündeln scheint es aus Sicht des Orthopäden und Unfallchirurgen wichtig, eine Abgrenzung zur Allgemeinchirurgie vorzunehmen.** Denn es ist ein unzumutbarer Zustand, hier einerseits über Qualität in der Versorgung zu sprechen, während hier aber letztendlich allgemeinchirurgische Abteilungen gewisse Versorgungsleistungen aus dem Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie vornehmen. Dies muss zwingend korrigiert werden und bedarf dringend einer Überarbeitung. **Eine Beschränkung auf die Orthopädie und Unfallchirurgie scheint zwingend geboten.** Wichtig scheint noch einmal wie auf Seite 68 unten aufgeführt, dass die der Qualitätssicherung entnommenen Daten die Qualität der Leistungen sachgerecht wiedergeben müssen, denn nur dann können diese Daten rechtlich als Grundlage für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung herangezogen werden. **Hier sei noch einmal darauf hingewiesen, dass es sich z.T. um Daten handelt, die keiner Kontrolle unterliegen; dies muss dringend bedacht werden.**

Interessant sind auch die Aussagen zum Ausnahmetatbestand auf Seite 83 des Vorberichtes. Problematisch erscheint die Berücksichtigung der Häuser mit kleinen Fallzahlen. Ein wesentliches Problem der externen stationären momentanen Qualitätssicherung liegt darin, dass die Häuser mit kleineren Fallzahlen nicht statistisch ausgewertet werden können. Aus diesem Grunde macht nach meiner Einschätzung die Qualitätsbeurteilung nur Sinn im Zusammenhang mit Mindestmengen. Ansonsten können sich kleine Einheiten wieder über statische Effekte, die zu deren Nachteil gereichen, herausreden. Es muss letztendlich klar sein, dass für Leistungen, für die eine besonders hohe Qualität vorausgesetzt wird, auch gewisse Mindestmengen erforderlich sind. Eine entsprechende Verknüpfung erscheint mir sinnvoll und geboten. Bei der Differenzierung zwischen guter und - in erheblichem Maße - unzureichender Qualität muss das Fallzahlproblem beherrscht werden. **Die Verwendung dieser Zuordnungen sollte nicht durch statische Gegebenheiten beschränkt werden.** Auf Seite 105 unter 6.4 wird noch einmal differenziert zwischen Anforderungen des gesamten Fach- bzw. Teilgebietes. Dies zeigt, dass es zukünftig durchaus angedacht ist, Anforderungen und Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die gesamte Fachabteilungen beurteilen, was letztendlich dann aber auch zu einem Ausschluss einer gesamten Fachabteilung führen kann. Die intendierte Auswirkung des Verfahrens planungsrelevanter Qualitätsindikatoren besteht letztendlich in der Steuerung von Patienten in Krankenhäuser, die die betreffende Leistung in zureichender oder besserer Qualität erbringen. Ebenso möchte man über zu generierende Plan-QI bei Zulassungs- und Auswahlentscheidungen einwirken können. An mehreren Stellen dieses Vorberichtes werden die momentan festgelegten elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur interventionellen Planung erwähnt, aber immer nur in allgemeiner Form, ausführlich differenziert werden diese nicht aufgeführt. Auf Seite 133 unter Anforderungen der Strukturqualität wird erneut darauf hingewiesen, dass Krankenhäuser, die bei diesen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren „nicht nur vorübergehend eine in erheblichen Maße unzureichende Qualität aufweisen“ „durch Aufhebung des Feststellungsbescheids ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen“ sind. Mit diesen Krankenhäusern darf seitens der Landesverbände der Krankenkassen und den Ersatzkassen kein Versorgungsvertrag mehr abgeschlossen werden, d.h. hier wird erneut darauf hingewiesen, dass nicht nur die Einzelleistung untersagt werden kann, sondern dass Abteilungen geschlossen

werden können. **Man erwähnt wiederholt eine über Sektorengrenzen hinweg koordinierte Bedarfsplanung. Wie dies derzeit umgesetzt werden kann erschließt sich mir nicht.**

Abschließend möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass eine wesentliche Qualitätsbeurteilung über die Qualitätssicherung mit Routinedaten hinausgehend die Erfassung vom PROM`s darstellt, da hier die subjektive Einschätzung des Patienten gefragt ist. Das bloße Fokussieren auf Revisionen erlaubt nicht zwingend eine Qualitätsbeurteilung, da ein revidierter Patient durchaus hoch zufrieden sein kann und ein nicht revidierter Patient unzufrieden sein kann.

Gez. Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller

Mitglied des DGOU-Gesamtvorstandes und des Geschäftsführenden Vorstandes der DGOOC

Stellungnahme

der Deutschen Krankenhausgesellschaft

**zum Vorbericht Planungsrelevante
Qualitätsindikatoren**

KONZEPT ZUR NEU- UND WEITERENTWICKLUNG

09. NOVEMBER 2018

Inhalt

Einleitung.....	3
Überblick	4
Kapitelbezogene Stellungnahme.....	9
Kapitel 2: Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen.....	9
Kapitel 2.1 Eignung nach Planungszwecken.....	9
Kapitel 2.2 Kriterien für Versorgungsbereiche.....	13
Kapitel 2.3 Explorative Anwendung von abgeleiteten Kriterien.....	13
Kapitel 2.4 Fazit	13
Kapitel 3: Grundleistungsbereiche	13
Kapitel 3.1 Methodische Herangehensweise.....	13
Kapitel 4: Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	14
Kapitel 4.1 Qualitätsaspekte	14
Kapitel 5: Differenzierte Qualitätsbeurteilung.....	16
Kapitel 5.1 Vorüberlegungen zur Differenzierung von Qualität	16
Kapitel 5.2 bis 5.4 Maßstäbe und Kriterien.....	18
Kapitel 5.5 Bewertung von Qualität	18
Kapitel 6: Anforderungen zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung ...	21
Kapitel 6.5 Fazit	22

Einleitung

Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) wurde der Regelungsauftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) unter anderem in § 136c Absatz 1 und 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) dahingehend erweitert, Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu beschließen, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind. Diese Indikatoren werden gem. § 6 Absatz 1a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) automatisch Bestandteil der Krankenhauspläne der Länder, insofern die Bundesländer diesen Automatismus nicht durch Landesrecht ausschließen. Die Ergebnisse der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden den für die Krankenhausplanung zuständigen Länderbehörden sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gem. § 136c Absatz 2 SGB V regelmäßig vom G-BA übermittelt. Mit diesen übermitteln der G-BA Maßstäbe und Kriterien, die eine Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern insbesondere im Hinblick darauf ermöglichen müssen, ob eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität im Sinne von § 8 Absatz 1a und Absatz 1b KHG und § 109 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V vorliegt.

Der G-BA hat in seiner Sitzung am 18. Mai 2017¹ beschlossen, das Institut nach § 137a SGB V (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen – IQTIG) im Rahmen seiner Aufgaben nach § 137a Absatz 3 SGB V mit der Weiterentwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zu beauftragen. Der Auftrag wurde in zwei Schritte unterteilt. Zu Schritt 1 wurde am 27.04.2018 der Abschlussbericht vorgelegt. In Schritt 2 ist ein Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung von Indikatoren zur Vorbereitung weiterer Beschlüsse des G-BA gem. § 136c Absatz 1 SGB V als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung zu entwickeln.

Das IQTIG hat das Zwischenergebnis der Beauftragung zu Schritt 2 am 28. September 2018 in Form eines Vorberichts vorgelegt. Die vorliegende Stellungnahme der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) prüft im Rahmen des Beteiligungsverfahrens gem. § 137a Absatz 7 SGB V den Vorbericht zu Schritt 2 des Auftrags zu „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren, Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“ (im Weiteren „Vorbericht“) des Instituts nach § 137a SGB V an den G-BA auf

¹ https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2956/2017-05-18_IQTIG-Folgebeauftragung_planQI.pdf

seine Eignung als Grundlage für die Beschlüsse gem. § 136c Absätze 1 und 2 SGB V.

Im Folgenden wird zur sachgerechten Umsetzung des Auftrags durch den IQTIG-Vorbericht Stellung genommen. In diesem Rahmen erfolgt eine fachlich-inhaltliche Einschätzung der verwendeten Methodik und Konzepte. Insbesondere die gesetzlichen Anforderungen an die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren dienen als Bewertungsmaßstab für die Beurteilung des Vorberichts zur Entwicklung eines Qualitätssicherungsverfahrens. Die Stellungnahme folgt im Wesentlichen der inhaltlichen Gliederung des Vorberichts, wobei Abschnitte übersprungen oder ausgelassen werden, zu denen die DKG keine inhaltlichen Anmerkungen vornimmt.

Überblick

Das Institut nach § 137a SGB V hat am 28. September 2018 den Vorbericht zu Schritt 2 zum Auftrag des G-BA vom 18. Mai 2017 vorgelegt. Dieser Auftrag umfasste folgende Aufgaben:

Erstellung eines Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von Indikatoren zur Vorbereitung weiterer Beschlüsse des G-BA gem. § 136c Absatz 1 SGB V als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung. Dabei soll insbesondere dargestellt werden,

a) welche Qualitätsaspekte sich grundsätzlich für die Krankenhausplanung eignen und wie entsprechende Indikatoren und Indikatorensets entwickelt werden können. Diese können alle Dimensionen der Versorgungsqualität (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) im Krankenhaus betreffen,

b) welche Anforderungen an Indikatoren oder Indikatorensets zu stellen sind, damit diese in der Zusammenschau eines Indikatorensets die Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung ermöglichen können,

c) welche methodischen Anforderungen von den zu liefernden Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Auswertungsergebnisse zu erfüllen sind, um eine differenziertere, über die Feststellung einer unzureichenden Qualität hinausgehende Qualitätsbeurteilung zu ermöglichen, sodass die Länder ihre Aufgaben nach § 8 KHG durchführen können,

d) ob und wie „Grundleistungsbereiche“ der stationären Patientenversorgung identifiziert werden können, auf die planungsrelevante Qualitätsindikatoren angewandt werden können. Dabei

sind auf jeden Fall die Bereiche der Unfall- und Viszeralchirurgie darzustellen und

e) wie Veränderungen der Versorgungsqualität als Folge der Anwendung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren evaluiert werden können.

Zu Auftragsteil 2a):

Die Ausarbeitung möglicher Qualitätsaspekte verbleibt im Abstrakten. Eine konkrete Vorstellung, wie ein zukünftiges Verfahren planungsrelevanter Qualitätsindikatoren und die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags an den G-BA aussehen könnte, lässt sich nicht ableiten. *„Qualitätsaspekte sind konkrete Themen der Versorgungspraxis, wie z. B. Indikationsstellung zur Herzkatheteruntersuchung, Komplikationen bei Hüftoperation, anhand derer sich die Qualität der Gesundheitsversorgung beschreiben lässt und die durch konkrete Merkmale dann näher zu operationalisieren sind (siehe auch Abschnitte 4.1.2 ff.)“ (IQTIG Methoden 1.0., S. 36²).* Eine Konkretisierung von Qualitätsaspekten als Grundlage für planungsrelevante Qualitätsindikatoren findet sich nicht. Die Auswahl der (und damit Vernachlässigung anderer) Kriterien Patientenzentrierung, Patientensicherheit, Effektivität und Indikationsstellung erscheint aufgrund der Tatsache, dass die OECD Kriterien, die hier zugrunde gelegt werden, nicht für den Vergleich von Gesundheitseinrichtungen, sondern für den Vergleich von Gesundheitssystemen geschaffen wurden, begründungsbedürftig. Auch hinsichtlich der hier so bezeichneten „Planungszwecke“ werden keine konkreten Qualitätsaspekte vorgeschlagen. Darüber hinaus ist eine Nutzung von Qualitätskriterien, die bestehende oder künftige Anbieter bei der Aufnahme in den Krankenhausplan von Auswahlentscheidungen dem Grunde nach ausschließen, rechtlich nicht möglich. Damit beschränken sich die Qualitätskriterien für die Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 8 Absatz 1a KHG, und analog für den Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 SGB V, der Möglichkeit nach auf Kriterien der Strukturqualität.

Zu Auftragsteil 2b):

Anforderungen an Indikatoren oder Indikatorensets zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung.

Das Konzept der „Gefährdung der Patientensicherheit“ war im Vorbericht, vorgelegt am 31. August 2016, das Konzept der „Patientengefährdung“. Dieses Konzept weicht - zwar nicht explizit- aber in der Begriffswahl im hier vorgelegten Bericht dem Konzept der Gefährdung der Patientensicherheit ab. Da augenscheinlich mit der Änderung der

² https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf

Begrifflichkeit auch eine Änderung der Begriffsbedeutung intendiert ist, sollte das Konzept der „Gefährdung der Patientensicherheit“ für den Abschlussbericht näher ausgeführt werden. Insbesondere fehlt eine klare Operationalisierung dieser Begrifflichkeit für die Qualitätsbewertung hinsichtlich der gesetzlichen Anforderung gem. § 136c Absatz 2 SGB V, dass die Maßstäbe und Kriterien für diese Indikatoren eine Bewertung der Qualitätsergebnisse hinsichtlich der Feststellung einer in erheblichem Maß unzureichenden Qualität ermöglichen müssen. Die Behauptung, dass bei statistischer Auffälligkeit und Fehlen eines Ausnahmetatbestands „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ festgestellt werden kann (S. 83) greift zu kurz. Zum einen muss zwischen fallbezogenen Ausnahmetatbeständen und fallübergreifenden Ausnahmetatbeständen differenziert werden. Die erstmals durchgeführten Stellungnahmeverfahren für das Erfassungsjahr 2017 demonstrieren, dass hier eine Schwierigkeit besteht. Die meisten der aufgezeigten Ausnahmetatbestände sind einzelfallbezogen. Bei den Fällen einer systematischen Abweichung von Leitlinienempfehlungen fehlt eine klare Differenzierung, ob eine Substitution von Leitlinienempfehlungen durch ein alternatives gut begründetes Vorgehen zwingend eine Patientengefährdung darstellt. Dieses Fehlen macht die Operationalisierung des Konzepts fragwürdig. Auch die Anforderungen an Tracer-Indikatoren zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung sind nicht weiter ausgearbeitet. Maßstäbe und Kriterien, welche Eigenschaften ein, als Tracer verstandener, Indikator innehaben muss, um für die Qualitätsbewertung einer gesamten Fachabteilung oder eines Krankenhauses zu dienen, werden nicht ausgearbeitet. Ebenso greift die Nennung eines übergreifenden, quantitativen Index zu kurz, ohne dass wesentliche Eigenschaften eines solchen Index ausgearbeitet werden, um die Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung ermöglichen zu können. Schließlich wird auch nicht ausgearbeitet, wie Qualitätsanforderungen an typische Leistungen gestellt werden können. Hier wäre insbesondere zu erwarten, ob und wie eine ausgewogene Auswahl von typischen Leistungen und Indikatoren durchgeführt werden soll. Darüber hinaus wird nicht diskutiert, wie mit Krankenhäusern umgegangen werden soll, die sich auf ein medizinisches Teilgebiet der Basisversorgung, hier z.B. Schilddrüsen- oder Hernienoperationen, spezialisiert haben.

Zu Auftragsteil 2c):

Die mangelnde Operationalisierung des Konzepts der Gefährdung der Patientensicherheit zur Beurteilung, ob eine in erheblichem Maß

unzureichende Qualität einer Fachabteilung vorliegt, wurde unter 2b) schon erwähnt. Trotz Aufarbeitung und Darstellung von Qualitätsanforderungen in verschiedenen Bundesländern, als auch in anderen inner- und außereuropäischen Ländern werden keine Kriterien zur Auswahl von Strukturqualitätsanforderungen, die an Fachabteilungen oder Krankenhäuser angelegt werden können, entwickelt. Ebenso wenig wurde ausgearbeitet, wie von mangelhaften Auswertungsergebnissen von Indikatoren zur Ergebnisqualität, für die schlechterdings kein begründender Ausnahmetatbestand jenseits eines unterschiedlichen Patientenkollektivs anzugeben ist, auf eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität einer Fachabteilung geschlossen werden kann. Hier wäre es hilfreich, beispielhaft etablierte Verfahren der Ergebnisindikatormessung mit nachfolgender fachlicher Bewertung der auffälligen Einrichtungen, z.B. durch Peer-Review, zu diskutieren.

Zu Auftragsteil 2d):

Die Bestimmung von „Grundleistungsbereichen“ anhand empirisch erhobener Versorgungsdaten und der Bezug auf die (Muster) Weiterbildungsordnung erscheint zielführend. Die Ausarbeitung am Beispiel der Unfall- und Viszeralchirurgie ist überzeugend. Der Begriff „Leistungsbündel“ zur Beschreibung der Anforderung beispielsweise eines OP-Katalogs zur Facharztweiterbildung erscheint allerdings unglücklich gewählt. Anzumerken sei, dass Maßnahmen der Pflege und anderer Berufsgruppen im Krankenhaus unberücksichtigt bleiben. Maßnahmen zur Arzneimittelsicherheit, Hygiene und Prophylaxe z.B. von Dekubitalulcera, Pneumonien, Thrombosen, Delir, spiegeln nicht nur ärztliches Handeln, sondern auch pflegerisches bzw. allgemein die berufsübergreifende Organisation eines Krankenhauses wider. Ergänzend sollte diskutiert werden, wie „Grundleistungsbereiche“ bei konservativen Fachrichtungen, d.h. ohne Rückgriff auf einen mehr oder minder spezifisch kodierten Eingriffskatalog, abgegrenzt werden könnten.

Zu Auftragsteil 2e):

Die vorgeschlagene Methode und die Auswahl der Kriterien zur Bestimmung von Veränderungen der Versorgungsqualität sind umfangreich dargestellt. Die dort aufgeführten Hinweise erlauben eine dem Gegenstand angemessene Beauftragung durch den G-BA.

Fazit

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass wesentliche Auftragsgegenstände des Beschlusses vom 18.07.2018 nicht oder nur unzulänglich erarbeitet worden sind. Der Vorbericht liefert keine hinreichende Grundlage, auf deren Basis der G-BA zielgerichtet eine weitere Indikatorenentwicklung für qualitätsorientierte Krankenhausplanung beauftragen könnte. Insbesondere sind dem Vorbericht weder konkrete Hinweise zu entnehmen, wie Indikatoren für die Aufnahme in den Krankenhausplan entwickelt oder ausgewählt werden könnten, die Ermittlung in erheblichem Maß unzureichender Qualität sicher beurteilt werden könnte, oder bei notwendiger Auswahl von Krankenhäusern die Planungsbehörden oder die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen durch Kriterien für eine qualitativ hochwertige Krankenhausversorgung unterstützt werden könnten.

Kapitelbezogene Stellungnahme

Kapitel 2: Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen

Kapitel 2.1 Eignung nach Planungszwecken

Planungszwecke nach Ansicht des IQTIG sind: Intervention, Zulassung und Auswahl. *„Ein Versorgungsbereich eignet sich dann zur Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren für den Zweck der interventionellen Planung, wenn in einem Versorgungsbereich bei Leistungserbringern anhaltend „unzureichende“ Versorgungsqualität vorliegt, sodass die Patientensicherheit gefährdet erscheint. Dies sind Versorgungsbereiche, bei denen die Standardinstrumente der externen Qualitätssicherung (z.B. Strukturierter Dialog) nicht in der Lage waren, diese Situation zu ändern.“* (Vorbericht S. 35)

In diesen Sätzen stecken mehrere zu prüfenden Vorannahmen. Das IQTIG geht offensichtlich davon aus, dass Versorgungsbereiche durch die Verfahren der externen Qualitätssicherung definiert und abgegrenzt werden. Falls Versorgungsbereiche noch nicht existieren, sollen Leistungen oder „Leistungsbündel“ anhand der Kriterien „epidemiologische Relevanz“, „besonderer Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung“ und „quantitative Bedeutung in der stationären Versorgung“ durch Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung als Versorgungsbereich erfassbar und bewertbar gemacht werden. Die qualitätsorientierte Krankenhausplanung wird auf diese Versorgungsbereiche abgebildet.

Die Ansicht des IQTIG, dass die Krankenhausversorgung durch die Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätssicherung in Versorgungsbereiche strukturiert wird, ist eine begründungswürdige Ansicht, insbesondere da in dieser das Potential steckt, wesentlichen Einfluss auf zukünftige stationäre Versorgungsstrukturen zu nehmen. Eine Abwägung des Kriteriums „Versorgungsqualität“ im Sinne eines qualitativ hochwertig arbeitenden Krankenhauses gegen die gleichwertigen Grundsätze Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit erscheint bei der impliziten Präkonfiguration der Versorgungsstrukturen durch die Bestimmungen der Versorgungsbereiche an dieser Stelle notwendig.

Nach diesseitiger Einschätzung liegt dem Vorbericht weiterhin ein unzureichendes Verständnis von Entscheidungen zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung nach § 8 Absatz 1a, 1b und 2 KHG zugrunde.

Zulassung: Die Zulassung zur Krankenversorgung zu Lasten von gesetzlichen Krankenkassen bedarf des Abschlusses eines Versorgungsvertrags gem. § 109 SGB V. Für Hochschulkrankenhäuser und

Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen sind, wird dieser Vertrag fingiert und ersetzt den faktischen Abschluss eines solchen Versorgungsvertrags. Zum Abschluss eines Versorgungsvertrags sowie der Aufnahme in den Krankenhausplan nach § 8 Absatz 1a und 2 KHG bedarf es der Erfüllung der Qualitätsvorgaben der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Absatz 2 Satz 1 SGB V, in dem Sinne, dass nicht der Sachverhalt einer nicht nur vorübergehenden in erheblichem Maß unzureichenden Qualität festgestellt wird. Diese gesetzliche Formulierung erscheint unglücklich oder zumindest schwer verständlich, da für den Nachweis der Erfüllung der Qualitätsvorgaben nach § 8 Abs. 1a KHG ein Krankenhausbetrieb, und für die Erfüllung der Qualitätsvorgaben nach § 136c Abs. 1 und 2 SGB V der Abschluss eines Versorgungsvertrags nach § 109 SGB V bzw. die Aufnahme in den Krankenhausplan notwendig ist. Einzig von Indikatoren, von denen erwartet werden kann, dass das Krankenhaus sie dem Grunde nach erfüllen kann, kann die Aufnahme in den Krankenhausplan abhängig gemacht werden. Offensichtlich können daher für die Zulassung zur Versorgung nur prospektiv prüfbare Qualitätsindikatoren als Qualitätskriterien genutzt werden. Wie das IQTIG korrekt beschreibt (Vorbericht S. 22), kann die Qualität nur an Kriterien gemessen werden, von denen erwartet werden kann, dass das Krankenhaus diese zum Zeitpunkt vor Beginn der Tätigkeit vollumfänglich beherrschen kann. Nur von Maßgaben zur Strukturqualität und Strukturqualitätsindikatoren als Prüfkriterien kann dies erwartet werden. Sehr fraglich ist hingegen die Übertragbarkeit von Indikatorergebnissen der Prozess- oder Ergebnisqualität aus anderen Einrichtungen des Trägers oder desselben Krankenhauses (Vorbericht, S. 23). Dagegen sprechen die lebensweltlichen Erfahrungen, dass Qualitätsergebnisse nicht portabel, sondern ein offensichtlich wesensimmanenter, wenn auch nicht mathematisch beschreibbarer, Zusammenhang zwischen der nicht duplizierbaren Strukturqualität und dieser als Voraussetzung für Ergebnisse der Prozess- und Ergebnisqualität besteht.

Ein wesentliches Missverständnis besteht jedoch, wenn das IQTIG postuliert, dass „ (...) für krankenhauplanerische Auswahlentscheidungen (...) Daten aus der laufenden Versorgung benötigt werden“ (Vorbericht, S. 23). Dieses wesentlich konzeptionelle Missverständnis spiegelt sich in Abb. 1 wider. Zulassungsentscheidungen sind in jedem Fall Auswahlentscheidungen. Bei Neuaufnahme in den Krankenhausplan werden Auswahlentscheidungen getroffen, da das neu aufzunehmende Krankenhaus mit den bestehenden Krankenhäusern um die Aufteilung des

Bedarfs konkurriert (Urteil des Bundesverfassungsgericht vom 04.02.2004; 1 BvR 88/00³). Die Kriterien zur Neuaufnahme sind daher in jedem Fall als Kriterien für Auswahlentscheidungen zu formulieren. Dieselben Qualitätsindikatoren zur Zulassung müssen daher Anwendung sowohl auf die im Krankenhausplan aufgenommenen finden als auch auf die, die Aufnahme begehren. Folgerichtig können auch für die Auswahl in der Regel nur Strukturqualitätsindikatoren Anwendung finden. Diese wären sachlogisch bei allen Plankrankenhäusern als planungsrelevante Qualitätsindikatoren kontinuierlich zu prüfen. Dieselben Qualitätskriterien stellen somit für alle Krankenhäuser eine Zugangsvoraussetzung zum Krankenhausplan nach § 8 Absatz 1a KHG (und § 109 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V) und für Plankrankenhäuser bei mangelnder Erfüllung ein Ausschlusskriterium nach § 8 Absatz 1b KHG dar. Daher kommt die mangelnde Erfüllung dieser Kriterien, im Ergebnis der Überlegungen, einer in erheblichem Maß unzureichenden Qualität gleich, die, falls nicht in angemessener Zeit behoben, zu einem Ausschluss aus dem Krankenhausplan nach § 8 Absatz 1a KHG und Kündigung eines Versorgungsvertrags nach § 110 Absatz 1 SGB V führen muss.

Es ist zwar nicht auszuschließen, dass es Situationen geben mag, in denen faktisch nur im Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser um neu zu verteilende Kapazitäten konkurrieren und alle diese Krankenhäusern auf Basis derselben Qualitätsindikatoren bewertet werden können. In diesen (hermetischen) Situationen ist es denkbar, dass planungsrelevante Qualitätsindikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität als Entscheidungskriterien inzident für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung herangezogen werden. Ob es praktisch sinnvoll ist, für diese besonderen Situationen, die sich von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich darstellen werden, spezifische planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu schaffen, erscheint jedoch fraglich, da die Planungssituationen, in denen solche Qualitätsindikatoren Anwendung finden können, nicht absehbar sind und es unwahrscheinlich ist, dass solche Situationen regelhaft bundeslandübergreifend auftreten werden. § 8 Absatz 2 KHG gibt keine Beschränkung vor, wie die Gleichwertigkeit der Qualität festgestellt werden muss. Die Behörde scheint hier in ihren Beurteilungskriterien nicht auf die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beschränkt zu sein. Die Gesetzesbegründung beschränkt diese Kriterien ausdrücklich nicht auf die planungsrelevanten

³ https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2004/03/rk20040304_1bvr008800.html

Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 und 2 SGB V, bzw. die landesrechtlichen Qualitätsanforderungen nach § 6 KHG⁴.

Zielführender würde es erscheinen, alle Indikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität, anhand derer auf der einen Seite in erheblichem Maß unzureichende Qualität beurteilt werden soll, auch für die kontinuierliche vergleichende Bewertung der Versorgungsqualität zu nutzen. Für die gesetzlich erwartete Diskrimination von guter zu durchschnittlicher Qualität bietet sich ein Indexmodell oder das Vorgehen von Varianten B und C an, wie es Abb. 14 und 15 (Vorbericht S. 92f) dargestellt wird. Ergänzend können für den Index (Vorbericht, S. 69) auch Patientenbefragungen oder insbesondere adäquat risikoadjustierte Ergebnisindikatoren, beispielsweise zur Vermeidung von Komplikationen wie Thrombosen, Pneumonien, nosokomialen Infektionen, Stürzen, Sterblichkeit, etc., genutzt werden.

„Zulassung“ und „Intervention“ sind spiegelbildlich zu sehen. Aus den obigen Überlegungen folgt, dass Qualitätskriterien zur „Zulassung“ nach § 8 Absatz 1a und 1b KHG und § 109 Absatz 3 SGB V immer auch Qualitätskriterien zur „Intervention“ sein müssen. Da für die Zulassung nur Strukturqualitätsindikatoren Anwendung finden können, müssen folglich diese Strukturqualitätsindikatoren kontinuierlich auch bei allen Krankenhäusern Anwendung finden.

Weitere Anmerkungen: Der Begriff „interventionelle Planung“ erscheint eigenartig und suggeriert eine zielgerichtete Absicht, einen Versorgungsbereich auszuwählen, um die Instrumente des § 8 Absatz 1b KHG und § 110 Absatz 1 SGB V anwenden zu können. Darüber hinaus erscheint die Argumentation als logischer Zirkelschluss. Versorgungsbereiche werden durch die notwendige Definition eines Bezugs zu einer Krankenhauseinheit im Rahmen der Qualitätssicherung als solche erst konstituiert. Ein Versorgungsbereich (im hier verwandten Sinne) existiert daher denklogisch vor Anwendung von Qualitätssicherungsinstrumenten nicht, auch wenn in einer ersten Näherung die Fachabteilungen als naheliegende Planungseinheiten (Vorbericht, S. 35) adressiert werden. Insofern kann ein nicht existierender Versorgungsbereich sich nicht zur „interventionellen Planung“ (Vorbericht, S. 35) eignen. Neben dem Begriff „Versorgungsbereich“ muss der Begriff „Versorgungsqualität“ operationalisiert werden, wobei notwendig ist, dass dieser jeweils für einen Versorgungsbereich jeweils eigenständig operationalisiert werden muss (Vorbericht, S. 65ff). Schließlich werden in

⁴ Bundestagsdrucksache 18/5372, S. 51

der Argumentation des IQTIG durch die notwendige Einführung von Versorgungsbereichen die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren primär ein Instrument des G-BA und erst sekundär ein Instrument der Krankenhausplanung.

Kapitel 2.2 Kriterien für Versorgungsbereiche

Als Kriterien für zur Festlegung von Versorgungsbereichen dient ein gesellschaftspolitischer Konsens über die epidemiologische Relevanz und den besonderen Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung. Darüber hinaus werden die jeweiligen Diagnosen und Leistungen als für planungsrelevante Qualitätsindikatoren geeignete Fall- und Fachgebietsabgrenzungen identifiziert. Als weiteres Kriterium werden besonders häufig erbrachte Leistungen vorgeschlagen. Weitere Bereiche für planungsrelevante Qualitätsindikatoren können schließlich Diagnosen sein, die hochkomplexe Leistungen bedingen oder bei denen aufgrund sozialpolitischer Rahmenbedingungen Fehlanreize für Angebotsausweitungen bestehen.

Kapitel 2.3 Explorative Anwendung von abgeleiteten Kriterien

Die Ermittlung von epidemiologisch relevanten Diagnosen sowie Operationen und die Anzahl von Fachabteilungen erscheint unter der Maßgabe der oben skizzierten Prämissen zielgerichtet und konsequent.

Kapitel 2.4 Fazit

Die epidemiologische und gesellschaftspolitische Ableitung zur Etablierung von Versorgungsbereichen ist nachvollziehbar, bleibt aber im Abstrakten stehen. Dies verwundert umso mehr, als im Anhang zum Vorbericht konkrete Qualitätsanforderungen der einzelnen Bundesländer für definierte Versorgungsbereiche angeführt werden. Möglicherweise ist auch die theoretische Zwecktrennung in „Zulassung, Intervention, und Auswahl“ hinderlich, konkrete Qualitätsaspekte und ein konkretes Qualitätsmodell für die Krankenhausplanung vorzuschlagen.

Kapitel 3: Grundleistungsbereiche

Kapitel 3.1 Methodische Herangehensweise

Die Entwicklung von Grundleistungsbereichen erfolgt auftragsgemäß anhand der Fachgebiete Viszeral- und Unfallchirurgie. Das IQTIG arbeitet hierbei empirisch die Querschnittsleistungen dieser Fachgebiete auf und die Verteilung auf die Krankenhauslandschaft aus, wobei die Krankenhäuser nach Bettenanzahl stratifiziert werden. Mit dieser

Aufarbeitung gelingt es, die entsprechenden, für ein Krankenhaus üblichen, Leistungen zu identifizieren und damit den Basisversorgungsbedarf und das typische Leistungsspektrum („Basispaket“) darzustellen. Diese Entwicklung ist konsequent und erscheint prima vista auch generalisierbar, um weitere Leistungsbereiche zu konkretisieren. Offen bleibt jedoch, wie bei Fachgebieten vorgegangen werden soll, bei denen nicht auf einen kodifizierten Leistungskatalog zurückgegriffen werden kann.

Kapitel 4: Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Kapitel 4.1 Qualitätsaspekte

Während zwar Wege zur Ermittlung von Qualitätsaspekten aufgezeigt werden, bleiben die Vorschläge für konkrete Qualitätsaspekte auf der abstrakten Ebene stehen. *„Qualitätsaspekte sind [z.B. die ausreichende Informationen von Patientinnen und Patienten], auf denen dann die konkreten Mess- und Bewertungsinstrumente entwickelt werden“* (IQTIG, Allgemeine Methoden, S. 20⁵). Da die Qualitätsindikatoren versuchen, ein valides Messinstrument für die Bewertung der Erfüllung der Qualitätsaspekte darzustellen, können die Qualitätsaspekte selbst sich nicht eindeutig auf die unterschiedlichen Dimensionen der Qualität beziehen. Auch das Qualitätsmodell kann - patientenrelevante Qualitätsaspekte der Versorgung vorausgesetzt - noch nicht zwischen einem Zweck hinsichtlich Krankenhausplanung und Qualitätsförderung, wenn denn eine solche Unterscheidung überhaupt sinnvoll ist, unterscheiden. Erst die Operationalisierung des Modells durch die jeweiligen Indikatoren kann bei der Bestimmung der Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung differenzieren zwischen Indikatoren, auf denen wesentliche Entscheidungen für die Krankenhausplanung getroffen werden können, und solchen, für die das aus methodischen Gründen nicht gelten kann.

Weiterhin ist nicht ersichtlich, warum nur diese Qualitätsdimensionen (dieser Begriff steht eigentlich als Oberbegriff für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) und nicht z.B. die Qualitätsmerkmale der Gesundheitsversorgung der DIN EN 15224 2012 genutzt oder als Auswahlmöglichkeiten zur Diskussion gestellt werden. Immerhin ist diese eine Zertifizierungsnorm für Qualitätsmanagementsysteme in Gesundheitseinrichtungen. Zum anderen erscheint die Zuordnung der Aspekte oder Merkmale an dieser Stelle konzeptionell voreingenommen. Die Operationalisierung, welche Rechtsfolgen mit der Nichteinhaltung

⁵ https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.0.pdf

eines Indikators verbunden werden können, kann nach diesseitiger Ansicht abschließend erst nach der Auswahl und Operationalisierung der Indikatoren vorgenommen werden. Ein Ausschluss an dieser Stelle würde die Ausgewogenheit des Indikatorensets aufheben. So wären beispielsweise keine Indices mehr möglich, die verschiedene Qualitätsaspekte oder -merkmale umfassen.

Aus den o.g. Überlegungen (zu 2.1) ergibt sich die Notwendigkeit, die Abb. 1, 10 und 16 umzugestalten, bzw. auf die Abb. 16 ganz zu verzichten. Zulassung bedingt, wie oben erläutert, immer auch eine Auswahl anhand von Strukturqualitätsindikatoren, von denen zumindest einige Mindestanforderungen beschreiben. Diese sind im laufenden Betrieb kontinuierlich zu prüfen und bei Neuzulassung gleichermaßen an das neuzulassende Krankenhaus anzuwenden, wie sie auch auf die im Krankenhausplan befindlichen Krankenhäuser kontinuierlich Anwendung finden müssen. Dies gilt analog für Versorgungsverträge nach § 109 SGB V. Für den vermutlich seltenen Fall der faktischen Auswahl aus im Krankenhausplan befindlichen Krankenhäusern bei Kapazitätsänderungen müssen, wie oben erläutert, dieselben Qualitätskriterien auf alle diese Krankenhäuser Anwendung finden. Falls hierfür für alle Krankenhäuser Ergebnisse derselben Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren zur Verfügung stehen, können diese zur Qualitätsbeurteilung genutzt werden. Möglich wäre hierzu die Überführung von besonders qualifizierten Indikatoren aus der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung und ggf. Nutzung von Indikatoren zur Strukturqualität, die global für die fachgebietspezifische oder fachgebietsübergreifende Bewertung der Versorgungsqualität herangezogen werden können. Erstere sollten mindestens eine ordinalskalierte Bewertung der Qualität in gute, durchschnittliche, unzureichende Qualität ermöglichen, wofür ein Indexmodell vermutlich ein geeigneter Ansatz zur Diskriminierung von guter und durchschnittlicher Qualität wäre.

Aus dem hier Gesagten folgt auch, dass Versorgungsbereiche nicht danach ausgewählt werden können, welcher Handlungsbedarf für die Krankenhausplanung besteht (Vorbericht S. 35ff). Zum einen ist, da insbesondere die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bundesweit wirken sollen, prospektiv nicht abschätzbar, wo Kapazitätsausweitungen oder -einschränkungen zu erwarten sind. Aufgrund der unterschiedlichen Sozial- und demografischen Struktur der Bundesländer wird dies von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich sein. Ebenso entscheidend ist, dass Auswahlentscheidungen Teil der Zulassung sind und Kriterien für Auswahlentscheidungen dem Grunde nach auf Krankenhäuser anwendbar

sein müssen, die im Krankenhausplan sind, als auch auf solche, die Aufnahme in den Krankenhausplan begehren.

Abschließend erscheint es aus diesseitiger Sicht sinnvoller, nur Qualitätsindikatoren bzw. Indices für Planungszwecke zu verwenden, die ein geeignetes Skalenniveau und eine geeignete Diskriminationsfähigkeit innehaben. Einige von diesen könnten auch Mindestanforderungen für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität darstellen. Die Unterschreitung zumindest einige dieser Mindestanforderungen stellt aus dem gesetzlichen Kontext heraus unmittelbar eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität dar. Da die Diskriminationsfähigkeit eine empirische Eigenschaft der Indikatoren bzw. Indices in Verbindung mit deren Maßstäben und Kriterien darstellt, erscheint es nicht sinnvoll eine angenommene Planungsfunktion dieser Indikatoren als Entwicklungskriterium zu nutzen. Die metrischen und intrinsischen Eigenschaften dieser Indikatoren bzw. Indices sollten für entsprechende Qualitätsbewertungen der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren genutzt und aus den Eigenschaften der Indikatoren deren Funktion hinsichtlich der möglichen Planungsentscheidungen der Qualitätsindikatoren abgeleitet werden.

Auf Basis dieser Überlegungen ist auch die Entwicklung, wie sie in Abb. 8 (Vorbericht, S. 67) dargestellt wird, grundsätzlich zu hinterfragen. Da das Skalenniveau und die Diskriminationsfähigkeit der Indikatoren bzw. Indices sowohl von der Indikatorenentwicklung abhängig, als auch eine empirische Eigenschaft der einzelnen Indikatoren ist, kann die Selektion zur jeweiligen krankenhauplanerischen Entscheidung gem. § 8 Absatz 1a, 1b und 2 KHG regelhaft nicht im Entwicklungsprozess durchgeführt werden (Vorbericht S. 66ff). Dies ist nur für die nominalskalierten Strukturqualitätsindikatoren möglich. Auch an Patientensicherheitsindikatoren sind entsprechende empirische Anforderungen für die Zweckdifferenzierung zu legen, so dass letzteres auch für die Indikatoren gültig ist, die (vermeintlich) unmittelbar in erheblichem Maß unzureichende Qualität detektieren können (Siehe erster Bericht zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vom 31.08.2016, S. 41ff: Bestimmung der Eignungskriterien für planungsrelevante QI).

Kapitel 5: Differenzierte Qualitätsbeurteilung

Kapitel 5.1 Vorüberlegungen zur Differenzierung von Qualität

Die differenzierte Qualitätsbeurteilung für planungsrelevante Qualitätsindikatoren ist nur in den Fällen nutzbar, in denen die für die Krankenhausplanung zuständige Behörde Auswahlentscheidungen fällen

kann, ohne Krankenhäuser, die bisher nicht an der Versorgung teilgenommen haben, zu diskriminieren. Es können daher keine Qualitätsindikatoren zur Beurteilung herangezogen werden, die nicht an der Versorgung teilnehmende Krankenhäuser prinzipiell nicht erfüllen können. Dies sind: Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren. Solche Auswahlentscheidungen scheinen ein weder für jedes Bundesland generalisierbares noch besonders häufiges Ereignis zu sein, so dass eine Auswahl der Indikatoren nur für diesen Zweck („Auswahl“) nicht notwendig erscheint.

Die Argumentation des IQTIG, dass aufgrund der Auswahl der Qualitätsaspekte schon *„eine qualitative Einschätzung der Differenzierung der Versorgungsqualität vorgegeben wird“* (Vorbericht, S. 79) kann aus diesseitiger Sicht nicht nachvollzogen werden. Dies würde bedeuten, dass ein Qualitätsaspekt auch beispielsweise bei 100% Erfüllung der Qualitätsanforderungen nur mittlere Versorgungsqualität anzeigen könnte. Tatsächlich ist das IQTIG der Ansicht, dass *„... die Indikatoren der externen Qualitätssicherung die Einhaltung von Prozess- und Ergebnisstandards (messen). Da es sich aber um erwartbare Standards handelt, kann mit solchen Indikatoren keine gute Versorgungsqualität dargestellt werden“* (Vorbericht, S. 79). Diese Aussage zeigt, dass für das IQTIG die verschiedenen Sachverhalte, die Behandlungsqualität eines einzelnen Falles und die Organisationsqualität einer Abteilung, jedem Fall eine gleich gute Behandlungsqualität zukommen zu lassen, vermischt. Deutlich wird dies in Kapitel 5.5. *„Kategorien von Qualität“*. *„Gute Versorgungsqualität wird dann erreicht, ...“ wenn einerseits die Standards der mittleren Versorgungsqualität erfüllt werden und dass andererseits spezifische Strukturen, Prozesse und Ergebnisse oberhalb der erwartbaren Versorgungsqualität liegen.“* (Vorbericht, S. 96) Diese Aussage zeigt, dass hier die Erwartung der Prozessqualität eines einzelnen Falls mit der Organisationsqualität einer Fachabteilung gleich gesetzt wird. Während für den Einzelfall die Einhaltung von Prozessstandards erwartbar und notwendig ist, erfordert die Einhaltung der Prozessstandards in allen Behandlungsfällen (100%) eine hohe Organisationsqualität. Insofern kann sehr wohl auch bei Indikatoren der Prozessqualität den Ergebnissen jedes Qualitätsaspekts ein Kontinuum von unzureichender (0 bis x% Erfüllung) bis guter Qualität oder ggf. auch sehr guter Qualität (y bis 100% Erfüllung) angenommen werden. Eine Grenzkostenbetrachtung zeigt, dass mit jedem Fall der Organisationsaufwand für eine 100% Erfüllung von Prozessqualitätsanforderungen überproportional wächst. Insofern kann daraus fallzahlabhängig die Güte der Organisationsqualität einer Organisationseinheit abgeleitet werden, wenn diese in der Lage ist, medizinisch notwendige Prozessqualitätsanforderungen mit einem sehr

hohen Erfüllungsgrad zu erbringen. Bei einer empirischen Wahrscheinlichkeit für jeden Fall, einen Prozessionsstandard in 99,9% zu erfüllen, ist bei 100 Fällen die Wahrscheinlichkeit, dass der Prozessionsstandard in allen Fällen erfüllt wird 90%, bei 200 Fällen ca. 82%, bei 1000 bei ca. 37%, d.h., der Aufwand der Organisation für 2x oder 10x Patienten für jeden Patienten dieselbe Qualität zu erreichen, steigt überproportional mit der Fallzahl.

Eine hohe Organisationsqualität zeigt sich in den Surrogaten der Erfüllung der Prozessionsstandards in einem hohen Maße und in der vollständigen Erfüllung der Strukturstandards, was dann eine hinreichende Ergebnisqualität zeitigen sollte. Erfahrung, Geschick, sowie personelle und apparative Ausstattung mag individuell eine überdurchschnittliche Ergebnisqualität hervorbringen. Wesentlich für planungsrelevante Qualitätsindikatoren scheint jedoch die Prüfung der Organisationsqualität einer Einheit zu sein. An diese sollte, so der gesetzliche Auftrag, ein Maßstab angelegt werden, der von in erheblichem Maß unzureichend bis gut reichen kann.

Kapitel 5.2 bis 5.4 Maßstäbe und Kriterien

Die Nutzung eines frequentistischen Verfahrens zur Bestimmung, ob ein Messergebnis einen gewissen Wert über- oder unterschreitet, ist dem Grunde nach zu begrüßen. Wie sich allerdings in der Auswertung des ersten Erfassungsjahres zeigt, führt die angewandte Methode gerade bei sehr kleinen Nennerzahlen zwingend zu Auffälligkeiten. Wenn dies beabsichtigt sein sollte, dann muss überlegt werden, ob bei einer Operationalisierung der Maßstäbe und Kriterien für eine Qualitätsbewertung von mindestens „ungenügend“ bei Auffälligkeit in einem Fall und kleiner Nennerstichprobe nicht der Referenzbereich auf 0% bzw. 100% gesetzt werden soll. Ansonsten wäre es nicht einsichtig, warum ein oder zwei Fälle desselben Sachverhalts bei größerer Nennerstichprobe als unauffällig, bei kleiner Stichprobe jedoch als „ungenügend“ bis hin zu ggf. „in erheblichem Maß ungenügend“ bewertet würden.

Die Nutzung der „a posteriori“ Wahrscheinlichkeiten für die Klassifizierung in erscheint als Verfahren angemessen. Drei Kategorien („gut, durchschnittlich, und unzureichend“) erscheinen für die Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen jedoch als hinreichend.

Kapitel 5.5 Bewertung von Qualität

Grundsätzlich scheint eine Klassifizierung von Qualitätsergebnissen für Auswahlentscheidungen nicht zwingend. Im Gegenteil: die Klassifizierung

der Qualitätsergebnisse kann Situationen zeitigen, die Auswahlentscheidungen unmöglich machen (alle Ergebnisse in derselben Kategorie). Um die Notwendigkeit der Klassifizierung von Qualitätsergebnissen zu rechtfertigen sollte das IQTIG darlegen, warum die Nutzung einer a posteriori Wahrscheinlichkeit dem direkten Vergleich zweier oder mehrerer Ergebnisse unter Nutzung anderer mathematisch-statistischer Methoden (Mittelwert, Konfidenzintervall) überlegen ist. Es sollte auch die Gründe gegen eine Erstellung einer Rangfolge der Ergebnisse als Auswahlgrundlage darlegen. Eine Differenzierung von „guter, durchschnittlicher und unzureichende“ Qualität ist auch über eine Kardinalskala möglich, die ggf. auch direkte Vergleiche jenseits der Bewertungskategorien zulassen würde.

Abbildung 16 ist in ihrer Systematik grundsätzlich zu hinterfragen. Zum einen muss die grundsätzlich Kategorisierung durch Grenzwerte und Referenzbereiche in Frage gestellt werden. Besser wäre keine Ordinalskalierung, sondern eine Kardinalskalierung der Ergebnisse zu berücksichtigen, welche differenzierter und flexibler auf die verschiedenen Qualitätssicherungsverfahren anwendbar ist

Darüber hinaus wurde schon mehrfach darauf hingewiesen, dass die Kriterien für Zulassung und Auswahl dieselben sind und hierfür nur Strukturqualitätsindikatoren genutzt werden können. Vergleichende Kriterien sind nur dann anzuwenden, wenn dadurch kein Krankenhaus, welches noch nicht an der Versorgung teilnimmt, diskriminiert wird, also für Entscheidungen zu Kapazitätsänderungen innerhalb der Gruppe der Krankenhäuser, die an der Versorgung teilnehmen. Nur für diesen Fall müsste geprüft werden, ob die Qualität der relevanten Versorgungsleistungen nicht gleichwertig ist. Hierfür bieten sich mathematisch-statistische Verfahren und die Nutzung von Qualitätsindizes an, um eine der notwendigen Sicherheit entsprechende Aussage zu gewährleisten.

Ausnahmetatbestände: Bei den Ausnahmetatbeständen ist zwischen deren Anwendung auf Prozess- und Ergebnisindikatoren zu unterscheiden. Ein Ausnahmetatbestand, der das auffällige Ergebnis eines Prozessindikators erklärt, kann nur dann festgestellt werden, wenn ein als besonders unwahrscheinlich wahrgenommenes Ereignis in einem ansonsten regelhaft zu beherrschenden Prozess auftritt. Einmalige Ereignisse mit unwahrscheinlichen Fallbesonderheiten können dem Grunde nach bei Prozessindikatoren nur bei kleinen Nennerstichproben als Ausnahmetatbestände gewertet werden. Bei großen Nennerstichproben und Verfehlen des Referenzbereichs kann bei ähnlicher

Patientenpopulation nur von einem systematisch unterschiedlichen medizinischen Handeln ausgegangen werden. Dies könnte z.B. die Anwendung einer neuen Leitlinienempfehlung sein, die noch nicht in den Indikator eingegangen ist, oder die Ignorierung einer Leitlinienempfehlung oder die Summe unterschiedlicher Durchführungen desselben Prozesses, einmal entsprechend, einmal ohne Rücksicht auf Leitlinienempfehlungen. Hierbei allerdings von einem „Ausnahmetatbestand“ zu sprechen, erscheint begründungsbedürftig. Bei Verfehlen des Referenzbereichs bei einem Ergebnisindikator oder auch bei einem komplexen Index erscheint die Forderung der Feststellung eines entschuldenden „Ausnahmetatbestands“ als unangemessen, da der zugrundeliegende Prozess oder die zugrunde liegenden Prozesse, deren Fehler zu dem auffälligen Ergebnis führen, zuerst identifiziert werden müssten. Um hierfür zu einer hinreichend abgesicherten Qualitätsbewertung zu kommen, auf die ggfls. eine gravierende Rechtsfolge zu stützen wäre, erscheint die Forderung der Angabe eines Ausnahmetatbestands als nicht angemessen. Hier sollte sich eine ausführliche Bewertung der Versorgungsqualität durch eine angemessene Methode, z.B. ein ausführliches Stellungnahmeverfahren, Begehung, Peer-Review anschließen.

Die Operationalisierung der Qualitätsbewertung „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ (Vorbericht, S. 95f) erscheint in dieser Form noch nicht hinreichend. Für die Beurteilung der Schwere eines Mangels aufgrund eines Verstoßes gegen grundlegende Regeln der Patientenversorgung muss dies für die jeweilige Qualitätsanforderung anhand der Evidenz und der Kausalität zu einem möglichen Schaden nachvollziehbar dargestellt werden. Die Intensität, hier beschrieben im Sinne von einer deutlichen Abweichung vom Referenzbereich eines Ergebnisindikators, muss im Rahmen eines Qualitätssicherungsverfahrens über den Nachweis fehlerhafter oder ungenügender Prozesse aufgeklärt werden und ist nicht für sich schon ein hinreichendes Kriterium. Ansonsten bliebe der Nachweis offen, dass das Ergebnis tatsächlich vom Krankenhaus beeinflussbar ist (Vorbericht, S. 71). Die Wiederholung ist schon Teil der zugrundeliegenden Normen („nicht nur vorübergehend“). Die Operationalisierung hinsichtlich der Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung bleibt hingegen weiterhin offen.

Qualitäts(bewertungs)kategorien: Auf die Bewertungen für Qualitätszu- und abschläge soll hier nicht näher eingegangen werden. Für die Bewertungen im Rahmen des planungsrelevanten Qualitätsindikatoren hat der Gesetzgeber vier Kategorien zur Bewertung eines Krankenhauses

vorgegeben: Gut, durchschnittlich, unzureichend⁶ sowie in erheblichem Maß unzureichende Qualität⁷ vorgesehen. Es erscheint hilfreich, diese Qualitätsbewertungskategorien für den Vorbericht durchgängig zu nutzen. Die Zuordnung zu den „Planungszwecken“ erscheint aufgrund des oben Erläuterten als sehr fraglich.

Kapitel 6: Anforderungen zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung

Für die Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung als in besonderem Maß unzureichend schlägt das IQTIG mehrere Operationalisierungen vor:

- 1) Das Konzept der Gefährdung der Patientensicherheit im Sinne einer Tracer-Methode. Diese Hypothese ist fraglich, da von dem Vorliegen eines Mangels nicht notwendiger Weise auf das Vorliegen von anderen Mängeln geschlossen werden kann. Dieser Schluss ist bedarf einer nachvollziehbaren Begründung. Bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist wesentlich zwischen Prozess- und Ergebnisindikatoren zu unterscheiden. Nur bei fehlerhaften Prozessen kann ein Organisationsverschulden festgestellt werden. Unzureichende Ergebnisse können nur Anlass sein, die relevanten, die Ergebnisse begründenden fehlerhaften Prozesse zu identifizieren. Insofern stellen planungsrelevante Ergebnisqualitätsindikatoren Aufgreifkriterien dar.
- 2) Kumulative Qualitätsbewertung anhand von typischen Leistungen eines Grundleistungsbereichs. Dieses Konzept erscheint stärker als das Konzept der Patientengefährdung, da ein breiteres Bild von der Versorgungsqualität einer Einrichtung gezeichnet wird. Den Schwierigkeiten einer Indexbildung zur Bestimmung einer in besonderem Maß unzureichenden Qualität ist zuzustimmen.

Es bleibt für den Leser am Ende des Kapitels letztendlich unklar, ob die Bewertung einer in erheblichem Maß unzureichenden Qualität sich erst dadurch ergibt, dass festgestellt wird, dass die Organisation nicht in der Lage ist, die Patientensicherheit für die jeweiligen Prozesse wiederherzustellen, oder ob schon allein durch einfache oder kumulativ auffällige Qualitätsbewertungen eine in erheblichem Maß unzureichende Qualität festgestellt werden kann.

⁶ Bundestagsdrucksache 18/5372, S. 90

⁷ a.a.O., S. 51, S. 81

Kapitel 6.5 Fazit

Wesentlicher Mangel des Vorberichts ist die fehlende Beantwortung der Frage, wie aufgrund der herausgearbeiteten Kriterien für die Identifikation von Versorgungsbereichen und auch beispielhaft von typischen Leistungen von Versorgungsbereichen konkrete Qualitätsmessungen und -bewertungen erarbeitet werden können. Wie kann die Qualität eines Basispakets beispielhaft von viszeral- und unfallchirurgischen Leistungen gemessen und bewertet werden? Das IQTIG zeichnet hier keinen klaren nachvollziehbaren Weg auf.

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V - Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG nach § 137a Abs. 7 SGB V zum Bericht „PlanQI: Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“

Sehr geehrter Herr Dr. Veith, sehr geehrte Frau Dr. Klein, sehr geehrte Damen und Herren!

Haben Sie vielen Dank für die Erarbeitung des *Vorberichts eines Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren*, den wir wie folgt kommentieren.

Der Vorbericht und dessen Anlage zeigen, dass derzeit „Schmerz“ in der Regel leider nicht in den Krankenhausplänen der Länder planend berücksichtigt wird, auch nicht in Hinblick eines Qualitätsindikators, und zwar weder im Bereich der Diagnostik und Therapie akuter oder chronischer Schmerzen (einschließlich der multimodalen Schmerztherapie). Insofern bestätigt Ihre Ausarbeitung uns in unserem Bemühen, auf Landes- und Bundesebene Bewusstsein für dieses nötige Handlungsfeld zu schaffen.

Diesbezüglich weisen wir explizit hin auf den einstimmigen Beschluss der 88.

Gesundheitsministerkonferenz der Länder, welcher unter TOP 9.1 folgenden Wortlaut hat:

”

1. Die Konferenz der Gesundheitsministerinnen und -minister, Senatorinnen und Senatoren (GMK) begrüßt, dass eine Reihe von Krankenhausträgern Strukturen geschaffen haben, eine interdisziplinäre und interprofessionelle Schmerztherapie in ihren Krankenhäusern zu etablieren und dass im ambulanten Bereich die Zahl der niedergelassenen Schmerztherapeutinnen und Schmerztherapeuten zugenommen hat. Sie erkennt zugleich, dass die bisherigen Bemühungen nicht ausreichen, ein adäquates Schmerzmanagement flächendeckend im ambulanten und stationären Bereich zu gewährleisten.
2. Die GMK erwartet von den in den Krankenhäusern Verantwortlichen, dass sie eine qualifizierte Versorgung und Begleitung schmerzkranker Menschen so- wohl während eines stationären Aufenthaltes als auch beim Übergang in am- bulante oder rehabilitative Nach- und Weiterbehandlung interdisziplinär und in- tersektoral zu gewährleisten.
3. Die GMK stellt fest, dass die Qualität der stationären Versorgung bestimmen- de Faktoren zunehmend in der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden. Sie begrüßt, dass der Koalitionsvertrag zwischen den die Bundesregierung tragenden Fraktionen vorsieht, „Qualität als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich einzuführen“. Die GMK bittet den G-BA für ein strukturiertes Akutschmerzmanagement der Krankenhäuser Qualitätskriterien zu entwickeln.“

Ausdrücklich unterstützen wir zudem folgende Erkenntnis Ihres Vorberichts (vgl. Kapitel 6.4 Anforderungen an gesamte Fach- bzw. Teilgebiete, Seite 105/106). „Mindestanforderungen an Fachabteilungen ohne Leistungs- oder Indikationsbezug zur Nutzung im Zusammenhang mit Zulassungsentscheidungen sind jedoch denkbar. Anforderungen an gesamte Fachabteilungen wären durch allgemeine Strukturanforderungen (z. B. Facharztstandard, Personalquoten, apparative oder räumliche Strukturen) oder anhand von Querschnittsthemen (z. B. Hygiene, systematische Schmerztherapie, Arzneimitteltherapiesicherheit oder Entlassmanagement) möglich.“

Genau in diese Richtung zielen aktuelle Anträge der Patientenbank in der AG TUP des G-BA. Wir hoffen, dass diese aufgegriffen werden oder aber alternativ der Gesetzgeber tätig wird.

Das Formblatt bezüglich obiger Stellungnahme übersenden wird anbei und wären Ihnen dankbar, könnten Sie obige Stellungnahme zu Ihrem Vorbericht noch berücksichtigen!

Mit freundlichen Grüßen,
gez

Prof. Dr. Martin Schmelz Thomas Isenberg
Präsident Geschäftsführer
-Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.-

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V
Bundesgeschäftsstelle
Alt-Moabit 101 b , 10559 Berlin
Telefon: 030-39409689-1
Funktel: 0171-7831155
Telefax: 030-39409689-9
E-Mail: isenberg@dgss.org
Internet: www.dgss.org

Stellungnahme des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR) zum Vorbericht Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Stand: 28. September 2018

Der Deutsche Pflegerat (DPR) vertritt als Dachverband der bedeutendsten Berufsverbände des deutschen Pflege- und Hebammenwesens die Positionen der Pflegeorganisationen und ist primärer Ansprechpartner für die Politik. Im Nachfolgenden bezieht der DPR Stellung zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“.

Auftragsgegenstand des Berichts ist die Erstellung eines Konzepts zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung. Dazu wurden Kriterien von „epidemiologischer Relevanz für die Krankenhausplanung“ und „quantitativer Bedeutung in der stationären Versorgung“ identifiziert. In einem weiteren Schritt wurden Grundleistungsbereiche der stationären Patientenversorgung ermittelt, auf die planungsrelevante Qualitätsindikatoren angewandt werden können. Anhand der ärztlichen Weiterbildungsordnung für bestimmte Fachgebiete wurden typische operative Eingriffe extrahiert und zu Leistungsbündeln zusammengefasst. Diese wurden basierend auf den Leistungsdaten der strukturierten Qualitätsberichte der deutschen Krankenhäuser des Jahres 2016 empirisch untersucht. In einem weiteren Schritt wurde überprüft, welche Qualitätsaspekte sich für die Krankenhausplanung eignen und wie die Entwicklung von Indikatoren und Indikatorensets erfolgen kann. Für die Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wurde ein zuvor entwickeltes Qualitätsmodell genutzt.

Stellungnahme

Aus Sicht des DPR entsteht Versorgungsqualität durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsfachberufe. Die Pflege ist einer dieser Gesundheitsfachberufe. Ihr Beitrag zur Versorgungsqualität bildet sich in dem Bericht jedoch nicht ab:

Im Einleitungsteil geht es auf Seite 23 um Strukturindikatoren, die zur Zulassung und Auswahl von Krankenhausstandorten genutzt werden und zudem Voraussetzungen definieren, die zu krankenhauserischen Auswahlentscheidungen eingesetzt werden können. Dabei werden auch personelle Anforderungen wie Personaluntergrenzen (z. B. schichtspezifisch, Quoten, absolute Anzahl) und Qualifikation (ärztlich/pflegerisch/andere Berufsgruppen) genannt. Nicht zu erkennen ist, wo sich Strukturindikatoren in dem Bericht wiederfinden, die auch die Pflege betreffen.

Unter der Überschrift 4.2 „Entwicklung von Qualitätsindikatoren und Indikatorensets“ auf Seite 73 geht es um die Identifikation von Qualitätsmerkmalen der Versorgung wobei u.a. Qualitätsanforderungen aus Leitlinien und Pflegestandards berücksichtigt werden sollen. Auch diese Qualitätsmerkmale finden sich nicht in dem Bericht.

Unter der Überschrift „8.3 Ausblick: sektorenübergreifende qualitätsorientierte Bedarfsplanung“ findet sich auf Seite 135 der Bezug zu Empfehlungen des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR). Demnach „könnten bei der Überprüfung langfristig neben anderen Datenquellen auch die Ergebnisse der „noch zu entwickelnden“ sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, die auch Pflege und Rehabilitation einbezieht, herangezogen werden“. Der DPR schließt sich dieser Empfehlung an.

Der DPR hält es für dringend erforderlich qualitative und quantitative Pflegefachlichkeit im Bereich planungsrelevanter Qualitätsindikatoren mit auszuweisen und weitere Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die die Pflegequalität abbilden.

Berlin, 09 September 2018



Präsident des Deutschen Pflegerates e.V. (DPR)

Adresse:

Deutscher Pflegerat e.V. – DPR

Alt- Moabit 91

10559 Berlin

Tel.: + 49 30 / 398 77 303

Fax: + 49 30 / 398 77 304

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegerat.de

Stellungnahme des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung e.V.

zum IQTIG-Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren - Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“ – Vorbericht vom 28.09.2018

in der Fassung vom 2.11.2018

Das IQTIG legt einen Vorbericht inklusive Anhang vor, der ein Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren beschreibt.

Im Einzelnen wird zunächst die Einschätzung des IQTIG zur Brauchbarkeit verschiedener Qualitätsdimensionen für unterschiedliche Planungszwecke dargestellt sowie in einem kurzen Blick über den Tellerrand die Nutzung von Qualitätsanforderungen zur Regulierung in anderen Ländern und über die Methodik der Einbindung von Expertinnen und Experten berichtet. Anschließend werden Kriterien benannt, anhand derer Versorgungsbereiche für die Planung ausgewählt werden können sowie die Methodik der Ableitung von Grundleistungsbereichen und Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren dargestellt. Weiterhin geht es um eine differenzierte Qualitätsbeurteilung auf der Basis neuer Indikatoren, die Bewertung nicht nur einzelner Leistungen, sondern der Leistung ganzer Fachabteilungen und um ein Konzept zur Evaluation eventueller Veränderungen der Versorgungsqualität durch planungsrelevante Qualitätsindikatoren. In der Diskussion werden eine Zusammenschau der erarbeiteten Vorschläge geliefert und die für eine Umsetzung des Konzepts notwendigen Veränderungen an Richtlinien bzw. Gesetzen erwähnt. Zuletzt wird im Ausblick die vom Sachverständigenrat empfohlene Weiterentwicklung in Richtung einer sektorenübergreifenden, morbiditäts- und qualitätsorientierten Bedarfsplanung angesprochen.

Allgemeine, übergreifende Anmerkungen

Wie schon in früheren Stellungnahmen des DNVF zu anderen Vorberichten des IQTIG des Öfteren kritisiert, beschreibt auch der vorliegende Vorbericht auf vielen Seiten blumig ein Konzept, das durch Löschen von Redundanzen wesentlich kürzer und lesbarer hätte gestaltet werden können und letztlich nur wenige Ideen enthält, die jedoch eine Vielzahl der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Qualitätsbewertung der Gesundheitsversorgung außer Acht lassen (s. Memorandum des DNVF zur Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung). Zudem führt das Konzept wieder neue Begriffe ein, die nicht oder nicht schlüssig definiert werden (u. a. „Systemqualität“), widerspricht sich in Teilen selbst (dazu werden unseres Wissens von anderen stellungnehmenden Institutionen Beispiele angeführt), nimmt an den wesentlichen Stellen keine explizite Operationalisierung vor, sondern überlässt diese zukünftigen Konzepten oder aber anderen - wie hier den Planungsbehörden der Länder (u. a. die Gewichtung von Indikatoren in Indikatorensets oder die eigentliche Qualitätsbewertung). Zudem wird im Ausblick richtigerweise angemerkt, dass das vorgestellte Konzept an sich schon wieder hin-fällig ist, wenn man die gesundheitspolitisch angestrebte sektorenübergreifende Gestaltung des Gesundheitssystems berücksichtigt.

Kursorische Anmerkungen zu einzelnen Kapiteln:

Ad 1) Einleitung

- In Bezug auf den Zusammenhang zwischen Qualitätsdimensionen und Planungszwecken ist nicht nachvollziehbar, wieso den für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden bei der Entscheidung über Interventionen nur solche Qualitätsindikatoren (QI) dienen sollen, die einen Bezug zur Patientensicherheit haben. Wieso sollten nicht auch Ergebnisse der Versorgung, die weit unter dem Durchschnitt liegen (Effektivität = u. a. Zielerreichungsgrad, z.B. bei Überleben, Lebensqualität, ...) relevant für ein potenzielles Ausscheiden aus der Versorgung sein? Im Bereich der Mindestmengen wird dies doch auch so praktiziert; hier werden nicht nur QI der Patientensicherheit als begründend angeführt. (In späteren Ausführungen wird die Möglichkeit der Nutzung dieser Qualitätsdimensionen vom IQTIG zwar erwähnt, jedoch nicht konsequent weiter behandelt). Wenn weiterhin politisch intendiert wird, das System stärker patientenzentriert zu gestalten, ist grundsätzlich auch nicht nachvollziehbar, warum nicht auch kontinuierlich schlechte Patientenerfahrungen eine Intervention begründen können sollten. Wissenschaftlich kann auf jeden Fall nicht behauptet werden, dass Patientenerfahrungen nicht gemessen werden können.

- Der Blick über den Tellerrand ist zwar zu begrüßen, noch besser wäre es jedoch, wenn im Vorbericht zu erkennen wäre, wo diese Erkenntnisse für die Entwicklung des Konzepts genutzt wurden.

- Die methodische Gestaltung der Fachgespräche (S. 33) und Expertenworkshops und deren Verwendung ist unklar. Unklar bleibt das Stichprobendesign, insbesondere die Auswahl der Teilnehmer und die Gestaltung der Interviews. Waren dies Einzelinterviews oder Gruppeninterviews? Welche Rolle hatten die Beteiligten aus dem IQTIG?. Zu beachten wäre auch eine begriffliche Abgrenzung zum Gegenstand Fachgespräch und Interview als wiss. Erhebungsmethode. Es wurden ein Gesprächsleitfaden entwickelt und leitfadengestützte, semistrukturierte Experteninterviews durchgeführt und protokolliert. Das Setting der Interviews und die Datenanalyse (Vorgehensweise beim Eingang der Daten in das neue Konzept) werden kaum thematisiert. War eine Transkription der Interviews vorgesehen?

Ad 2) Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen

Ad 2.1) Eignung nach Planungszwecken

- für den Zweck Intervention: Beschränkung auf QI nicht nachvollziehbar, die anhaltend unzureichende Qualität mit Patientensicherheitsgefährdung aufweisen (siehe oben).

- Zweck Zulassung: warum nicht Analysen des IQTIG (oder externe Vergabe/Beauftragte) zu den Determinanten für gute Qualität. (Analyse eQS plus Qualitätsberichte) / zu Mindestbedingungen; warum nur G-BA als Initiator?

- S. 37; unwahr, dass gute Leistungserbringer bisher nicht betrachtet wurden: das war mal Ausgangspunkt der Qualitätssicherung im deutschen Krankenhausesektor: echtes Benchmarking = miteinander voneinander lernen!

Ad 2.2) Kriterien für Versorgungsbereiche

- Kriterium „besonderer Steuerungsbedarf“ zu wenig ausgeführt – bleibt unklar.

Ad 2.3) Explorative Anwendung: der Verweis auf bereits vorgelegte Berichte des IQTIG (hier: S. 44), wie des Öfteren im Vorbericht geschehen, ist wenig hilfreich – zumindest die Quintessenz der zitierten Berichte sollte erwähnt werden.

Ad 2.4) Fazit: IQTIG hält sich zurück: empfiehlt keine Versorgungsbereiche, schlägt nur Kriterien vor.

Ad 3) Grundleistungsbereiche

- S. 52: der Datenschutz betrifft Fälle von weniger als vier; wieso wurde nicht mit zwei Fällen gerechnet, anstatt die Untergrenze mit 1 Fall zu nutzen?

- Anteil von 75% als Grundleistungsbereich gesetzt: was passiert, wenn eine Sensitivitätsanalyse durchgeführt wird?

- Das Konzept ist offensichtlich nur für solche Fächer relevant, die hauptsächlich über OPS-Kodes abrechnen. Wenn in Zukunft mehr die hochrelevanten Versorgungsbereiche „Chronisch Kranke“, „Multimorbide“, „sektorenübergreifenden Versorgung“ in den Fokus rücken, welches Konzept wäre denn hier nutzbar?

Ad 4) Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

- Die Autoren heben hervor, dass im Kontext der Krankenhausplanung besondere Anforderungen an die Qualität der Daten zu stellen ist. Vor diesem Hintergrund besteht die Frage, ob die QS-Daten, deren Auswertung bisher auf Standortebene erfolgt, geeignet sind, um angemessene Aussagen auf Fachabteilungsebene zu tätigen. Wurden Untersuchungen hierzu angestellt? Ändern sich durch eine Aggregation auf Fachabteilungsebene die Werte und Aussagekraft der Indikatoren?

- Die zwingende Logik der Eignung bestimmter Qualitätsdimensionen für die verschiedenen Planungszwecke (siehe oben) lässt sich auch aus diesem Kapitel nicht ableiten.

- Die Notwendigkeit der Entwicklung von Bewertungsalgorithmen bei der Nutzung von Indikatorensets wird zwar benannt, jedoch nicht weiter operationalisiert.

- Das gesamte Kapitel geht kaum über das Methodenpapier des IQTIG hinaus.

Ad 5) Differenzierte Qualitätsbeurteilung

- Die grundsätzliche Problematik der „Qualitätsmessung“ auf der Basis von Qualitätsindikatoren (siehe Memorandum des DNVF) sollte zumindest erwähnt werden.

- Die Autoren entwickeln eine Methodik zur differenzierten Qualitätsbeurteilung auf Basis von Qualitätsindikatoren. Im Ergebnis werden dabei unterschiedliche Schwellenwerte zur Bildung

von Qualitätskategorien entwickelt, die in verschiedenen Anwendungszusammenhängen verwendet werden können (vgl. Abbildung 16., Seite 98). Umgekehrt weisen die Autoren darauf hin, dass Indikatoren Anhaltspunkte für eine Bewertung geben, eine solche aber nicht ersetzen werden (Seite 84). Beides zusammengenommen widerspricht sich.

- Weiterhin wird darauf hingewiesen, dass sich voraussichtlich kaum Qualitätsindikatoren entwickeln lassen, die über alle Qualitätskategorien sinnvoll differenzieren können (Seite 79, Seite 14). Diese Einschätzung teilen wir ausdrücklich. Daher ist bedenklich, dass durch den großen Raum, dem der Entwicklung der Methodik zur differenzierten Qualitätsbeurteilung gegeben wird, der Eindruck erweckt wird, als wäre diese von hoher praktischer Relevanz.

- Die Gewichtung der Einzelergebnisse aller zugehörigen Indikatoren eines Sets, die gemeinsam betrachtet werden sollen, wird nicht weiter ausgeführt (S. 92). Daher ist die Variante C, die vom IQTIG bevorzugt wird, nicht weit genug ausgeführt, um deren Eignung zu bewerten.

- Ist es wirklich vertretbar, dass in Anbetracht der Maßgabe der Herstellung gleichartiger Lebensverhältnisse in Deutschland die Landesplanungsbehörden bei der Auswahl von Standorten unterschiedliche Maßstäbe anwenden sollten?

Ad 6) Anforderungen zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung

- In Kapitel 6.2 wird die Notwendigkeit der Entwicklung einer Verknüpfungsregel dargestellt, diese wird jedoch nicht im Konzept entwickelt. Gleiches gilt für die erwähnten „komplexen Verfahren zur Gewichtung, Normalisierung und Aggregation“.

- Wie mit Leistungserbringern umgegangen wird, die nur einzelne Leistungen eines Grundleistungsbereichs durchführen, sollen die Landesplanungsbehörden selber entscheiden – aber wie?

- Auf Seite 105 (Abschnitt 6.4) werden grundlegende, massive methodische Probleme der Planung auf Ebene von Fachabteilungen dargelegt. Vor diesem Hintergrund verwundert es, dass das IQTIG nicht stärker darauf drängt, die Krankenhausplanung nicht auf die Ebene der Fachabteilungen, sondern der Leistungen zu fokussieren. Das DNVF würde ein solches Vorgehen begrüßen (s. oben).

Ad 7) Evaluation der Veränderungen der Versorgungsqualität durch planungsrelevante Qualitätsindikatoren

- Da es sich bei dieser Evaluation um eine typische Evaluation einer komplexen Mehrfachintervention handelt, möchten wir auf das bereits mehrfach erwähnte Memorandum des DNVF hinweisen. Der hier dargestellte Vorschlag und das lineare Wirkmodell stellt eine Vereinfachung dar, die dem Gegenstand nicht gerecht wird.

Ad 8) Diskussion und Empfehlungen

- In diesem Abschnitt wird größtenteils nur wiederholt. Nicht nachvollziehbar bleibt weiterhin wieso beim Nicht-Erreichen bestimmter Strukturkriterien sofort von einer „in erheblichem Maß

unzureichenden Qualität“ gesprochen werden kann. Unseres Erachtens sind gerade für Strukturkriterien kaum wissenschaftliche Erkenntnisse vorhanden.

Fazit

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass der Vorbericht nur oberflächlich das in Auftrag gegebene Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren bearbeitet. An vielen Stellen wird der Vorbericht den Erwartungen nicht gerecht. In Anbetracht der oben genannten Weiterentwicklung des Gesundheitssystems rät das DNVF dazu, dieses Konzept nicht weiterzuverfolgen, sondern an einem zukunftsweisenden Konzept möglicher Steuerung in einem sektorenübergreifend gestalteten Gesundheitssystem zu arbeiten. Gerne bieten wir Ihnen hierbei unsere Unterstützung an.

Die DNVF-Stellungnahme wurde im Auftrag des DNVF-Vorstands von der Arbeitsgruppe Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung unter Mitarbeit von Max Geraedts, Silke Kuske und Björn Broge angefertigt. Mit Beschluss des Vorstands vom 05.11.2018 wurde die vorliegende Stellungnahme verabschiedet.

Offenlegung von Interessenkonflikten:

Herr Prof. Max Geraedts ist Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des IQTIG. Die weiteren Autoren geben keine Interessenkonflikte an.

Kontakt:

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung (DNVF) e.V.
Prof. Dr. Max Geraedts (Sprecher der AG Qualitäts- und Patientensicherheitsforschung)
PD Dr. Monika Klinkhammer-Schalke (Vorsitzende)
c/o DNVF-Geschäftsstelle
Eupener Str. 129
50933 Köln
E-Mail: dnvf@uk-koeln.de
Tel.: 0221 478 97115

GQMG e. V. – Industriestr. 154 – D-50996 Köln

An
IQTIG
Katharina-Heinroth-Ufer 1
D-10787 Berlin

Per Mail an: : PlanQI@iqtig.org
cc: AWMF

**Stellungnahme zum wissenschaftlichen Vorbericht des IQTIG
„Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“**

Das IQTIG fokussiert in seinem Vorbericht auftragsgemäß auf die Neu- und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren für die verschiedenen Planungszwecken der Zulassung, der Auswahl und der Intervention. In die Betrachtung wurde die Eignung von Versorgungsbereichen unter dem Aspekt der Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten betrachtet sowie weiterer Kriterien ermittelt. Für Grundleistungsbereiche wurden, am Beispiel der Fachgebiete der Viszeral- und Unfallchirurgie ausgeführt, spezifische Leistungsbündel identifiziert. Hierzu wurden die Weiterbildungsordnungen und die OPS-Kodes herangezogen. Für die Eignung und Neuentwicklung wird die Entwicklung eines Qualitätsmodells und nachfolgende Ableitung von patientenrelevanten Qualitätsaspekten sowie die Einbeziehung der Planungszwecke vorgeschlagen. Dabei ist dann auch die erwartete Qualitätsdifferenzierung zu erzielen. Für die Verbindung von Krankenhausplanung und Qualitätssicherung werden eine leistungsorientierte Krankenhausplanung und alternativ die Bildung von Qualitätsindices vorgeschlagen. Für die Evaluation werden begleitende Maßnahmen vorgeschlagen, um auch den Ausgangspunkt und die Entwicklung erfassen zu können.

Aus Sicht der GQMG sind nachstehende Aspekte auffällig bzw. zu adressieren:

Bei der Einbindung von Expertinnen und Experten wären eine breitere Aufstellung und insbesondere die Beteiligung der Versorgungsforschung wünschenswert gewesen.

Das IQTIG stellt im ersten Absatz der Zusammenfassung die grundsätzliche Eignung von Qualitätsindikatoren der derzeit etablierten Qualitätssicherung für Planungszwecke fest, diese Aussage wird nicht belegt.

Postanschrift GQMG e. V., Industriestraße 154, D-50996 Köln
Vorsitzender PD Dr. med. Jens Maschmann, MBA, Jena
Stellv. Vorsitzende Vera Lux, Köln
Geschäftsführer Dipl.-Inform. Med. Burkhard Fischer, Düsseldorf

Sitz des Vereins Düsseldorf VR 8551
Bankverbindung Deutsche Bank
IBAN DE75 375 700 240 8590606 00
BIC DEUT DE DB375

„Allgemein wurden Bereiche, bei denen für Leistungserbringer Fehlanreize im System der diagnosebezogene Fallgruppen (diagnosis related groups, DRG) bestünden, sodass sie ihr Versorgungsangebot über das erforderliche Maß ausweiten wollten, für die Krankenhausplanung als relevant bezeichnet“. Die Krankenhausplanung muss notwendigerweise langfristig erfolgen, während das DRG-System sich kurzfristig ändern kann. So wurden z. B. im Jahr 2017 erstmalig DRGs, mit gezielter Absenkung der Bewertungsrelationen in Abhängigkeit der Median-Fallzahl definiert. Konkret versucht das InEK eine sachgerechte Vergütung durch kurzfristige Anpassungen des DRG-Systems sicher zu stellen. Daher scheint dieses Kriterium nicht geeignet zu sein für die langfristig angelegte Krankenhausplanung.

Die Fachgebiete der Unfall- und Viszeralchirurgie wurden exemplarisch herangezogen, um die Methodik zur Identifizierung von Grundleistungsbereichen der stationären Versorgung zur Anwendungsplanung relevanter Indikatoren darzustellen, weshalb gerade diese Bereiche gewählt wurden, ist mindestens in der Zusammenfassung nicht beschrieben.

Die beschriebene Methodik ist nur für Fachgebiete nutzbar, deren Leistungen sich zum überwiegenden Teil über spezifische OPS Codes abbilden lassen. Die Überlappung zu anderen Fachgebieten sollte somit möglichst gering sein. Hierbei ist zu hinterfragen, wie Einheiten abgebildet werden können, die schwerpunktmäßig einem interdisziplinären Ansatz folgen (Zentren), da hierbei die Methodik nur einen Teilbereich erfassen könnte. Der Ansatz ist, orientiert sich an einem recht traditionellen Bild der Versorgung, was vor dem Hintergrund der verwendeten Grundlagen nachvollziehbar ist. Hierbei besteht allerdings das Risiko, die Zementierung nicht mehr zeitgemäßer Abgrenzungen von Versorgungsbereichen zu fördern.

Es wird festgestellt, dass sich sowohl Qualitätsmodelle zum ausschließlichen Zweck der Krankenhausplanung wie auch solche, die sowohl für Planung als auch für Qualitätsförderung verwendet werden können (in großen Teilen angelehnt an das vom IQTIG 2017 beschriebene methodische Vorgehen) entwickeln lassen. Ohne diese Aussage detailliert zu analysieren muss hier das Risiko adressiert werden, bei der Vermischung dieser beiden Anwendungszwecke die bekannten Limitationen der aktuellen PlanQI fortgeführt werden.

Die Heranziehung von Strukturqualitätsanforderungen kann problematisch sein und sich potenziell negativ auf die Versorgungssituation auswirken bzw. in ein Dilemma führen: Dies zeigt sich aktuell an den personellen Mindestanforderungen im Bereich der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL. Im Bericht zur Qualitätssicherungs-Richtlinie des G-BA vom 20. September 2018 wird festgestellt: „Von den auf der Webseite www.perinatalzentren.org dargestellten 215 Perinatalzentren haben den Berichten nach insgesamt 180 Perinatalzentren, davon 150 Level 1 und 30 Level 2-Zentren, gegenüber dem G-BA gemeldet, die Anforderungen an die pflegerische Versorgung nicht zu erfüllen.“ Als Begründung ist u. a. eine fehlende Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal am Arbeitsmarkt angeführt.

Die strikte Einhaltung der Anforderungen fördert vermehrte Verlegungen der Frühgeborenen. Ob dies zu einer verbesserten Versorgungsqualität führt, darf bezweifelt werden.

Die Abgrenzung von Qualitätsförderung und interventioneller Planung ist unscharf und bietet den Ausblick, dass Qualitätsförderung über Sanktionen und damit erst bei kritischer Qualität bzw. Unterschreitung eines Mindeststandards greifen könnte. Für die Bereiche Zulassung und Auswahl sind eigene Modelle besser, da man hierfür primär Standards und Definitionen für gute Qualität benötigt (bei eingeschränktem Angebot an Zulassungsinteressierten auch Mindeststandards) und Ansätze zur Qualitätsförderung sich eher aus dem Monitoring nach erfolgter Zulassung/Auswahl ergeben. Diese Förderungsansätze betreffen dann meistens nur Teilaspekte des Leistungsportfolios.

Als für eine differenzierte Beurteilung von Qualität am besten geeignet identifiziert wird ein Qualitätsmodell, das sowohl quantitative wie auch qualitative Bewertungen und eine gemeinsame Betrachtung mehrerer Indikatoren unter Verwendung eines prospektiv entwickelten Algorithmus und prospektiv festgelegter Bewertungskriterien beinhaltet. Ein solch komplexes Modell birgt die Gefahr, dass die hieraus abgeleiteten Ergebnisse nicht mehr nachvollzogen werden können und sollte unbedingt einer seriösen und ausreichend umfangreichen Testung unterzogen werden, bevor es im Bereich der Krankenhausplanung zur Anwendung kommt. Es gibt bisher im deutschen Gesundheitswesen kein ausreichend evaluiertes und in Bezug auf klar definierte Ziele erfolgreiches Modell auf das man zurückgreifen könnte. Vorgesaltet wird man bzgl. der Einzelaspekte um eine klare Definition der Qualität von gut, ausreichend und schlecht nicht herumkommen und müsste sich auch zur Gewichtung der Einzelaspekte positionieren. Die rechnerischen Auswirkungen dieser Aspekte im Algorithmus sollten intensiv für alle relevanten Verteilungsszenarien und Mengengerüste getestet werden, da hierbei erhebliche Überraschungen möglich sind.

Die Notwendigkeit eines Evaluationsmodells wird auch vom IQTIG herausgestellt, dies ist unbedingt zu begrüßen, die Notwendigkeit einer sinnvollen Machbarkeitsprüfung und Anwendungstestung findet ebenfalls Erwähnung, hierzu wäre eine konkretere Ausformulierung wünschenswert.

In dem vorliegenden Vorbericht findet der Begriff der in „erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ mehrfach Erwähnung, was sich aus den Formulierungen im KHG herleitet. Das Gesetz fordert als Voraussetzung für Konsequenzen bzgl. des Feststellungsbescheides eine nicht nur vorübergehend unzureichende Qualität. Dies wirft zum einen die Frage auf, wie diese zu definieren und bei Kleinmengenproblematiken seriös abzugrenzen ist und zum anderen wie lange man eine Situation, die man als eindeutig patientengefährdend erkannt hat, hinnehmen kann, um festzustellen, dass sie nicht nur vorübergehend besteht.

Bei Orientierung an der Sozialgesetzgebung wäre für Zulassungszwecke eine ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche Qualität für jeden betrachteten Themenbereich zu definieren, jeweils allgemein und speziell orientiert an der jeweiligen Versorgungsstufe.

Eine Entwicklung von Qualitätsaussagen durch Ergebnisvergleich ist im Bereich der Planung und für den Bereich der Intervention ungeeignet. Hierfür sind klare Zielaussagen erforderlich. Im Bereich der Auswahl kann man auf die besten Ergebnisse im Vergleich zurückgreifen, wenn bei allen Beteiligten Konsens darüber besteht, dass das verwendete Indikatorenset geeignet ist, gute Qualität zu messen.

Fazit. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Vorbericht ein sehr komplexes Gebiet in detaillierter Weise analysiert. Die Tragfähigkeit der vorgestellten Lösungsansätze, an einzelnen Beispielen und Problemstellungen ausgeführt, bleibt offen. Vielmehr noch, es ist fraglich, ob die gewählten Ansätze den aktuellen Entwicklungen und Notwendigkeiten einer zukunftsorientierten Krankenhausplanung und qualitätsorientierten, patientenzentrierten und wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung und des Einzelnen gerecht wird, sondern vielmehr herkömmliche Strukturen der Leistungserbringung und Denkweisen zementiert.

Düsseldorf, den 07.11.2018

Für den Vorstand

Prof. Dr. med. Ralf Waßmuth
(Mitglied des GQMG Vorstands)

Anlage: IQTIG Formblatt zur Stellungnahme



**Stellungnahme
des GKV–Spitzenverbandes
vom 09.11.2018**

**zum Vorbericht des IQTIG vom 28.09.2018
Planungsrelevante Qualitätsindikatoren.
Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung.**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288-0
www.gkv-spitzenverband.de



Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018
zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018
Seite 2 von 17

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	3
II. Einführung.....	4
III. Allgemeine Stellungnahme.....	5
IV. Stellungnahme zu einzelnen Aspekten des Vorberichts	11
V. Weiterer Änderungsbedarf.....	17

I. Zusammenfassung

Der Bericht ist klar strukturiert und liefert zu allen fünf Teilen der Beauftragung eine Bearbeitung. Sehr hilfreich ist die klare Differenzierung von drei Planungszwecken (Zulassung, Auswahl, Intervention), um einerseits spezifische methodische Konzepte für diese recht unterschiedlichen Zwecke entwickeln zu können und um andererseits auch die aktuelle – teilweise sehr kritische Diskussion – besser strukturieren zu können.

Als wesentliche methodische Neuerung ist anzusehen, dass das IQTIG für die Beurteilung seiner ‚Qualitätsmodelle‘ und die Beurteilung der Eignung von Indikatoren und Indikatorensets ein Rahmenkonzept für Qualitätsdimensionen erstmalig systematisch nutzt. Allerdings wird nicht ausreichend klar dargestellt, wie diese Dimensionen konkret in den einzelnen Entwicklungsschritten im Sinne einer klar beschriebenen Methodik genutzt werden sollen.

Der Auftragsteil zur Entwicklung von Grundleistungsbereichen (Kapitel 3) erscheint gut gelöst. Allerdings bleiben auch hier wichtige Aspekte unklar. Die Darstellungen zu den weiteren vier beauftragten Fragestellungen sind insgesamt als wenig konkret und nur bedingt aussagekräftig anzusehen. Es handelt sich im Wesentlichen – wie das IQTIG teilweise selbst formuliert – um „*erste Vorüberlegungen*“.

In Kapitel 2 werden Kriterien für die Auswahl von Versorgungsbereichen mit besonderer Relevanz für krankenhauplanerische Entscheidungen (Epidemiologische Relevanz, Besonderer Steuerungsbedarf, Quantitative Bedeutung in der stationären Versorgung) vorgeschlagen, die auf der Grundlage von Fachgesprächen mit Vertretern von Krankenhausplanungsbehörden festgelegt wurden. Es bleibt jedoch unklar, wie die Kriterien im Einzelnen angewendet werden sollen, um ggf. konkrete Vorschläge für Versorgungsbereiche zu erhalten.

In Kapitel 5 „*Differenzierte Qualitätsbeurteilung*“ wird vorgeschlagen, zukünftig mehrere Kategorien zur Bewertung von Qualitätsergebnissen zu verwenden statt bisher zwei Kategorien. Das Kapitel stellt insgesamt sehr theoretische und hypothetische Überlegungen an, deren praktische Relevanz und Umsetzbarkeit nur eingeschränkt beurteilt werden kann. Es wäre hilfreich, beispielhaft an einem aktuellen Leistungsbereich zu zeigen, wie eine solche Kategorisierung vorgenommen werden könnte.

In Kapitel 6 „*Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung*“ werden vier Optionen genannt, mit deren Hilfe aus den Ergebnissen einzelner oder mehrerer Indikatoren auf die Qualität einer ganzen Fachabteilung rückgeschlossen werden könnte. Insgesamt erscheinen die Darstellungen in diesem Kapitel jedoch wenig konkret und nur erste orientierende Überlegungen zum Auftragsgegenstand zu sein. Die vier genannten Optionen sind nur rudimentär beschrieben. Die Vor- und Nachteile sowie die Praktikabilität und die voraussichtliche Realisierbarkeit werden nicht bewertet.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018
zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018
Seite 4 von 17

In Kapitel 7 „*Evaluation der Veränderungen der Versorgungsqualität*“ wird ein Wirkmodell dargestellt, das als gute Grundlage für die Konzeption der Evaluation erscheint. Die vorgeschlagenen Evaluationsfragen (Seite 119f.) liefern einen guten Eindruck von der Grundausrichtung einer möglichen Evaluation. Es wird aber auch dargestellt, dass es sich lediglich um erste Überlegungen handelt, die einer weiteren Präzisierung und Operationalisierung bedürfen. Insgesamt liefert der vorgelegte Bericht einen groben Rahmen, wie eine Verfahrensentwicklung für fachgebiets- oder fachabteilungsbezogene planungsrelevante Indikatoren konkret erfolgen könnte. Der GKV-Spitzenverband versteht den Bericht in der Zusammenfassung so, dass das IQTIG alle in der Beauftragung angesprochenen Fragestellungen für lösbar hält und der G-BA somit für jeden Planungszweck leistungs-, fachgebiets- oder fachabteilungsbezogen eine Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren beauftragen kann. Demgegenüber ist für den GKV-Spitzenverband derzeit noch nicht konkret ersichtlich, wie das IQTIG diese Beauftragung im Detail bearbeiten wird und wie resultierende Indikatorensets aussehen könnten.

II. Einführung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen nach § 137a SGB V (IQTIG) im Mai 2017 mit einer Folgebeauftragung zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beauftragt. Diese stellt den zweiten Bearbeitungsschritt zur Umsetzung des gesetzlichen Auftrags nach § 136c SGB V dar. Der Folgeauftrag beinhaltet zwei Auftragsgegenstände:

1. Es soll geprüft werden, ob aus vorhandenen Richtlinien zur Strukturqualität (S-RL) gemäß § 136 Abs. 1 Nr. 2 SGB V und zu den Mindestmengenregelungen (Mm-R) gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 2 SGB V planungsrelevante Qualitätsindikatoren ableitbar sind.
2. Darüber hinaus soll ein Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren zur Vorbereitung weiterer Beschlüsse des G-BA gemäß § 136c Abs. 1 SGB V als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung erstellt werden.

Ursprünglicher Abgabetermin für beide Auftragsgegenstände war der 30.04.2018. Das IQTIG hat zum ersten Auftragsgegenstand fristgerecht am 27.04.2018 einen Abschlussbericht vorgelegt. Mit dem vorliegenden Vorbericht hat das IQTIG die vorläufige Entwicklung zum zweiten Auftragsgegenstand vorgelegt. Die vorliegende Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes bezieht sich daher ausschließlich auf Auftragsgegenstand zwei.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018
zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018
Seite 5 von 17

III. Allgemeine Stellungnahme

Der Bericht des IQTIG ist klar strukturiert und umfasst die Bearbeitung aller beauftragten Auftragsbestandteile (a–e) des zweiten Auftragsgegenstands.

1 Differenzierung von 3 Zwecken des Einsatzes planungsrelevanter Indikatoren

Insbesondere vor dem Hintergrund der Aufgabe „*welche Qualitätsaspekte sich grundsätzlich für die Krankenhausplanung eignen und wie entsprechende Indikatoren und Indikatorensets entwickelt werden können*“ nimmt das IQTIG eine Differenzierung vor, für welche spezifischen Zwecke Qualitätsindikatoren im Rahmen von Aufgaben im Umfeld der Krankenhausplanung genutzt werden können.

Es unterscheidet dabei zwischen den Zwecken:

- Zulassung
- Auswahl
- Intervention

Diese Differenzierung ist sehr gut geeignet, um spezifische methodische Konzepte für diese recht unterschiedlichen Zwecke entwickeln zu können. Durch diese Differenzierung wird deutlich, dass das IQTIG in seinem ersten Bericht vom 31.8.2016 (Auftrag vom 17.3.2016) ausschließlich Indikatoren für den Zweck Intervention empfohlen hat. Es wird dadurch ebenfalls deutlich, in welcher Art und Weise die nun vorgestellten Konzepte diesen ersten Bericht des IQTIG ergänzen. Die Begründung für den Zweck Intervention mit einer anhaltenden Gefährdung der Patientensicherheit erscheint nur dann schlüssig, sofern es sich hier nicht um eine bestehende oder akut drohende „*Gefährdung der Patientensicherheit*“ handelt, sondern um einen substantiellen Hinweis auf „*Potential zur Gefährdung der Patientensicherheit*“. Sofern ein Qualitätsindikator eine Gefährdung der Patientensicherheit abbildet, bestünde umgehender Handlungsbedarf, so dass er nicht mehr für Planungsentscheidungen geeignet sein kann, sondern vielmehr die Aufsichtsfunktion der Landesbehörden betreffen würde. Unbenommen davon erscheint es notwendig, bei der wissenschaftlichen Herleitung und Begründung von planungsrelevanten Indikatoren explizit auch immer deren Relevanz im Hinblick auf die Geeignetheit für die Krankenhausplanung herzustellen. Nur dann ist der Zusammenhang zwischen den Ergebnissen der planungsrelevanten Indikatoren und deren spezifischen Verwendung für Planungsentscheidungen nachvollziehbar zu begründen. Eine solche Herleitung fehlt bisher.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018

zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018

Seite 6 von 17

2 Spannungsfeld: dringlicher Verbesserungsbedarf vs. mehrjähriger Vorlauf

Eine recht grundsätzliche Problematik ergibt sich aus der Darstellung des IQTIG auf Seite 13 des Berichts. Dort wird einerseits gefordert, dass für planungsrelevante Indikatoren zum Zweck Intervention ein dringlicher Verbesserungsbedarf bestehen sollte. Auf der gleichen Seite beschreibt das IQTIG dann, dass die Entwicklung der dafür erforderlichen Indikatoren auf der Grundlage der allgemeinen Methodik erfolgen soll.

Da diese Entwicklungsmethodik nun jedoch selbst unter idealen Bedingungen

- den Einsatz der zu entwickelnden Indikatoren frühestens nach vier Jahren zulässt (Konzeptstudie, Indikatorenentwicklung, Machbarkeitsprüfung, Erstellung und Implementierung der Spezifikation),
- die ersten Jahresauswertungen hierzu dann frühestens nach fünfzehn Jahren zur Verfügung stehen und
- das IQTIG dann noch eine Erprobungsphase von zwei Jahren empfiehlt (S. 76)

kann mit den vorgestellten Instrumenten festgestellt *„dringlicher Verbesserungsbedarf“* erst nach ca. sieben Jahren systematisch und belastbar ‚angegangen‘ werden. Diese Problematik besteht nicht nur für planungsrelevante Qualitätsindikatoren, ist hierbei jedoch als besonders relevant anzusehen, da ausdrücklich *„dringlicher Verbesserungsbedarf“* beschrieben wird. In Kapitel 4 findet sich darüber hinaus der Hinweis, dass aufgrund der hohen Komplexität von Grundleistungsbereichen die Themenerschließung ggf. aufwändiger als in einem *„herkömmlichen“* Verfahren sein kann (S. 66).

Wenn davon ausgegangen wird, dass die Entwicklung und Implementierung der entsprechenden Indikatoren nicht wesentlich beschleunigt werden kann, stellt sich die grundsätzliche Frage nach der Angemessenheit des Instruments und nach möglichen Alternativen. Für *„dringlichen Verbesserungsbedarf“* sollten daher ggf. Instrumente entwickelt werden, die sehr viel kurzfristiger einsetzbar sind und möglicherweise im Sinne einer ‚Überbrückung‘ genutzt werden können. Im Abschlussbericht sollten Alternativen dargestellt werden inkl. eines Zeitstrahls, wie lange jeweils von der Entwicklung bis zur Umsetzung im Regelbetrieb zu rechnen ist.

Unabhängig davon können vorhandene (und ggf. primär für einen anderen Zweck entwickelte) Qualitätsindikatoren nach entsprechender methodischer Prüfung durch das IQTIG ggf. relativ kurzfristig für den Planungszweck Intervention eingesetzt werden – hierauf weist das IQTIG auf S. 37 auch ausdrücklich hin.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018
zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018
Seite 7 von 17

3 Verwendung eines Rahmenkonzepts zur Systematisierung von Qualitätsdimensionen

Als wesentliche und hilfreiche methodische Neuerung ist anzusehen, dass das IQTIG für die Beurteilung seiner ‚Qualitätsmodelle‘ und die Beurteilung der Eignung von Indikatoren und Indikatorensets ein Rahmenkonzept für Qualitätsdimensionen erstmalig systematisch nutzen möchte. Das IQTIG verwendet das Rahmenkonzept der OECD, das zweifellos als anerkanntes und in der Praxis bewährtes Instrument anzusehen ist. Dieses Konzept ermöglicht eine differenziertere und aussagekräftigere Bewertung als sie vom IQTIG bislang vorgenommen wurde und ist daher zu begrüßen.

4 Begriffsklärung in Bezug auf „Qualitätsdimensionen“

Klargestellt werden sollte, dass das IQTIG verschiedene Kategorisierungen von Qualitätsdimensionen verwendet. Im Bericht werden beispielsweise in einem Absatz die Dimensionen „*Struktur – Prozess – Ergebnis*“ nach Donabedian und die völlig anders konzipierten Dimensionen der OECD erwähnt (S. 17 2. Absatz: *„[...] aller Qualitätsdimensionen eingesetzt werden (Struktur– Prozess– und Ergebnisqualität“). Für diesen Planungszweck können Indikatoren für die Abbildung guter Qualität bei Querschnittsthemen oder Anforderungen an die Qualität in einem Fachgebiet entwickelt und eingesetzt werden. Hinsichtlich der OECD–Dimensionen kommen Indikatoren aus den Bereichen Patientenzentrierung und Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung) infrage ...“*).

Gerade die Formulierung „*aller Qualitätsdimensionen*“ in Bezug auf die Klammer, in der die Dimensionen nach Donabedian dargestellt werden und die folgende Ergänzung weiterer Dimensionen (der OECD), die von dem „*aller*“ nicht erfasst sind, macht die Problematik deutlich.

Auf Seite 25 werden die Dimensionen der OECD und nach Donabedian dann kombiniert („*Indikatoren zur Prozess– und Ergebnisqualität (einschließlich Indikationsqualität)*“). Es soll hiermit keineswegs in Frage gestellt werden, dass die Einteilungen nach Donabedian und nach der OECD sinnvoll nebeneinander verwendet werden können. Es sollte jedoch an einer Stelle im Bericht ergänzt und klargestellt werden, welche Kategorisierungen von Qualitätsdimensionen verwendet werden und aus welchen Gründen diese an welchen Stellen zum Einsatz kommen. Darüber hinaus sollte jeweils bei der Verwendung des Begriffs „*Qualitätsdimensionen*“ klargestellt werden, auf welche Einteilung sich der Begriff bezieht.

5 Abteilungs– vs. leistungsbezogene Krankenhausplanung

Das IQTIG weist darauf hin, dass die Krankenhausplanung sinnvollerweise leistungsbezogen ausgerichtet werden könnte (S. 15). Dieser Hinweis erscheint sehr grundlegend und sachgerecht. Da eine Krankenhausplanung bedarfsgerecht sein muss, Bedarfe aber leistungsbezogen am besten quantifiziert werden können, ist dieser Vorschlag sinnvoll.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018
zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018
Seite 8 von 17

6 Verwendung des Begriffs „Systemqualität“

Verschiedene Darstellungen des IQTIG zur „Systemqualität“ sind im Bericht nicht ganz nachvollziehbar. Einerseits wird die Systemqualität als weitere Dimension neben Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität benannt (S. 16 Mitte). Auf der nachfolgenden Seite werden Systemindikatoren dann als solche bezeichnet, die die Qualitätsdimension „Zugang zur Versorgung“ abbilden (S. 17 unten). An anderer Stelle wird der Begriff „Systemqualität“ dann als Alternative zur Betrachtung einzelner Leistungserbringer verwendet (S. 22). Hierdurch wird der Begriff „Systemqualität“ offensichtlich nicht als weitere Qualitätsdimension, sondern als Beobachtungs- bzw. Handlungsebene (im Gegensatz beispielsweise zur Beobachtungsebene der einzelnen Einrichtungen) verwendet. Es bleibt daher unklar, in welchem Sinne der Begriff verwendet wird. Der Begriff sollte in klar definiertem und einheitlichem Wortsinn verwendet werden. Darüber hinaus sollte im Bericht eine klare Definition ergänzt werden, was unter „Systemqualität“ und was unter einem „Systemindikator“ zu verstehen ist.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes sind die Systemindikatoren für eine Planung und insbesondere im Bereich der Versorgungsforschung berechtigt und sinnvoll. In Bezug auf den eigentlichen Zweck der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren jedoch, regulativ Entscheidungen zwischen oder gegen einzelne Leistungserbringer zu treffen, sind diese Indikatoren nicht nutzbar.

7 Zusammenhang mit Qualitätszu- und Abschlügen

In Kapitel 2.1 wird dargestellt, dass Versorgungsbereiche, die sich zur Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren für den Zweck der Auswahl und der interventionellen Planung eignen, alternativ auch für den Einsatz von Qualitätszu- und -abschlügen (QZAb) infrage kommen. Zukünftig müsse vorab festgelegt werden, bei welchen Fragestellungen im Bereich (außerordentlich) guter und unzureichender Qualität welches Steuerungsinstrument eingesetzt werden soll. Ein gleichzeitiger Einsatz je nach Messergebnis wäre damit ausgeschlossen. Nach der Darstellung in Abbildung 16 (S. 98) sind die beiden Verfahren aber nicht zwingend unabhängig voneinander. Qualität wird hier aufgrund von Messergebnissen in verschiedene Kategorien von erheblich unzureichender bis hin zu sehr guter Qualität eingeteilt und unterschiedlichen Planungszwecken und Verfahren des G-BA zugeordnet. Qualität solle demnach konsistent verfahrensübergreifend zugeordnet werden, was eine einheitliche Messweise voraussetzen würde. Auch die vorgeschlagenen Varianten zur Differenzierung zwischen mäßig unzureichender und erheblich unzureichender Qualität legen einen Zusammenhang zwischen den Kategorien (mindestens jeweils im guten und unzureichenden Bereich) nahe.

Insgesamt bleibt unklar, woraus die Kategorien und Zuordnungen abgeleitet wurden und in welchem Verhältnis sie zueinander stehen. Nicht nachvollziehbar ist zudem die Zuordnung des QZAb-Verfahrens zu den Kategorien „sehr gute Qualität“ und „mäßig unzureichende Qualität“, da

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018

zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018

Seite 9 von 17

dies nicht der im Rahmen der QZAb verwendeten Terminologie entspricht. Gemäß § 136b Absatz 9 Satz 4 SGB V hat der G-BA jährlich Bewertungskriterien für „*außerordentlich gute*“ und „*unzureichende Qualität*“ zu veröffentlichen. Die Qualitätskategorien in Abbildung 16 sollten daher angepasst und es sollte klargestellt werden, in welchem Verhältnis die Qualitätskategorien bei den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und den QZAb stehen und wie sie voneinander abzugrenzen sind.

8 Strukturqualitätskriterien

Die Formulierung auf S. 37, dass Strukturqualitätskriterien eine Veröffentlichung der Ergebnisse nicht ermöglichen, ist nicht zutreffend und könnte näher erläutert werden. Beispielsweise werden Aspekte daraus in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht. Grundsätzlich kommen sowohl entsprechend der gesetzlichen Vorgaben aber auch aus inhaltlicher Sicht Strukturqualitätskriterien in Frage, um daraus planungsrelevante Qualitätsindikatoren abzuleiten, da sie Mindestanforderungen als Voraussetzung der Leistungserbringung definieren. Dementsprechend sollte Tabelle 8 (S. 121) erweitert werden und auch Strukturabfragen als potentielle Datenquelle verstanden werden.

9 Glossar

Ein Glossar sollte ergänzt werden.

10 Weitere Anmerkungen

- Auf Seite 22 wird die Formulierung verwendet „*Sinnvoll kann auch eine Prüfung durch Prozessindikatoren sein, die die Einhaltung von Strukturstandards bei einzelnen Fällen messen*“. Es sollte erläutert werden, wie mit Prozessindikatoren Strukturqualität ‚gemessen‘ werden soll. Da die Einteilung nach Donabedian in Struktur- und Prozessqualität disjunkt angewendet wird, erschließt sich nicht, wie dieser Satz zu verstehen ist.
- Erläutert werden sollte ebenfalls die Darstellung auf Seite 23 „*[...] sofern aus dem Standort selbst Ergebnisse aus der laufenden Versorgung vorliegen, die als Grundlage für eine Planungsentscheidung für eine neue Fachabteilung am gleichen Standort [...] verwendet werden können*“. Soll eine zweite Fachabteilung mit gleichem Leistungsspektrum (darauf beziehen sich die Indikatorenergebnisse) am gleichen Standort etabliert werden?
- Seite 35: der Planungszweck Intervention wird ausdrücklich als Eskalationsstufe angesehen, wenn die „*Standardinstrumente der externen Qualitätssicherung (z.B. Strukturierter log)*“ sich als nicht ausreichend wirksam erwiesen haben. Dies ist grundsätzlich sachgerecht und entspricht auch dem in der Richtlinie des G-BA zu planungsrelevanten Indikatoren ver-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018

zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018

Seite 10 von 17

folgten Konzept. Es sollte geprüft werden, ob und inwieweit dieses Konzept ggf. mit der geplanten Richtlinie nach § 137 (1) SGB V interferiert.

- Seite 36: *„Zur Sicherstellung „guter“ Versorgungsqualität ist für die Planungsbehörden wichtig, dass sie nur Zulassungsanträge von Leistungserbringern für neue Leistungsbereiche bewilligen, die die justiziablen strukturellen Mindestanforderungen für „gute“ Versorgungsqualität einhalten können.“*

Das Einhalten von Mindestanforderungen ist nicht mit „guter“ Qualität gleichzusetzen. Mindestanforderungen im Sinne von Richtlinien des GBA (auf die sich das IQTIG in seinen Ausführungen auch bezieht) sind Mindestanforderungen, ohne die eine Leistung nicht erbracht werden darf. Die Erfüllung dieser Anforderungen dann mit „gut“ gleichzusetzen, ist nicht sachgerecht. Die Darstellung auf Seite 36 widerspricht auch der Darstellung des IQTIG auf Seite 10, in der die Mindestanforderungen mit „ausreichender“ Versorgungsqualität gleichgesetzt werden. Es handelt sich vielmehr um eine zwingende Voraussetzung, die entweder erfüllt wird oder nicht.

- Die Darstellung auf Seite 37 *„Strukturqualitätsrichtlinien sind einerseits einfacher zu organisieren, ermöglichen andererseits aber nicht eine Veröffentlichung der Ergebnisse, wodurch der Bevölkerung transparent gemacht werden kann, ob Leistungserbringer und Planungsbehörden diese Maßnahme konsequent umsetzen“* ist nicht zutreffend. In der QFR-Richtlinie ist die regelmäßige und standortbezogene Erhebung der Strukturkriterien und eine Veröffentlichung bereits etabliert. Die Darstellung sollte daher geprüft und aktualisiert werden.

IV. Stellungnahme zu einzelnen Aspekten des Vorberichts

1 Zu Kapitel 1: Einleitung

Zur Erstellung des Konzepts wurden Fachgespräche und Expertenworkshops durchgeführt (S. 33). Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Expertenworkshops werden im Anhang A genannt. Für die Fachgespräche wurde ein Gesprächsleitfaden entwickelt. Im Abschlussbericht sollte der Gesprächsleitfaden veröffentlicht und ergänzt werden, mit welchen Vertreterinnen und Vertretern der für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden Fachgespräche geführt wurden.

2 Zu Kapitel 2: Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen

Das IQTIG schlägt Kriterien für die Auswahl von Versorgungsbereichen mit besonderer Relevanz für krankenhauplanerische Entscheidungen vor. Es bleibt unklar, wie bzw. mit welchem Verfahren die Kriterien im Einzelnen angewendet werden sollen, um ggf. konkrete Vorschläge für Versorgungsbereiche zu erhalten.

Ebenfalls bleibt unklar, ob die Darstellung auf S. 46 so zu interpretieren ist, dass das IQTIG mit einer Verfahrensentwicklung „Herz-Kreislaufkrankungen“ beauftragt werden soll, oder ob der G-BA aus diesem Bereich ein spezifischeres Thema auswählen soll. Die Beschreibung auf S. 46 widerspricht der Darstellung auf S. 35 „*Wenn im Folgenden von Versorgungsbereichen gesprochen wird, so ist das zunächst auf die Fachabteilungen als Planungseinheiten anzuwenden*“.

Es sollte klargestellt werden, ob das IQTIG primär eine Verfahrensentwicklung für ganze Fachabteilungen oder für „*Leistungsbündel*“ empfiehlt.

3 Zu Kapitel 3: Grundleistungsbereiche

Das IQTIG hat mit Hilfe einer klar beschriebenen Systematik Grundleistungsbereiche anhand „*typischer*“ Häufigkeiten von Eingriffen in bestimmten Fachabteilungen identifiziert. Der Auftrag zu diesem Aspekt wurde daher systematisch bearbeitet und gut gelöst. Unklar bleibt jedoch, mit Hilfe welcher Qualitätsindikatoren oder -anforderungen ausgehend von diesen Eingriffen auf die Qualität einer Fachabteilung rückgeschlossen werden soll und wie das IQTIG somit eine Qualitätsdarstellung für diese „*Grundleistungsbereiche*“ für realisierbar hält. Es wird nicht ausreichend klar, ob und wie auf diese Grundleistungsbereiche nun tatsächlich in der Praxis auf planungsrelevante Indikatoren angewendet werden können.

Im Abschnitt 3.3 (S. 63) verweist das IQTIG auf ein alternatives Vorgehen zur Bildung von Grundleistungsbereichen, die sich nicht hauptsächlich über OPS-Kodes abbilden lassen, aber mit Fokus in der Grundversorgung. Dieses Vorgehen wird nur skizziert. Für den Abschlussbericht sollte geprüft werden, ob dieses Vorgehen anhand eines Beispiels entwickelt und dargestellt werden kann. Die Formulierung auf Seite 64 „*Für solche Leistungsbündel ist dann die Neuentwicklung einer*

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018
zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018
Seite 12 von 17

übergreifenden Qualitätsbewertung erforderlich. Die Entwicklung von Qualitätsindikatoren ist primär für Leistungsbündel intendiert, aber auch für Grundleistungsbereiche denkbar“ bleibt sehr allgemein. Es ist nicht ersichtlich, wie das IQTIG entsprechende Qualitätssicherungsverfahren für „Bereiche“ zu entwickeln plant, die ein so heterogenes Spektrum von mehreren Dutzend Leistungen umfassen. Dies geht auch aus den folgenden Kapiteln nicht ausreichend klar hervor, wenn auch in Kapitel 4 recht allgemein darauf hingewiesen wird, dass eine solche Entwicklung „komplexer und umfangreicher“ sei, als die Entwicklung „bislang üblicher“ Verfahren.

4 Zu Kapitel 4: Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Insgesamt rekapituliert das IQTIG in diesem Abschnitt in weiten Teilen das in den Methodischen Grundlagen dargestellte Konzept zur Entwicklung von Qualitätsmodellen und Indikatoren sowie das Vorgehen zum ersten Bericht zu planungsrelevanten Indikatoren vom 31.8.2016. Die zu den Methodischen Grundlagen bereits geäußerte Kritik, dass die Auswahl- und Entscheidungskriterien vielfach nur wenig konkret formuliert sind, ist daher auch für die Ausführungen in Kapitel 4 zutreffend. Erweitert wird dieses Konzept dann für die Prüfung der „Eignung der Qualitätsaspekte für die Krankenhausplanung“ um die Kriterien, die auf OECD-Qualitätsdimensionen Bezug nehmen. Es wird aus der Darstellung nicht konkret ersichtlich, welche Entscheidungskriterien im Einzelnen verwendet und wie diese angewendet werden sollen. Die vorgelegte Beschreibung ermöglicht somit nicht, die einzelnen Schritte selbst konkret anzuwenden oder nachzuvollziehen. Die Darstellungen erscheinen insgesamt als recht allgemeine Überlegungen zur grundsätzlichen Eignung von Qualitätsindikatoren für Zwecke der Krankenhausplanung und sollten für den Abschlussbericht unbedingt konkretisiert werden.

Die Kriterien zur Auswahl von Indikatoren zum Zweck Intervention unterscheiden sich von denen, die das IQTIG in seinem Bericht vom 31.8.2016 verwendet hat. Während im Bericht von 2016 lediglich die OECD-Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ (damals als „Patientengefährdung“ gefasst) als Auswahlkriterium genutzt wurde, werden nun auch die OECD-Dimensionen „Erreichen primärer Behandlungsziele“ und „Indikationsstellung“ verwendet (S. 13, S. 72: Abbildung 10). Diese konzeptuelle Abweichung sollte erläutert werden.

Bei der Diskussion der Datenquellen stellt das IQTIG Patientinnen- und Patientenbefragung als Datenquellen grundsätzlich in Frage (S. 69). Die Begründung, dass diese Befragungen aufgrund ihrer gegebenen Überprüfbarkeit zwar für gute Qualität, nicht jedoch für unzureichende Qualität eingesetzt werden kann, ist nicht nachvollziehbar. Denn in beiden Fällen handelt es sich um Steuerung. Wenn sachliche Gründe gegen die Datenquelle sprechen, sollten Entscheidungen nicht davon abhängen, ob jemand, der sanktioniert wurde, mit größerer Wahrscheinlichkeit die Entscheidung hinterfragen wird als jemand, der ‚lediglich‘ nicht bevorzugt wurde. Die Darstellung sollte daher geprüft bzw. erläutert werden.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018
zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018
Seite 13 von 17

Nicht ganz nachvollziehbar ist, dass an verschiedenen Stellen (z.B. S. 72) für den Planungszweck Zulassung ein Bezug zu „guter“ Qualität hergestellt wird, obwohl an anderer Stelle klar formuliert wird, dass es bei der Zulassung um die Erfüllung von Mindestanforderungen geht (z.B. S. 126). Dies sollte erläutert werden.

Für den Planungszweck Zulassung wird die OECD-Dimension Patientenzentrierung als relevant, die OECD-Dimensionen Sicherheit und Erreichen Behandlungsziele aber nicht als relevant dargestellt (S. 72–72 und Abbildung 10). An anderer Stelle wird dargestellt, dass für die Zulassung prospektiv anwendbare, primär strukturelle Anforderungen eine Rolle spielen. Die auf Seite 73 genannten Beispiele für Anforderungen der OECD-Dimension Patientenzentrierung stellen eben aber nicht solche Anforderungen dar. Hingegen sind grundlegende räumliche, apparative oder personelle Mindestanforderungen aber eben primär den OECD-Dimensionen Sicherheit und Effektivität zuzuordnen. So wird beispielsweise eine räumliche Nähe von Intensivstation und Operationsbereich gerade aus Erwägungen der Patientensicherheit gefordert. Diese Darstellung sollte daher erläutert und das in Abbildung 10 dargestellte Konzept noch einmal geprüft werden.

5 Zu Kapitel 5: Differenzierte Qualitätsbeurteilung

Die grundsätzliche Herangehensweise in diesem Kapitel ist insbesondere vor dem Hintergrund sachgerecht, dass das IQTIG klargestellt hat, dass sich *„Das Kontinuum von Qualität bezogen auf eine Dienstleistung oder ein Produkt [...] also in den seltensten Fällen durch ein einziges Merkmal abbilden bzw. durch einen einzigen Indikator operationalisieren und messen lassen [wird].“* (S. 79). Insgesamt ist jedoch nicht ersichtlich, welche Methodik angewendet wird, wenn das IQTIG beispielsweise beauftragt wird, für einen Versorgungsbereich Indikatoren für den Planungszweck Auswahl oder Zulassung zu erarbeiten. Dies sollte für den Abschlussbericht ergänzt werden. Eine Empfehlung des IQTIG, welche der drei Optionen verwendet werden soll, ist nur für den Fall ersichtlich, dass bei einem patientensicherheitsrelevanten Indikator (zumindest) der untere Referenzbereich nicht erreicht wird. Jedoch sollte auch für den Planungszweck Intervention noch einmal klargestellt werden, wie der konkrete Ablauf für die Bewertung geplant ist.

Die Zeitdauer der statistischen Auffälligkeit, ab der ein Qualitätsmangel nicht mehr als vorübergehend gilt, obliege den Planungsbehörden (S. 83). Das IQTIG müsste im Sinne eines Maßstabs jedoch durchaus Vorschläge vorlegen, innerhalb welchen Zeitraums ein festgestellter Qualitätsmangel behoben werden sollte. Damit hätten die Planungsbehörden eine Grundlage, um einzuschätzen, ob ein Qualitätsmangel nicht nur als *„vorübergehend“* einzuschätzen ist.

Nicht ganz klar wird, ob vier oder fünf Qualitätskategorien verwendet werden sollen. In Abbildung 16 auf Seite 98 sind fünf Kategorien dargestellt, im Text auf Seite 97 werden nur vier Kategorien erläutert.

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018
zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018
Seite 14 von 17

Das Kapitel stellt insgesamt lediglich theoretische und hypothetische Überlegungen an, deren praktische Relevanz und Umsetzbarkeit (z.B. QI-Auswahl für Variante C) nur eingeschränkt beurteilt werden kann. Es wäre hilfreich, wenn im Abschlussbericht beispielhaft an einem aktuellen Leistungsbereich gezeigt wird, wie eine solche Kategorisierung vorgenommen werden kann. Die Vorgaben zur Richtlinie zu planungsrelevanten Indikatoren ermöglichen bislang die Feststellung „*unzureichender Qualität*“ (§3 Absatz 2). Für neue Indikatoren ist jedoch der Auftrag des Gesetzgebers umzusetzen, „*in erheblichem Maße unzureichende Qualität*“ zu identifizieren. In den Tragenden Gründen zur Plan-QI-RL vom 15.12.2016 ist dargestellt, dass hierfür ggf. ein anderes methodisches Vorgehen erforderlich ist (Abschnitt 2.1.2). Es besteht daher die konkrete Notwendigkeit, eine geeignete Methodik anzuwenden, um „*in erheblichem Maße unzureichende Qualität*“ zu identifizieren. Die Entwicklung einer solchen Methodik ist als Bestandteil des Auftrags des GBA an das IQTIG anzusehen.

Die Darstellung im vorliegenden Bericht des IQTIG erscheint hierzu noch nicht ausreichend klar. Die Darstellungen in Kapitel 5 könnten so interpretiert werden, dass verschiedene Optionen zur Verfügung stehen, auch für den Planungszweck Intervention (der für die aktuelle Plan-QI-RL maßgeblich ist) „*in erheblichem Maße unzureichende Qualität*“ zu identifizieren (Varianten A-C). Der letzte Satz im entsprechenden Kapitel 5 auf Seite 100 könnte hingegen so interpretiert werden, dass das IQTIG auch nach nochmaliger wissenschaftlicher Prüfung und vor dem Hintergrund der ersten praktischen Erfahrungen mit dem Verfahren der Plan-QI davon ausgeht, dass das aktuelle Verfahren geeignet ist „*in erheblichem Maße unzureichende Qualität*“ zu identifizieren. („*Qualitätsindikatoren, die Patientensicherheit abbilden und deren Ergebnisse statistisch auffällig und fachlich geprüft sind (kein anerkannter Ausnahmetatbestand), werden definitionsgemäß einer „in erheblichem Maß unzureichenden“ Qualität zugeordnet.*“)

Das IQTIG sollte im Abschlussbericht in jedem Fall klarstellen und begründen, mit Hilfe welcher Methodik auch für die aktuell eingesetzten planungsrelevanten Indikatoren „*in erheblichem Maße unzureichende Qualität*“ festgestellt werden kann.

6 Zu Kapitel 6: Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung

Insgesamt sind die Darstellungen in diesem Kapitel wenig konkret und scheinen lediglich erste orientierende Überlegungen zum Auftragsgegenstand zu sein. Die vier genannten Optionen sind nur rudimentär beschrieben. Die Vor- und Nachteile sowie die Praktikabilität und die voraussichtliche Realisierbarkeit werden nicht bewertet und sollten für den Abschlussbericht berücksichtigt werden.

Das beschriebene Konzept der Option 1 (Abschnitt 6.1), bestimmten Indikatoren eine „*Tracerfunktion*“ zuzuweisen, erscheint schlüssig in Bezug auf die Identifikation „*unzureichender Qualität*“ durch „*Tracerindikatoren*“ für eine potentielle Gefährdung der Patientensicherheit. Diese Indi-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018
zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018
Seite 15 von 17

katoren definieren damit letztlich einen Minimalstandard, daher erscheint dieses Konzept grundsätzlich akzeptabel. Offen bleibt aber, ob tatsächlich sehr schmale Einzelaspekte eine gesamte Fachabteilung ‚repräsentieren‘ können und damit von Relevanz für Planungsentscheidungen sein können. Hier bedarf es weiterer Begründung. In Bezug auf die Identifikation „*guter Qualität*“ mittels solcher Tracerindikatoren bleibt die Darstellung unbestimmt. Es ist nicht ersichtlich, wie dies im Einzelnen operationalisiert und angewendet werden könnte. Hier sollten im Abschlussbericht zumindest Beispiele genannt werden. Ideal wären letztlich Kriterien, welche Anforderungen diese „*Tracerindikatoren*“ konkret erfüllen müssen.

Die Darstellung der Option 2 in Abschnitt 6.2 ist so knapp, dass nicht ersichtlich ist, wie die sehr heterogenen Leistungsbündel der Grundleistungsbereiche in der Praxis tatsächlich in einem Indikatorenset abgebildet werden könnten. Dies ist auch aus den mit dieser Fragestellung verbundenen Kapiteln 3 und 4 nicht ersichtlich.

Option 3 (Abschnitt 6.3) erscheint als ‚Sonderform‘ von Option 2, indem die Ergebnisse mehrerer Einzelindikatoren in einem Index aggregiert werden. Es sollte im Abschlussbericht klargestellt werden, ob diese Option tatsächlich so zu verstehen ist. Bei Option 4 bleibt unklar, wie diese im Einzelnen ausgestaltet werden soll. Hier sollte eine Konkretisierung erfolgen.

7 Zu Kapitel 7: Evaluation der Veränderungen der Versorgungsqualität

Das in Abbildung 17 und 18 dargestellte Wirkmodell ist eine gute Grundlage für die Konzeption der Evaluation und gibt ein hilfreiches Grundverständnis des Verfahrens wieder. Die vorgeschlagenen Evaluationsfragen (S. 119f.) liefern einen guten Eindruck von der Grundausrichtung einer möglichen Evaluation. Wie das IQTIG aber selbst darstellt, handelt es sich lediglich um erste Überlegungen, die einer weiteren Präzisierung und Operationalisierung bedürfen. Die vorgeschlagenen Evaluationsfragen (S. 119f.) beziehen sich in Bezug auf medizinische Versorgungsqualität praktisch ausschließlich auf Ergebnisse aus dem Verfahren der planungsrelevanten Indikatoren selbst (in Abbildung 18 primär Ergebnis (Output)). Die Darstellung der möglichen Datenquellen erschöpft sich in einer knappen Auflistung von bekannten und bislang bereits genutzten Datenquellen. Auch die Darstellung der möglichen Evaluationsdesigns beschränkt sich auf eine knappe Darstellung bekannter Konzepte, jeweils mit dem Hinweis, dass diese genutzt werden „*könnten*“. Es sollte im Abschlussbericht diskutiert werden, ob und ggf. in welcher Form auch andere qualitätsrelevanten Daten und Ergebnisse aus anderen Datenquellen genutzt werden können, um andere Aspekte der Versorgungsqualität zu betrachten, die die Qualität der Versorgung in Gynäkologie und Geburtshilfe abbilden. Ein solches Vorgehen sollte in Bezug auf Abbildung 18 Impact (Versorgungsqualität) und insbesondere vor dem Hintergrund diskutiert werden, dass das IQTIG die bislang eingesetzten und teilweise die zukünftig einzusetzenden Indikatoren als „*Tracer*“ ansieht, die auf die Qualität ganzer Fachabteilungen Rückschlüsse zulassen. Daher wäre die Be-

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018

zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018

Seite 16 von 17

trachtung anderer Qualitätsaspekte unter Nutzung anderer Datenquellen letztlich auch für eine Bewertung dieser vom IQTIG postulierten Tracerfunktion nutzbar.

Die Darstellung, dass zwar die Länder ein ‚Opt-out‘ haben, jedoch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen nicht, ist nicht ganz zutreffend (S. 111 oben). Im Gegensatz zu den Planungsbehörden können die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Gültigkeit von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für sich nicht ausschließen. Sie dürfen keine Versorgungsverträge mehr abschließen, wenn die Ergebnisse nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen. Es hat sogar eine Kündigung von Versorgungsverträgen zu erfolgen. Allerdings haben hier wieder die Landesplanungsbehörden das letzte Wort, denn eine Kündigung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen wird erst durch die Genehmigung der zuständigen Landesbehörde wirksam (§110 Abs. 2 SGB V), die eigentlich selbst zuvor hätten aktiv werden müssen. Diese Einschränkung sollte im Abschlussbericht ergänzt werden.

Als ein Evaluationskriterium wird die Änderung des Feststellungsbescheides angenommen (S. 124). Eine niedrigschwelligere Reaktion (z. B. Gespräche, Auflagen, schriftliche Abmahnung) sollte ebenso als Kriterium dienen, da eine Änderung des Feststellungsbescheids deutlich später erfolgen kann.

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist der Kernpunkt der Evaluation festzustellen, welches Land sich wie verhält, wie vom IQTIG auf S. 123 beschrieben. Auf der gleichen Seite wird bei der Durchführung der Evaluation beschrieben, dass geklärt werden sollte, zu welchem Zeitpunkt die Evaluation durchgeführt werden soll. Die Wahl des richtigen Zeitpunktes, insbesondere falls eine Nullpunktmessung gewählt wird, essentiell. Für den Abschlussbericht sollten diese Aspekte deshalb konkreter dargestellt werden.

8 Zu Kapitel 8: Diskussion und Empfehlungen

Das Kapitel fasst knapp die Darstellungen aus den vorangegangenen Kapiteln zusammen. Auch in dieser zusammenfassenden Darstellung bleibt unklar, wie die in der Beauftragung genannten Fragestellungen nun konkret methodisch gelöst werden sollen. Bei einer Weiterbeauftragung ist daher nicht klar, nach welcher Methodik das IQTIG die Entwicklung von fachabteilungsbezogenen Indikatorensets und die Bewertung der entsprechenden Ergebnisse vornehmen wird. Letztlich kann aus der Zusammenfassung geschlossen werden, dass das IQTIG alle in der Beauftragung angesprochenen Fragestellungen für lösbar hält und somit für jeden Planungszweck leistungs-, fachgebiets- oder fachabteilungsbezogenen Entwicklungen planungsrelevanter Qualitätsindikatoren beauftragt werden können.

Widersprüchlich ist die Darstellung auf Seite 127: Einerseits wird klargestellt, dass für die inter-ventionelle Planungsfunktion nur die OECD-Dimension Sicherheit relevant ist, im Folgesatz wird

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 09.11.2018
zum Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren“ des IQTIG vom 28.09.2018
Seite 17 von 17

dann aber formuliert, dass diese Indikatoren auch anderen OECD-Dimensionen zugeordnet werden können. Es sollte daher erläutert werden, wie diese Darstellung zu verstehen ist. („*Zum anderen lässt sich bezogen auf typische Leistungen eines Fachgebiets (Grundleistungsbereiche), gesamte Fachgebiete bzw. Teilgebiete oder Querschnittsthemen mit Indikatorensets zur Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität (erhoben aus der laufenden Patientenversorgung), die in festgelegter Weise einen Bezug zu Patientensicherheit aufweisen, „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ bewerten. Die Indikatoren können dabei der Dimension Effektivität (Erreichen primärer Behandlungsziele, adäquate Indikationsstellung) zugeordnet werden.*“)

Auf Seite 132 weist das IQTIG im Abschnitt „*Schritte zur Umsetzung des Konzepts*“ als erstes auf möglicherweise erforderlichen Anpassungsbedarf der Plan-QI-Richtlinie hin. Dies erscheint grundsätzlich richtig, ist aber sicherlich ein späterer Schritt. Im ersten Schritt müssten zweifellos erst einmal entsprechende Indikatoren und Verfahren durch das IQTIG entwickelt werden. Erst dann kann abhängig von den Entwicklungsergebnissen beurteilt werden, welche Richtlinienanpassungen ggf. erforderlich sein werden. Dies gilt insbesondere, da aus dem vorliegenden Bericht des IQTIG nicht ausreichend klar ersichtlich ist, wie die fachlich-methodische Ausgestaltung ‚neuer‘ Verfahren durch das IQTIG konkret aussehen wird.

Bei dem vierten Spiegelstrich der Aufzählung zu Anpassungsbedarf der Plan-QI-RL (S. 133) scheint es sich um einen Vorschlag zur Anpassung des KHG sowie von Landeskrankenhausgesetzen handeln. Dies sollte ggf. klargestellt und ggf. getrennt vom Anpassungsbedarf der Richtlinie dargestellt werden.

V. Weiterer Änderungsbedarf

Quelle	Anmerkung
Kapitel 2 S. 37 3. Absatz	Die Aussage im letzten Abschnitt im Bereich Zulassung auf S. 37 im Zusammenhang mit Mindestanforderungen ist unklar.
Kapitel 2 S. 37 vorletzter Absatz (Alternativ...)	Unklar: Alternativ wozu?
Kapitel 5 S. 79 oben erster Satz	Satzbau.
Kapitel 8, S. 129, Tab. 9, Zeile „Zulassung“, Spalte „Qualitätsdimensionen“	Erläuterungsbedürftig ist die Beschreibung „[...] ggf. Ergebnisqualität [...], die prospektiv erhoben wird“. Wie soll Ergebnisqualität prospektiv erhoben werden?
Anhang C2	Die Überschrift in Anhang C.2 „Spezifische Leistungsbündel stratifiziert nach Bettengrößenklassen“ erscheint nicht zutreffend, da in der Tabelle keine Bettengrößenklassen ausgewiesen werden.



Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales Nordrhein-Westfalen, 40190 Düsseldorf

An die
GMK-Geschäftsstelle

im Haus

Datum: 2. November 2018
Seite 1 von 4

Aktenzeichen IV A 3 - PlanQI
bei Antwort bitte angeben

Brigitte Nentwig
Telefon 0211 855-3590
Telefax 0211 855-3052
brigitte.nentwig@mags.nrw.de

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (PlanQI) – Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung

Vorbericht IQTIG vom 28.09.2018 - Stellungnahmeverfahren

Nach Durchsicht des übersandten Vorberichts fallen folgende Punkte
kritisch auf:

Auf S. 21 sollte in dem Satz „Eine solch anhaltende Gefährdung der Patientensicherheit kann bei Bekanntwerden eine Planungsbehörde auch dazu veranlassen, im Sinne einer Aufsicht zeitnah regulierend tätig zu werden, ohne den Umweg über die Planung zu gehen.“ Das Wort „kann“ ist durch „muss“ zu ersetzen. Dies resultiert daraus, dass eine Verpflichtung zur Tätigkeit durch die Krankenhausaufsicht bei Bekanntwerden einer anhaltenden Gefährdung der Patientensicherheit besteht.

Der Satz „Dabei spielen natürlich auch Systemindikatoren und Qualitätsindikatoren eine Rolle, die anzeigen, „wo eine bestimmte Leistung mit der höchsten Qualität erbracht werden kann“...“ auf Seite 22 sollte deutlicher formulieren, dass beide Indikatoren für die Qualitätsbewertung gebraucht werden.

In dem Schaubild auf S. 23 (Kästchen „Aufsicht“) sollte der Zeitfaktor durch das Hinzufügen des Wortes „sofort“ dargestellt werden.

Auf S. 24 ist als weiterer Punkt der Anforderungen „prozessuale Anforderungen, z. B. Tumorkonferenz“ einzufügen.

Dienstgebäude und
Lieferanschrift:
Fürstenwall 25,
40219 Düsseldorf
Telefon 0211 855-5
Telefax 0211 855-3683
poststelle@mags.nrw.de
www.mags.nrw

Öffentliche Verkehrsmittel:
Rheinbahn Linie 709
Haltestelle: Stadttor
Rheinbahn Linien 708, 732
Haltestelle: Polizeipräsidium

In den beiden Sätzen auf S. 24: „Für die interventionelle Planung oder aufsichtsrechtliche Nutzung können sie nur genutzt werden, wenn sie entweder einzeln oder in der gemeinsamen Betrachtung einen Bezug zu Patientensicherheit aufweisen (siehe Abschnitt 4.1.2). Nur in diesen Fällen ermöglichen sie die Bewertung, ob „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ vorliegt oder nicht.“ sollte verdeutlicht werden, dass für eine aufsichtsrechtliche Nutzung jeglicher Qualitätsmangel ausreicht, „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ ist hierfür nicht erforderlich.

Bezüglich des auf S. 83 genannten „Ausnahmetatbestandes“ wird darauf hingewiesen, dass dieser nicht zu eng gefasst sein sollte. Natürlich muss ein Ausnahmekatalog eng gefasst sein, um den Charakter der Ausnahme zu bewahren. Dennoch ist eine Berücksichtigung von Patientenverfügungen wichtig, da der Patientenwille den Arzt in der Behandlung klar begrenzt. Das Befolgen des Patientenwillens darf nicht als unzureichende Qualität beurteilt werden.

Darüber hinaus wäre auch eine Anpassung des Ausnahmekatalogs in Bezug auf Dokumentationsfehler erforderlich. Diese finden bei den Stellungnahmen nach festgestellter abweichender Qualität keine Berücksichtigung. Auch bei eindeutig nachweisbaren Dokumentationsfehlern wird bisher unzureichende Qualität übermittelt. Die fehlerhafte Dokumentation stellt aber keine mit schlechter Qualität erbrachte medizinische Behandlung dar. So wird zum Beispiel ein am errechneten Termin geborenes Kind durch einen Dokumentationsfehler des errechneten Entbindungstermins zur Frühgeburt. Gemäß dem PlanQI 318 wäre die Anwesenheit eines Pädiaters bei der Geburt einzuhalten. Erfolgt dies nicht, wird nach jetzigem Stand unzureichende Qualität gemeldet, auch wenn der Dokumentationsfehler nachweisbar ist.

Hier sollte eine Änderung erfolgen, dass bei nachgewiesenem Dokumentationsfehler lediglich abweichende und nicht unzureichende Qualität gemeldet wird.

Auf S. 83 wird es den Planungsbehörden der Länder übertragen, bei jährlicher Ergebnisübermittlung allgemein oder im Einzelfall den Zeitraum festzulegen, ab dem ein Qualitätsmangel nicht mehr nur vorübergehend ist. Hier wäre eine einheitliche Regelung durch den G-BA vorzugswürdig.

Ebenso gilt dies für die Regelung auf S. 96: „Allerdings ist dieser Aspekt im Kriterium „Zeitdauer der statistischen Auffälligkeit“ (5.4.3) enthalten, indem die Landesplanungsbehörden festlegen, wie lange eine (mäßig) unzureichende bzw. in erheblichem Maß unzureichende Qualität im zeitlichen Verlauf auftreten muss, damit diese „nicht nur vorübergehend“ ist und somit planungsrelevant wird.“

Auf S. 101 sollte in dem Satz: „Dabei ist es den Planungsbehörden unbenommen, mit angemessenen Maßnahmen auf eine Behebung der Mängel hinzuwirken, ohne dass gleich eine Abteilung geschlossen werden muss.“ verdeutlicht werden, dass es der Bereich der Krankenhausaufsicht ist, der Maßnahmen einleitet.

Auf der gleichen Seite fehlt in den Sätzen: „Ist eine Fachabteilung „nicht nur vorübergehend“ nicht in der Lage, „unzureichende“ Qualität bei diesen wichtigen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren abzustellen, so ist dies als systemisches, organisatorisches Versagen zu werten und ergibt – auch auf Basis eines einzelnen Indikators – eine Aussage über die gesamte Fachabteilung. Diese trägt die Gesamtverantwortung, eine Gefährdung der Patientensicherheit zu vermeiden oder zu beseitigen. Kommt sie dieser Gesamtverantwortung „nicht nur vorübergehend“ nicht nach, besteht ein angemessener Anlass, Konsequenzen in der Krankenhausplanung zu ziehen.“ eine Verdeutlichung. Das Sozialgesetzbuch V sieht zunächst Maßnahmen der

Krankenhausaufsicht als verhältnismäßig vor. Erst im Anschluss erfolgen gegebenenfalls Maßnahmen durch die Krankenhausplanung.

Der Satz auf S. 103: „Einer Fachabteilung oder einem Standort würde bei „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ nur die Zulassung zu einer Einzelleistung, nicht aber für ihre gesamte Fachabteilung bzw. ihren gesamten Standort entzogen.“ müsste ergänzt werden um das weitere Kriterium „nicht nur vorübergehend“.

Auf der gleichen Seite müsste auch der Satz: „Diese können dann alleine zu einer Bewertung einer gesamten Fachabteilung mit „in einem erheblichen Maß unzureichender Qualität“ führen, da eine krankenhauplanerische oder aufsichtsrechtliche Intervention unmittelbar gerechtfertigt ist.“ durch das Kriterium „nicht nur vorübergehend“ ergänzt werden.

Zusammenfassend ist das vorgestellte Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung zu begrüßen unter Beachtung der genannten Punkte.


(Watzlawik)



Der Präsident

Prof. Dr. Lothar H. Wieler

Robert Koch-Institut | Nordufer 20 | 13353 Berlin

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
Dr. Christof Veit
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

per E-Mail

**Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung
Ankündigung des Stellungnahmeverfahrens nach § 137a Abs. 7 SG**

09.11.2018

Sehr geehrter Herr Dr. Veit,

Unser Zeichen:
1.04.03/0005#0013

Das Robert Koch-Institut schlägt vor, dass die Teilnahme an den nationalen Surveillance-Systemen Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS), Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance (AVS) und Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) als Struktur-Qualitätsindikator aufgenommen wird.

Ihr Zeichen:

Ihre Nachricht vom:
28.08.2018

§23 IfSG definiert die gesetzlichen Anforderungen an die einrichtungsinterne Surveillance: Aufzeichnung von nosokomialen Infektionen, Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen sowie Art und Umfang des Antibiotika-Verbrauchs, deren Bewertung und die Ableitung sachgerechter Schlussfolgerungen hinsichtlich erforderlicher Präventionsmaßnahmen bzw. hinsichtlich des Einsatzes von Antibiotika. Diese Pflichten dienen dem internen Qualitätsmanagement.

Robert Koch-Institut
leitung@rki.de
Tel.: +49 (0)30 18754-2000
Fax: +49 (0)30 1810754-2610
www.rki.de

Darüber hinaus sind Surveillance von Antibiotikaresistenz, Antibiotikaverbrauch und nosokomialen Infektionen eine essentielle Voraussetzung für die Etablierung von Antibiotic Stewardship. Die Surveillance-Daten liefern maßgebende Informationen zur Einschätzung der aktuellen Resistenzsituation, des Antibiotikaverbrauchs und zu Auftreten und Häufigkeit von nosokomialen Infektionen und dienen somit als Grundlage und Ausgangspunkt für Entwicklung und Planung von Maßnahmen zur Vorbeugung und Bekämpfung von Infektionen im stationären Bereich.

Besucheranschrift:
Nordufer 20
13353 Berlin

Nationale Surveillance-Systeme wie die am Robert Koch-Institut angesiedelten Systeme ARS und AVS und das am Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen angesiedelte KISS bieten eine wertvolle

Das Robert Koch-Institut
ist ein Bundesinstitut
im Geschäftsbereich des
Bundesministeriums für
Gesundheit.



Ergänzung durch die Bereitstellung von Vergleichsdaten. Durch die Teilnahme an diesen Systemen ist zusätzlich zum internen ein externes Benchmarking möglich. Alle Systeme basieren auf der freiwilligen Teilnahme von Laboren (ARS) bzw. Krankenhäusern (AVS und KISS), die ihre Erreger-, Resistenz-, Verbrauchs- und Infektionsdaten an eine zentrale Datenbank übermitteln und eine nationale Auswertung ermöglichen.

Die Teilnahme an einem der bundesweiten Surveillancesysteme ARS, AVS und / oder KISS bedeutet, dass die Krankenhäuser eine qualitativ hochwertige Surveillance durchführen. Die Daten werden strukturiert erfasst und Vergleichsdaten stehen zum internen und externen Benchmarking zur Verfügung. Beim Träger der Surveillance findet eine Validierung statt und in jährlichen Treffen findet ein Austausch der Teilnehmer statt.

Weiter kann die Entscheidung für eine freiwillige Teilnahme an ARS, AVS oder KISS als Indikator für ein besonderes Interesse an einer vertieften Auseinandersetzung mit den eigenen Daten gewertet werden.

Kurzportrait Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS)

Nach den Vorgaben der Deutschen Antibiotika-Resistenzstrategie DART wurde vom Robert Koch-Institut 2008 die Infrastruktur für eine flächendeckende Surveillance der Antibiotika-Resistenz etabliert, die sowohl die stationäre Krankenversorgung als auch den Sektor der ambulanten Versorgung abdeckt: ARS - Antibiotika-Resistenz-Surveillance in Deutschland - ist ein laborgestütztes Surveillancesystem zur kontinuierlichen Erhebung von Erreger- und Resistenzdaten aus der Routinediagnostik für das gesamte Spektrum klinisch relevanter bakterieller Erreger. Teilnehmer sind Laboratorien, die Proben aus medizinischen Versorgungseinrichtungen mikrobiologisch untersuchen; die Teilnahme erfolgt freiwillig.

Für die klinisch bedeutsamsten bakteriellen Erreger werden Resistenzstatistiken in Form einer interaktiven Datenbank auf der ARS-Homepage (<https://ars.rki.de/>) veröffentlicht. Diese können und sollen als Referenzdaten genutzt werden.

Für teilnehmende Labore gibt es darüber hinaus Feedback für deren Kunden in Form von Krankenhausreports, die eine direkte Gegenüberstellung der Resistenzsituation des einzelnen Krankenhauses gegenüber den Referenzwerten aller Krankenhäuser / aller Krankenhäuser desselben Versorgungstyps / aller Krankenhäuser desselben Bundeslandes bieten.

Dieses Feedback geht deutlich über die Anforderungen an die Surveillance nach §23 IfSG (Aufreten von Krankheitserregern mit speziellen Resistenzen und Multiresistenzen) hinaus, insbesondere durch den Vergleich mit Referenzdaten.

zu beachten:

ARS ist ein laborgestütztes Surveillancesystem, d.h. nur Krankenhäuser mit eigenem Labor können unmittelbar über eine Teilnahme selbst entscheiden; Krankenhäuser mit externem Labor nehmen nur teil, wenn das Labor an ARS teilnimmt.

Kurzportrait Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance (AVS)

Nach der Neufassung des § 23 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG, Juli 2011) besteht für Krankenhäuser die Verpflichtung, eine kontinuierliche Überwachung des Antibiotika-Verbrauchs zu etablieren. Dies soll dazu beitragen, den Einsatz von Antibiotika zu optimieren und somit der Entwicklung und Ausbreitung von resistenten Erregern entgegenzuwirken. Das Robert Koch-Institut



(RKI) hat nach § 23 Abs. 4a IfSG die Aufgabe, Art und Umfang der zu erfassenden Daten festzulegen.

Mit technischer Unterstützung der Charité hat das Robert Koch-Institut das System Antibiotika-Verbrauchs-Surveillance (AVS) für den stationären Sektor aufgebaut. Nach einer Pilotphase 2014 läuft AVS seit 2015 im Routinebetrieb.

AVS ist ein elektronisches, webbasiertes Surveillance-System für den stationären Bereich, das Krankenhäuser dabei unterstützt die AB-Verbrauchssurveillance entsprechend den gesetzlichen Vorschriften durchzuführen. Der Datentransfer erfolgt über die im Rahmen von KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System) des NRZ (Nationalen Referenz Zentrum für die Surveillance nosokomialer Infektionen) etablierten elektronischen Plattform „webkess“.

Nach der Validierung der übermittelten Daten erfolgt die Berechnung der Verbrauchsdichten auf Grundlage der ATC/DDD Methode der WHO.

Es resultieren vier Verbrauchsberichte, die benutzerdefiniert interaktiv über *webkess* abgerufen werden können. Neben einem Antiinfektiva Report und einer Rangliste, erstellt das System Berichte zur vergleichenden Darstellung innerhalb eines Krankenhauses und zum Vergleich mit anderen Krankenhäusern vergleichbarer Struktur und Größe.

Außerdem stehen der Öffentlichkeit Daten zur Verfügung, die über eine interaktive Datenbank auf der AVS (<https://avs.rki.de/>) Website bereitgestellt werden.

Die Erfassung der Daten zum Antibiotika Verbrauch tragen dazu bei, kritische Bereiche im Krankenhaus zu identifizieren, die Wirksamkeit von Maßnahmen zu überwachen und eine gezieltere Verordnungspraxis zu erreichen. Das AVS System bietet die geeigneten IT-technischen Strukturen für eine möglichst effiziente und ressourcensparende Durchführung der AVS sowie zur Integration anderer Surveillance Projekte.

Durch das System stehen Daten zum Aufbau einer nationalen Referenzdatenbank zur Verfügung. Dabei soll eine möglichst breite Datenbasis für die Generierung von Referenzdaten und für wissenschaftliche Auswertungen erzielt werden.

Der Nutzen von Qualitätsindikatoren in der Anwendung von Antibiotika wurde bereits in mehreren Studien untersucht. So zeigt eine niederländische Studie, dass die die Bewertung des Antibiotikaverbrauchs durch Erstellung von Qualitätsindikatoren zu spezifischen Strategien zur Verbesserung in der Antibiotika-Verordnungspraxis führten (van der Velden A et al. (2016) Usefulness of quality indicators for antibiotic use: case study for the Netherlands. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(6), 838–842). Ein systematischer Review zeigt, dass der Verbrauch von Antibiotika für den systemischen Gebrauch (ATC: J01) als nützlichster Indikator eingestuft wurde (Coenen S et al. (2007) European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): quality indicators for outpatient antibiotic use in Europe. *Qual Saf Health Care*; 16(6): 440–44.)

Kurzportrait Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)

Seit bereits über 20 Jahren ist bekannt, dass die fortlaufende, systematische Erfassung, Analyse und Interpretation relevanter Daten zu nosokomialen Infektionen sowie deren Feedback an das ärztliche und pflegerische Personal die Häufigkeit nosokomialer Infektionen reduzieren kann. Die Aussagekraft und Wirksamkeit kann erhöht werden, wenn die eigenen Daten zu Infektionshäufigkeiten mit denen anderer verglichen werden. Erst im Kontext mit den Daten anderer Abteilungen oder Stationen ist das Niveau der eigenen Infektionshäufigkeit beurteilbar. Um nicht falsche Schlüsse zu ziehen, ist ein Vergleich jedoch nur möglich, wenn identische Methoden bei der Erfassung der Daten einschließlich fester Definitionen für die Diagnostik verwendet werden. Da verschiedene Stationen und Abteilung sowohl Risikofaktoren unterschiedlich häufig einsetzen, als auch von der Patientenzusammensetzung nicht exakt übereinstimmen, müssen diese



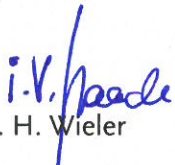
Unterschiede durch Standardisierungs- und Stratifizierungsverfahren in der Berechnung und Analyse der Daten Berücksichtigung finden.

1996 wurde vom Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) eine Methode entwickelt, mit der Stationen und Abteilungen in die Lage versetzt werden sollten, nach einer einheitlichen Methode eine Surveillance nosokomialer Infektionen durchzuführen, die die wichtigsten Einfluss- und Risikofaktoren berücksichtigt und somit orientierende Vergleiche ermöglicht. Die in den beteiligten Stationen und Abteilungen erhobenen Daten werden regelmäßig dem NRZ übermittelt und analysiert. Die zusammengefassten und anonymisierten Daten werden in geeigneter Form als Referenzdaten bereitgestellt.

Um die Aussagekraft der Daten und damit auch die Wirksamkeit der Surveillance zu steigern, erfolgt im KISS keine krankenhausweite Erfassung, sondern eine Konzentration auf besondere Risikobereiche innerhalb des Krankenhauses. Hierbei wird auf bestimmte Patienten (z.B. NEO-KISS) oder spezielle Stationen (z.B. ITS-KISS) mit hohem Infektionsrisiko fokussiert. KISS besteht aus diesem Grund aus mehreren Modulen entsprechend den unterschiedlichen Risikobereichen. Für die einzelnen Module existieren jeweils spezielle Surveillance Methoden. Folgende Risikobereiche werden bei KISS durch die einzelnen Module berücksichtigt:

- Patienten auf Intensivstationen (Modul ITS-KISS)
- Operierte Patienten (Modul OP-KISS)
- Frühgeborene auf neonatologischen Intensivstationen (Modul NEO-KISS)
- Patienten nach Knochenmarktransplantation (Modul ONKO-KISS)
- Ambulant operierte Patienten (Modul AMBU-KISS)
- Patienten mit Zentral-Venen-Katheter oder Harnwegkatheter oder maschineller Beatmung auf Nicht-Intensivstationen (Modul STATIONS-KISS)
- Modul für Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (Modul MRSA-KISS)

Mit freundlichen Grüßen


L. H. Wieler

Anlage





Institut für Qualitätssicherung und
Transparenz im Gesundheitswesen

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren

Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung
Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht

Erstellt im Auftrag des
Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 21. Dezember 2018

Impressum

Thema:

Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung. Würdigung der Stellungnahmen zum Vorbericht

Ansprechpartnerin:

Dr. Silvia Klein

Auftraggeber:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Datum des Auftrags:

18. Mai 2017

Datum der Abgabe:

21. Dezember 2018

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

Abkürzungsverzeichnis.....	4
Einleitung	6
1 Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses	7
2 Experteneinbindung und allgemeines methodisches Vorgehen.....	10
3 Planungszwecke	12
4 Versorgungsbereiche.....	17
5 Grundleistungsbereiche	21
6 Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	25
7 Qualitätsdimensionen	33
8 Differenzierte Qualitätsbewertung	36
8.1 Qualitätskategorien.....	36
8.2 Varianten zur Differenzierung der Qualitätsbewertung	38
8.3 Maßstäbe und Kriterien	39
8.4 Quantitative Berechnung und Zuordnung	41
9 Konzept der potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit	43
10 Abbildung einer gesamten Fachabteilung.....	46
11 Evaluation.....	50
12 Systemqualität und Systemindikatoren	52
13 Weiterbeauftragung und Umsetzung des Konzepts	53
14 Sonstige Anmerkungen	56
Literatur.....	58

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BT-Drs.	Bundestagsdrucksache
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DMP	Disease-Management-Programm
DRG	diagnosebezogene Fallgruppen (<i>Diagnosis Related Groups</i>)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IOM	Institute of Medicine
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz (Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze)
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz (Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung)
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (Organisation for Economic Co-operation and Development)
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
plan. QI-RL	Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren
QFR-RL	Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene
QS	Qualitätssicherung
QZAb	Qualitätszu- und -abschläge
SGB	Sozialgesetzbuch

Stellungnahmeverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
(AWMF)

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP Bayern)

Bundesärztekammer (BÄK)

Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V. (DGAV)

Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten
(DGVS)

Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.
(DGHNOKHC)

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (DGHM)

Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)

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

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU), Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. (DGOOC) und Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. (DGU)

Deutsche Krankenhausgesellschaft e. V. (DKG)

Deutsche Schmerzgesellschaft e. V. (DGSS)

Deutscher Pflegerat e. V. (DPR)

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. (DNVF)

Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG)

GKV-Spitzenverband (GKV-SV)

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
(MAGS NRW)

Robert Koch-Institut (RKI)

Einleitung

Am 28. September 2018 hat das IQTIG den Vorbericht „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung“ vorgelegt. Im Anschluss daran erfolgte das sechswöchige Stellungnahmeverfahren mit den nach § 137a Abs. 7 SGB V zu beteiligenden Organisationen.

Die Frist für die Stellungnahmen endete am 9. November 2018. Bis zum Fristende gingen 18 Stellungnahmen von den Trägerorganisationen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), verschiedenen Institutionen sowie Fachgesellschaften und Berufsverbänden ein.

Das IQTIG bedankt sich bei allen Stellungnehmenden für ihre differenzierten Rückmeldungen sowie ihre konstruktive Kritik. Die Inhalte der eingegangenen Stellungnahmen wurden geprüft und gewürdigt, der Bericht wurde auf Basis der Stellungnahmen überarbeitet. Im vorliegenden Dokument werden die zentralen Aspekte aus den Stellungnahmen zusammengefasst und es wird erläutert, wie das Institut mit den vorgebrachten Hinweisen und der Kritik umgegangen ist. Dabei werden die stellungnahmeberechtigten Organisationen zitiert; die Seitenangaben beziehen sich auf die einzelnen Stellungnahmen, die im Dokument „Stellungnahmen zum Vorbericht“ zusammengeführt sind.

Von verschiedenen stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden redaktionelle Hinweise gegeben. Das Institut dankt für die aufmerksame Durchsicht des Berichts und die angemerkten Korrekturvorschläge – sie wurden aufgegriffen und der Bericht ggf. entsprechend angepasst.

1 Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Allgemein stellten mehrere stellungnahmeberechtigte Organisationen fest, dass der Bericht des IQTIG alle beauftragten Auftragsbestandteile (a bis e) des zweiten Auftragsgegenstands umfasse und „ein sehr komplexes Gebiet in detaillierter Weise“ analysiere (GKV-SV: 5; GQMG: 4). Eine weitere Organisation hob das Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung insgesamt positiv hervor (MAGS NRW: 4). Als sinnvolle Ergänzung über den eigentlichen Auftrag hinaus wurden die im Kapitel 2 dargelegten „Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen“ gesehen (BÄK: 4). Dennoch wurde kritisch angemerkt, dass „an den wesentlichen Stellen keine explizite Operationalisierung“ vorgenommen werde und dies beispielsweise in die Verantwortung der Planungsbehörden der Länder übergeben werde (StMGP Bayern: 1; DNVF: 1, 4; GQMG: 4). Die Vorschläge des IQTIG seien eher allgemein formuliert, beispielsweise lägen keine Vorschläge zur Umsetzung von Indikationsqualität, Datenerfassung und Gewichtung sowie zur Datenvalidierung und zu einem Peer-Review-Verfahren vor (DGK: 1 f.). Konkrete Instrumente und Indikatorensets lägen nicht vor (BÄK: 17). Eine Organisation schlug vor, die Verfahrensumsetzung eher auf der Landes- als auf der Bundesebene anzusetzen (BÄK: 17). Eine Organisation äußerte zudem das Interesse an einem „Planungs- und Entscheidungsbaum für die Neueinrichtung von Institutionen“ (DGIM: 2).

Mehrere Organisationen übten allgemeine Kritik an den im Bericht aufgeführten Methoden für planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Diese seien für „die gesundheitspolitisch angestrebte sektorenübergreifende Gestaltung des Gesundheitssystems“ (DNVF: 1; AWMF: 2), insbesondere die sektorenübergreifende Krankenhausplanung (AWMF: 1; DGOU: 3, 5), ungeeignet. Hierfür sei eine Berücksichtigung ambulanter Versorgungsstrukturen essenziell (AWMF: 1 f.) aber auch in Bezug auf chronische Erkrankungen wie Krebserkrankungen, Erkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis oder psychische Erkrankungen sei eine sektorenübergreifende Analyse erforderlich (DGIM: 3). In einer Stellungnahme wurde aus diesem Grund davon abgeraten, das vorgelegte Konzept weiterzuverfolgen und ein „Konzept möglicher Steuerung in einem sektorenübergreifend gestalteten Gesundheitssystem“ zu erarbeiten (DNVF: 5). Eine Darlegung der Rolle von Disease-Management-Programmen im Rahmen der Qualitätskontrolle sei laut einer Organisation wünschenswert (DGIM: 3).

Es wurde angemerkt, dem Bericht fehle es an einer einleitenden Analyse der deutschen Krankenhauslandschaft und des Bedarfs an Krankenhausplanung (AWMF: 1). Zudem sei die Darlegung eines Algorithmus von Konsequenzen (z. B. Zuschläge, Abschläge etc.) wünschenswert (DGIM: 3 f.). Ferner enthalte das Konzept „keinerlei Aussagen zu einem möglichen zusätzlichen Aufwand für die Krankenhäuser durch die Schaffung neuer planungsrelevanter Qualitätsindikatoren“. Dennoch sei es laut einer stellungnahmeberechtigten Organisation unumgänglich, die für die Umsetzung des vorliegenden Konzepts benötigten zusätzlichen Ressourcen aufzuzeigen und eventuell „Abschätzungen über notwendige vergütungsrechtliche Konsequenzen“ zu treffen (StMGP Bayern: 2).

IQTIG: Das IQTIG ist bei den Aufträgen des G-BA an den Beschlusstext gebunden und kann innerhalb des gegebenen Zeitrahmens Aufträge nicht überproportional ausweiten. Angesichts der im Auftrag bereits vorgegebenen Versorgungsbereiche Unfall- und Viszeralchirurgie konnten die erarbeiteten Kriterien zur Auswahl von neuen Versorgungsbereichen nicht zusätzlich auf denkbare Alternativen angewandt werden (siehe Kapitel 4).

Andere Entscheidungen liegen bei den Landesplanungsbehörden und können bzw. dürfen nicht von externen Institutionen vorweggenommen werden – ein Beispiel hierfür ist die Operationalisierung des unbestimmten Rechtsbegriffs „nicht nur vorübergehend“ (siehe hierzu Kapitel 8).

In der Tat schlägt das IQTIG – auftragsgemäß – noch keine konkreten Indikatoren und Indikatorensets bzw. deren Erfassungsinstrument, deren Risikoadjustierung und Gewichtung zur Feststellung „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ vor. Dies bleibt einer Neuentwicklung von Indikatoren zu einem durch den G-BA zu bestimmenden Versorgungsbereich vorbehalten. Es bestand keine Veranlassung, das Verfahren zur Datenvalidierung sowie die übrigen Elemente eines Qualitätssicherungsverfahrens wie Stellungnahmeverfahren oder die Durchführung qualitätsfördernder Maßnahmen abweichend von der bestehenden plan. QI-RL vorzuschlagen, da einige Elemente des Verfahrens derzeit gerade erst im ersten Jahr durchgeführt werden. Änderungen der derzeitigen Regelungen sollten erst dann erfolgen, wenn die praktischen Erfahrungen mit der Umsetzung entsprechende Verbesserungsnotwendigkeiten ergeben.

Ein „Planungs- und Entscheidungsbaum für die Neueinrichtung von Institutionen“ war nicht durch den G-BA beauftragt worden und ist daher nicht Gegenstand des vorliegenden Abschlussberichts. Für solche Entscheidungen kann der G-BA bzw. das von ihm beauftragte IQTIG nur Qualitätsaspekte und -anforderungen beitragen, nicht aber ein umfassendes Kriterienset für die gesamte Planungshandlung.

Auch das IQTIG sieht eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung als sinnvoll an. Dieses politische Ziel ist allerdings bisher nicht umgesetzt. Daher war der Auftrag des G-BA auch so formuliert, dass er nur ein Konzept für planungsrelevante Qualitätsindikatoren umfasst, die ausschließlich die Qualität von Krankenhäusern adressieren. Ein normativer Zusammenhang zwischen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren und Disease-Management-Programmen besteht bislang nicht. Sollten Versorgungsbereiche für eine Neuentwicklung von Indikatoren beauftragt werden, in denen auch Disease-Management-Programme eine Rolle spielen, wird das IQTIG mögliche Überschneidungen in die Entwicklung einbeziehen.

Die Krankenhauslandschaft wurde für den vorliegenden Bericht nur insofern betrachtet, als die in den einzelnen Bundesländern aufgestellten Krankenhauspläne hinsichtlich Planungseinheiten (siehe Tabelle 5 im Anhang B des Abschlussberichts) und Schwerpunktplanungen (Tabelle 6) als auch hinsichtlich

verwendeter Qualitätsvorgaben (Tabelle 7) analysiert wurden. Außerdem fanden Fachgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern aus fünf Landesplanungsbehörden statt.

Die Festlegung eines gestuften Systems von Folgen bei der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen erfolgt derzeit durch den G-BA in einer eigenen Arbeitsgruppe. Das IQTIG empfiehlt aus praktischen Gründen, dass sich die beiden regulierenden Verfahren planungsrelevante Qualitätsindikatoren und qualitätsabhängige Zu- und Abschläge nicht überschneiden, d. h. nicht auf die gleichen Indikatoren bzw. Leistungsbereiche angewendet werden sollten (siehe Abschnitt 5.5.4 im Abschlussbericht).

Hinsichtlich erforderlicher Ressourcen für die Neuentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren hat das IQTIG nun eine Schätzung des zeitlichen Entwicklungsaufwands für verschiedene Möglichkeiten ergänzt (siehe Abschnitt 8.2 im Abschlussbericht). Wenn neue Indikatoren beschlossen werden, ergibt sich ggf. für die Krankenhäuser ein erhöhter Dokumentationsaufwand, den der G-BA im Rahmen seiner Bürokratiekostenermittlung darlegen wird. Aufwände, die sich bei den Krankenhäusern aufgrund aufsichtsrechtlicher oder planungsbezogener Konsequenzen ergeben, hängen vom Vorgehen der einzelnen Planungsbehörden ab und können erst im Rahmen der Evaluation des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* quantifiziert werden. Ihre prospektive Abschätzung war nicht Gegenstand des Auftrags durch den G-BA.

2 Experteneinbindung und allgemeines methodisches Vorgehen

In einzelnen Stellungnahmen wurde angegeben, dass eine breitere Einbindung von Expertinnen und Experten – insbesondere eine Beteiligung der Versorgungsforschung bzw. internationaler Experten – wünschenswert gewesen sei (GQMG: 1, AWMF: 3). Weiterhin wurde eine fehlende Transparenz bei den Fachgesprächen bzw. dem Expertenworkshop hinsichtlich Gesprächspartnern, Gesprächsleitfaden, Auswahl an Expertinnen und Experten der methodischen Gestaltung und der Verwendung der Ergebnisse bemängelt (GKV-SV: 11, AWMF: 3, DNVF: 2).

Die Einbindung der Landesbehördenvertreter wurde positiv hervorgehoben, gleichzeitig wurde jedoch bemängelt, dass nicht alle Bundesländer systematisch in die Befragung zum Konzept einbezogen wurden (BÄK: 4, 15). Insbesondere Bundesländer, die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren „eher reserviert gegenüberstehen“, fehlten (BÄK: 15).

Darüber hinaus wurde kritisiert, dass einige wissenschaftliche Erkenntnisse zur Qualitätsbewertung der Gesundheitsversorgung nicht einbezogen wurden (DNVF: 1). Es wurde betont, dass die hauptsächliche Verwendung der Selbstreferenzen zu früheren Berichten unzureichend sei und keine Grenzen, Vor- und Nachteile der Vorschläge dargestellt werden (BÄK: 16). Die Informationen zur internationalen Situation hinsichtlich Qualitätselementen in den Krankenhausplanungen sei zudem nicht in das Konzept eingeflossen (BÄK: 3, 15; DNVF: 2). In einer Stellungnahme wurde festgestellt, dass es nicht ausreiche, „einzelne ‚Expertenrunden‘ zur Definition entsprechender Parameter abzuhalten“.

IQTIG: Das IQTIG hält die Einbindung internationaler Expertinnen oder Experten bei dem speziellen Thema der qualitätsorientierten Krankenhausplanung in Deutschland nicht für zielführend, da die rechtlichen und politischen Situationen anderer Länder so unterschiedlich sind, dass eine ausreichende Übertragbarkeit nicht gegeben wäre. Stattdessen wurden Expertinnen und Experten für Krankenhausplanung (Fachgespräche und Expertenworkshop) sowie Vertreterinnen und Vertreter zentraler Fachgesellschaften und Patientenvertreterinnen (Expertenworkshop) eingebunden. Im Rahmen des Beteiligungsverfahrens nach § 137a Abs. 7 SGB V wurde darüber hinaus unter anderen auch das Deutsche Netzwerk für Versorgungsforschung eingebunden.

Das IQTIG hat analog zum Expertenworkshop die Gesprächspartner bei den Fachgesprächen – sofern deren Einverständnis zur Veröffentlichung des Namens vorlag – im Anhang zum Abschlussbericht als Tabelle 4 ergänzt. Hinsichtlich der Transparenz des Vorgehens stellt das IQTIG klar, dass keine Experteninterviews in der Methodik der empirischen Sozialforschung durchgeführt und ausgewertet wurden, sondern vielmehr Fachgespräche geführt wurden. Dabei wurden in der Diskussion die Bedarfe und mögliche Wege zur Zielerreichung diskutiert. Statt Transkripten wurden vertrauliche Mitschriften angefertigt, die

eine der Grundlagen der Konzeption des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gebildet haben. Bei der Auswahl der Bundesländer für die Fachgespräche wurde darauf geachtet, dass sowohl Länder eingeschlossen wurden, die die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ausgeschlossen haben (z. B. Bayern), als auch solche, die sie nicht ausgeschlossen haben (z. B. Hessen). Weiterhin wurden sowohl Flächenländer (z. B. Brandenburg) als auch Stadtstaaten (z. B. Hamburg) ausgewählt.

Zur Einbindung wissenschaftlicher Literatur kann festgestellt werden, dass das IQTIG sich mit dem G-BA-Auftrag zur Erstellung eines Konzepts auch international auf wissenschaftlichem Neuland bewegt. Auch wenn zu einzelnen Details Literatur zur Verfügung steht, wird ein Konzept immer eigene Überlegungen in den Vordergrund stellen müssen. Auch die Ergebnisse der orientierenden Recherche zur Verwendung von Qualitätsanforderungen für die Planung der akutstationären Versorgung in anderen Ländern (Abschlussbericht, Abschnitt 1.2) zeigen, dass die Nutzung von Qualitätsindikatoren zur Steuerung der Krankenhausversorgung Neuland ist. Diese flossen ebenfalls in das Konzept des IQTIG zur Neu- und Weiterentwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren mit ein.

Zur Definition von Parametern bzw. Qualitätsindikatoren und zur Experteneinbindung bei deren Entwicklung verweist das IQTIG auf sein Methodenpapier (IQTIG 2018: 4).

Vor- und Nachteile der Vorschläge werden nun in Abschnitt 8.2 im Abschlussbericht aufgegriffen und miteinander abgewogen.

3 Planungszwecke

Die Differenzierung der Planungszwecke wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation positiv hervorgehoben (GKV-SV: 3, 5). Von einer anderen wird diese „theoretische Zwecktrennung“ als hinderlich für die Entwicklung konkreter Qualitätsaspekte und -modelle gesehen (DKG: 13). Zwei Organisationen erschien der Begriff „interventionelle Planung“ unpassend (DKG: 12; BÄK: 3). Zudem wurde die Erforderlichkeit einer Darstellung der Eignung für die Krankenhausplanung unabhängig von der Gefährdung der Patientensicherheit betont (GKV-SV: 5) und bemängelt, dass „die grundsätzliche Eignung von Qualitätsindikatoren der derzeit etablierten Qualitätssicherung“ für Krankenhausplanung nicht belegt werde (GQMG: 1). Eine der Organisationen betonte die Unterscheidung zwischen Krankenhausplanung einerseits und Qualitätssicherung im laufenden Betrieb andererseits (DGIM: 1).

Eine andere Stellungnahme besagte, dass für den Planungszweck Zulassung für jeden Themenbereich eine ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche Qualität im Sinne einer Zieldefinition – abhängig von der Versorgungsstufe – zu definieren sei (GQMG: 4).

In einer weiteren Stellungnahme wurde geschrieben, dass nach § 8 Abs. 1a KHG für eine Aufnahme in den Krankenhausplan die „nicht nur vorübergehende“ Erfüllung der Qualitätsvorgaben durch planungsrelevante Qualitätsindikatoren erforderlich sei (DKG: 10). Mindestanforderungen in der Krankenhausplanung könnten nach Ansicht einer stellungnahmeberechtigten Organisation zu Fehlwirkungen führen (GQMG: 2f.). Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Nichterfüllung von Strukturanforderungen „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ anzeige, da kaum wissenschaftliche Erkenntnisse vorhanden seien (DNVF: 4 f., DGK: 2). Zudem wurde festgestellt, dass für eine aufsichtsrechtliche Nutzung das Kriterium „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ nicht erfüllt sein muss (MAGS NRW: 2).

Die Nutzung von Daten aus der laufenden Versorgung für Zulassungsentscheidungen sowie deren Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen des gleichen Trägers oder desselben Krankenhauses wurde hinterfragt (GKV-SV: 9; DKG 10). Weiterhin wurde angemerkt, dass die OECD-Dimensionen Sicherheit und Effektivität auch für Zulassungsentscheidungen erwogen werden sollten (GKV-SV: 13).

Eine Organisation hielt Strukturindikatoren für die Krankenhausplanung meist für geeigneter. Statt einzelner Indikatoren sollten Strukturkonzepte für ganze Versorgungsbereiche erarbeitet werden, die bundeslandspezifisch angepasst werden müssen (BÄK: 3).

Schließlich wurde beim Thema Auswahlentscheidung der Landesplanungsbehörden angemerkt, dass eine Bewertung von Qualität als „guter Qualität“ nicht ausreichen werde, „wenn mehrere Bewerber diese Bewertung erhalten“ (StMGP Bayern: 3). Für das Vergleichsverfahren bei der Auswahl müsse eine Übereinstimmung aller Beteiligten über die Anwendbarkeit des Indikatorensets bestehen

(GQMG: 4). Eine Organisation stellt die Frage, ob bei Auswahlentscheidungen zwischen den Bundesländern unterschiedliche Maßstäbe verwendet werden dürften (DNVF: 4).

In einer weiteren Stellungnahme wurde festgestellt, dass für Auswahlentscheidungen nur „Kriterien der Strukturqualität“ infrage kämen, da sonst Krankenhäuser, die bisher keine Daten aus der laufenden Versorgung (Prozess- und Ergebnisindikatoren) vorlegen können, von der Auswahlentscheidung der Landesplanungsbehörde ausgeschlossen wären (DKG: 5, 11f., 16f.). Zudem sei jede Auswahlentscheidung im Grunde eine Zulassungsentscheidung, da ein neues Krankenhaus mit den am Markt bestehenden Häusern konkurriere (DKG: 10). Grundsätzlich frage sich die Organisation, ob es „praktisch sinnvoll“ sei, für seltene Entscheidungen über die Auswahl am Markt befindlicher Krankenhäuser Prozess- und Strukturqualitätsindikatoren zu entwickeln (DKG: 11, 15).

Zum Planungszweck Intervention gab eine Organisation an, dass ihr nicht klar sei, welche OECD-Dimensionen geeignet seien (GKV-SV: 16 f.). Von einer anderen Organisation wurde hinterfragt, warum für Intervention nur Qualitätsindikatoren mit Bezug zu einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit eingesetzt werden können und keine anderen Versorgungsergebnisse bzw. Patientenerfahrungen (DNVF: 2).

Eine Organisation merkte an, dass jedes Krankenhaus im laufenden Betrieb die Strukturqualitätsindikatoren zur Zulassung erfüllen müsse, bei (anhaltender) Nichterfüllung stünde eine krankenhauserische Intervention nach § 8 Abs. 1b KHG an (DKG 11 f., 15).

IQTIG: Wie sich die Differenzierung der Planungszwecke auf das Qualitätsmodell und die sich anschließende verfahrenszweckspezifische Indikatorenentwicklung auswirkt, ist im Abschlussbericht unter Abschnitt 4.1.1 beschrieben. Aus den unterschiedlichen Planungszwecken ergeben sich verschiedene spezifisch geeignete Indikatortypen.

Den Begriff der „interventionellen Planung“ hat das IQTIG im Abschlussbericht in „krankenhauserische Intervention“ geändert. Gemeint sind mit diesem Planungszweck Leistungsausschlüsse oder Herausnahmen aus dem Krankenhausplan als Ultima Ratio.

Für krankenhauserische Interventionen sind nur Qualitätsindikatoren geeignet, die alleine oder gemeinsam eine potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit anzeigen (ggf. auch relevant für Aufsicht) und bei denen erheblicher Verbesserungsbedarf besteht. Die Eignung für die Zulassung ergibt sich durch den Bedarf an Mindeststandards. Bei Indikatoren für Auswahlentscheidungen sind die Bedarfe der Behörden sicher recht heterogen. Die Eignung für Auswahlentscheidungen ergibt sich also durch das Informationsbedürfnis der Behörden. Es ist ihnen ebenso überlassen, welche krankenhauserischen Maßnahmen angemessen und daher zu ergreifen sind. Zur Eignung der derzeit im Regelbetrieb befindlichen Indikatoren verweist das IQTIG auf seinen Ab-

schlussbericht zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren (IQTIG 2016), auf die Tragenden Gründe zur Erstfassung der plan. QIRL (G-BA 2016) sowie auf die derzeitige Nutzung der Indikatoren durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Behörden. Die Wirkung und Nutzung der derzeit im Regelbetrieb befindlichen Indikatoren wird durch das IQTIG im Rahmen einer Begleitevaluation ausgewertet.

Das IQTIG geht augenblicklich nicht davon aus, dass es künftig – mit Ausnahme von Strukturindikatoren zur Krankenhausplanung – Qualitätsindikatoren geben wird, die ausschließlich für die Krankenhausplanung und nicht im Rahmen der Qualitätsförderung eingesetzt werden (siehe Kapitel 6).

Das IQTIG stimmt der stellungnehmenden Organisation zu, dass Mindestanforderungen bzw. Strukturqualitätsindikatoren, die Zielvorgaben wiedergeben, bei Zulassungsentscheidungen relevant sind. Diese Mindestanforderungen bilden „mittlere“ Qualität ab. Für „gute Qualität“ sind sie erforderlich, aber nicht ausreichend. Dies wurde im Abschlussbericht in Abschnitt 5.1 angepasst.

Bei einer Zulassung eines Krankenhauses sollten die vom G-BA im Rahmen des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* beschlossenen Strukturanforderungen justiziabel sein. Das Kriterium „nicht nur vorübergehend“ wird nur relevant für die Nutzung der Anforderungen auch im laufenden Betrieb, bei der die anhaltende Nichterfüllung zu einer krankhausplanerischen Intervention führen kann.

Die Landesplanungsbehörden dürfen ihre Planungsentscheidungen nicht allein von der Qualität abhängig machen, sondern werden auch weiterhin die flächendeckende Versorgung und die Trägervielfalt im Blick behalten. Ob der Einsatz von Strukturanforderungen für krankhausplanerische Zulassungsentscheidungen zu befürchteten Fehlwirkungen führt, lässt sich daher noch nicht abschätzen. Bereits bei der Indikatorenentwicklung werden jedoch mögliche Fehlanreize für die medizinische Versorgung bedacht (siehe Abschlussbericht, Abschnitt 4.2).

Die Einhaltung von Mindestanforderungen an die Struktur zeigt für sich allein „mittlere“ Qualität an. Die Nichteinhaltung dieser Anforderungen kann zur Bewertung mit „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ führen. Das IQTIG stimmt der stellungnehmenden Organisation zu, dass für aufsichtsrechtliche Konsequenzen eine Bewertung mit „mäßig unzureichender“ Qualität ausreicht.

Das IQTIG bleibt dabei, dass, sofern aus einem Standort Ergebnisse aus der laufenden Versorgung vorliegen, diese als Grundlage für eine Zulassungsentscheidung für eine weitere Fachabteilung mit vergleichbarem Leistungsspektrum am gleichen Standort oder eine Ausweitung der Bettenzahlen dienen können. Das liegt letztlich im Ermessen der Planungsbehörden. Allerdings greift das IQTIG aus den Stellungnahmen auf, dass Ergebnisse nicht von einem Träger/Krankenhaus auf andere Standorte des gleichen Trägers/Krankenhauses übertragen werden können (siehe Abschlussbericht, Abschnitt 1.1).

Bei der Zulassung von Krankenhäusern können auch die Dimensionen Sicherheit und Effektivität erwogen werden. Das IQTIG hat dies im Abschlussbericht in Abschnitt 4.1.2 ergänzt.

Wie bereits dargelegt, hält das IQTIG Strukturindikatoren für den Planungszweck Zulassung von Krankenhäusern ebenfalls für geeignet. Letztlich sollten diese Indikatoren nicht für sich alleine stehen, sondern durch die Landesplanungsbehörden in einem Set angewendet werden. Eine regionale Anpassung von vom G-BA vorgegebenen „Strukturkonzepten“ ist nicht vorgesehen, da die qualitätsbezogenen medizinischen Erfordernisse keinen regionalen Schwankungen unterliegen und bundeseinheitliche Standards angestrebt werden. Darüber hinaus können natürlich einzelne Planungsbehörden höhere Mindeststandards für ihr Bundesland festlegen. Dies ist aber föderal zu gestalten.

Das IQTIG kann den Einwand nachvollziehen, dass die Landesplanungsbehörden bei mehreren Bewerbern mit ggf. gleich „guter“ Qualität nicht schon allein aufgrund der Qualitätsindikatoren eine eindeutige Auswahlentscheidung treffen können. Die Versorgungsqualität ergänzt aber die von den Planungsbehörden bereits genutzten Auswahlaspekte wie beispielsweise den regionalen Bedarf an bestimmten Leistungsangeboten, die Trägervielfalt, die Sicherung der Wirtschaftlichkeit der Versorgung und eigene, regionale Qualitätsanforderungen nach § 6 Abs. 1a KHG. Die Entscheidung, ob die Indikatoren für die krankenhausplanerische Auswahl herangezogen werden oder nicht, obliegt den Landesbehörden (siehe hierzu § 8 Abs. 2 KHG). Durch möglicherweise unterschiedliche Zielsetzungen der Bundesländer sind auch unterschiedliche Planungsmaßstäbe bzw. die Verwendung unterschiedlicher Indikatoren zur Auswahl von Standorten gerechtfertigt.

Das IQTIG bleibt im Abschlussbericht dabei, dass auch Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren bei Auswahlentscheidungen der Landesplanungsbehörde herangezogen werden können. Eine rechtliche Bewertung nimmt das IQTIG an dieser Stelle nicht vor. Die Entscheidung, ob die Ergebnisse der Prozess- und Ergebnisqualitätsindikatoren von den Landesplanungsbehörden künftig herangezogen werden oder nicht, obliegt diesen. Gegebenenfalls kann es in der Tat vorkommen, dass bei Auswahlentscheidungen für einen Teil der Krankenhäuser Ergebnisse aus der laufenden Versorgung vorliegen, von anderen hingegen nicht. Dies widerspricht nicht den Ausführungen des Gesetzgebers in § 8 Abs. 2 KHG. Das IQTIG stimmt der stellungnehmenden Organisation zu, dass die Beauftragung allein von Qualitätsindikatoren für die krankenhausplanerische Auswahl wenig sinnvoll ist, weil die Ziele und Planungsschwerpunkte der Krankenhausplanung heterogen sind. Wird die Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Auswahl zusammen mit der Entwicklung für andere Planungszwecke beauftragt, könnte dies später zu einer verbesserten Akzeptanz des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* führen.

Das IQTIG hat im Abschnitt 8.1 des Abschlussberichts durch eine Umformulierung und andere Aufgliederung des Abschnitts zur Intervention deutlicher formuliert, dass für den Planungszweck der Intervention sowohl Qualitätsindikatoren mit Bezug zur Patientensicherheit alleine als auch Qualitätsindikatoren

mit Bezug zu anderen Dimensionen, sofern sie sich auf ein Leistungsbündel oder ganze Fach- bzw. Teilgebiete beziehen, geeignet sind. Patientenerfahrungen, die über die Datenquelle Patientenbefragungen erhoben werden, sind derzeit nicht geeignet, eine potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit anzuzeigen und werden daher für den Planungszweck der Intervention nicht als ausreichend rechtssicher erachtet (siehe Kapitel 6).

Das IQTIG stimmt der stellungnehmenden Organisation zu, dass Mindestanforderungen, die für Zulassungsentscheidungen herangezogen werden (Strukturanforderungen), auch von Krankenhäusern im laufenden Betrieb erfüllt werden müssen. Die Nichteinhaltung einer Mindestanforderung, insbesondere mit Bezug zu einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit, muss zu einer krankenhauplanerischen Intervention führen.

4 Versorgungsbereiche

Bezüglich der „Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen“ wurde von einer Institution angemerkt, diese gingen zwar über den G-BA-Auftrag hinaus, seien jedoch grundsätzlich eine sinnvolle Ergänzung (BÄK: 4). Die epidemiologische und gesellschaftspolitische Ableitung der Kriterien sei nachvollziehbar (DKG: 13; BÄK: 5), insbesondere die Ermittlung von epidemiologisch relevanten Diagnosen sowie Operationen und der Anzahl von Fachabteilungen seien zielgerichtet und konsequent (DKG: 13). Von mehreren Stellungnehmenden wurde angemerkt, es sei jedoch unklar, wie die Kriterien im Einzelnen angewendet werden sollten oder was deren praktische Relevanz sei, sie blieben auf einer übergeordneten Ebene und zu abstrakt, ein Themenbeispiel sei wünschenswert gewesen (GKV-SV: 3, 11; BÄK: 5, 15 f., DKG: 13). Hinsichtlich des Kriteriums „besonderer Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung“ wurden mehrere Anmerkungen gemacht: Das DRG-System könne rascher auf Veränderungen reagieren, deshalb könnten auf aus Mengenanreizen durch Vergütung abgeleitete Versorgungsprobleme nicht mit langfristigen Steuerungsansätzen der Krankenhausplanung reagiert werden. Eine Ableitung aus gesellschafts- oder gesundheitspolitischen Maßgaben sei als medizinisch-wissenschaftliche Planungsgrundlage ungeeignet. Zudem bliebe unklar, welches aus Sicht der Bundesländer die besonders drängenden Themen bzw. Kriterien seien (BÄK: 5, 15 f.). Eine weitere Organisation merkte an, die Aufbereitung der länderspezifischen Qualitätsanforderungen (siehe Anhang B des Abschlussberichts, Tabelle 7) zeige die große Heterogenität und Vielfalt (AWMF: 2).

Eine Organisation stellte fest, es werde im Bericht unterstellt, dass die DRGs für Endoprothetik Fehlanreize böten zur Ausweitung des Versorgungsangebots. Jedoch hätten entsprechende OPS-Ziffern der Endoprothetik aufgrund der angeblichen Mengenanfälligkeit seit Jahren eine kontinuierliche Abwertung erfahren, hier solle nicht mehr von „cash cows“ ausgegangen werden (DGOU/DGOOC/DGU: 3 f.).

Da die Krankenhausplanung langfristig erfolgen müsse und das DRG-System sich aufgrund von Anpassungen durch das InEK kurzfristig ändern könne, wurde das Kriterium „besonderer Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung“ hinsichtlich der Fehlanreize durch das DRG-System von einer Organisation als ungeeignet angesehen (GQMG: 2).

Von einer Organisation wurde die im Bericht ausgeführte „Eignung nach Planungszwecken“ hinterfragt: Sie hielt den Ansatz des IQTIG für erklärungsbedürftig, dass ganze Versorgungsbereiche und damit die Krankenversorgung durch die Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätssicherung strukturiert würden, und hält eine Abwägung der Grundsätze von Versorgungsqualität gegenüber denen der Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit für notwendig (DKG: 9). Zugleich sah sie einen logischen „Zirkelschluss“: Zuvor nicht existierende Versorgungsbereiche würden erst durch die notwendige Definition eines Bezugs zu einer Krankenhaus-einheit im Rahmen der Qualitätssicherung als solche konstituiert, um dann den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zugänglich gemacht zu werden (DKG:

12). Aus ihrer Sicht könnten Versorgungsbereiche nicht nach dem Handlungsbedarf der Krankenhausplanung ausgewählt werden, da Kapazitätsausweitungen oder -einschränkungen prospektiv nicht einschätzbar und die Bundesländer in ihren demografischen und Sozialstrukturen zu unterschiedlich seien (DKG: 15 f.).

Eine stellungnehmende Organisation bezeichnete die krankenhauplanerische Intervention als Eskalationsstufe bei nicht ausreichender Wirksamkeit der externen Qualitätssicherung als sachgerecht. Interferenzen mit der geplanten Richtlinie zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen gem. § 137 Abs. 1 SGB V seien allerdings zu prüfen (GKV-SV: 9 f.). In diesem Zusammenhang merkte eine andere Organisation an, die Richtlinie zur Durchsetzung und Kontrolle der Qualitätsanforderungen gem. § 137 Abs. 1 SGB V sei nicht als „Steuerungsinstrument“ konzipiert, in dieser würden vielmehr in grundsätzlicher Weise die Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen für die Durchsetzung der G-BA-Richtlinien geregelt (BÄK: 4).

Einige Organisationen gaben Hinweise auf geeignete Versorgungsbereiche: So seien Querschnittsbereiche, wie z. B. Hygiene, geeignet, in vorhandene Bereiche steuernd einzugreifen. Zugleich werden konkrete Indikatoren für die Beurteilung der Versorgungsqualität im laufenden Betrieb genannt und eine weitergehende Kategorisierung hinsichtlich akuter und chronischer Krankheiten angeregt, für die dann jeweils eigene Indikatoren zu definieren wären. Indikatoren seien etwa bei akuten Erkrankungen Erfolg/Misserfolg, Komplikationen und Mortalität, aber auch Aufnahme-/Entlassmanagement, Ernährung und Schmerztherapie sowie als Querschnittsparameter nosokomiale Infektionen. Bei chronischen Erkrankungen wie rheumatischen und Krebserkrankungen, Arthrosen und psychische Erkrankungen, aber auch bei palliativer Versorgung seien sektorenübergreifende Analysen und Indikatoren notwendig. In mehreren Stellungnahmen wird vorgeschlagen, die Teilnahme von Krankenhäusern an bundesweiten Surveillance-Systemen zur kontinuierlichen Beobachtung des Infektionsgeschehens und des Antibiotikaverbrauchs als Indikator für Strukturqualität einzuführen (RKI: 1 f., DGHM: 1). Eine andere Organisation hielt es für dringend erforderlich, auch Qualitätsindikatoren zu entwickeln, die die Pflegequalität abbilden (DPR: 2). Eine Organisation schlug das Vorliegen und den Umfang einer Weiterbildungsbefugnis als strukturbezogenen planungsrelevanten Qualitätsindikator vor (BÄK: 17).

Eine stellungnahmeberechtigte Organisation gab einerseits an, dass es im Rahmen der Qualitätskontrolle und -steuerung sinnvoll sei, vor allem Outcome-Parameter heranzuziehen. Die Systeme würden sich dann in Bezug auf die Ergebnisqualität selber optimieren, so dass vonseiten staatlicher Stellen nicht eingegriffen werden müsse (DGIM: 2 f.). Auf der anderen Seite warf eine andere Organisation die Frage auf, ob ein Betrachten allein der Ergebnisqualität immer patientenrelevant sei, oder ob nicht vielmehr auch Prozessindikatoren zur Diagnostik und zur Indikationsqualität aufgegriffen werden sollten (DGAV: 1). Aus Sicht einer anderen Organisation sei es für die Krankenhausplanung ausreichend, auf Strukturkriterien und Prozesse abzuheben (DGIM: 2 f.).

IQTIG: Die Entwicklung von Kriterien zur Auswahl von Versorgungsbereichen war nicht Bestandteil des Auftrags des G-BA, insoweit geht der Bericht bereits

über den Umfang des Auftrags hinaus. Die vorgelegten Kriterien sollen den G-BA dabei unterstützen, einen Versorgungsbereich festzulegen, der prioritär mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren abgedeckt werden soll. Angesichts der im Auftrag bereits vorgegebenen Versorgungsbereiche Unfall- und Viszeralchirurgie konnten die erarbeiteten Kriterien zur Auswahl von neuen Versorgungsbereichen nicht zusätzlich auf denkbare Alternativen angewandt werden. In gleicher Weise konnte im Rahmen dieses Konzepts auch keine Entwicklung z. B. von Indikationsindikatoren oder Indikatorensets realisiert werden. Die Anwendung der vorgeschlagenen Kriterien obliegt dem G-BA. Ohne ein Ergebnis vorwegzunehmen hat das IQTIG bereits mehrere Beispiele zur Identifizierung von Versorgungsbereichen genannt. In den Fachgesprächen wurde durchaus geäußert, dass es Versorgungsbereiche gebe, in denen Qualitätsvorgaben besonders relevant seien, da vermehrt Anbieter den Markteintritt fordern – dies seien vor allem Versorgungsbereiche mit Mengenanreizen. Gesellschafts- und gesundheitspolitische Ziele sollten dabei nicht als Planungsgrundlage dienen, vielmehr können sie Hinweise geben, in welchen Versorgungsbereichen die Krankenhausplanungsbehörden Qualitätsdefizite adressieren könnten. Eine umfassende Darstellung der krankenhauserischen Anforderungen der Bundesländer war jedoch im Rahmen dieses Auftrags nicht vorgesehen. Hierfür wäre eine Vollerhebung bei den Bundesländern mit Abfrage z. B. hinsichtlich Versorgungsbereichen, Indikatorarten und Bezugsgrößen (Leistungen, Leistungsbereich, Leistungsbündel, Fachgebiet) erforderlich.

Das IQTIG stimmt zu, dass die Anwendung der Kriterien sachgerecht unter Einbeziehung aller spezifischen Aspekte (Dynamik des DRG-Systems, Organisationsstrukturen etc.) erfolgen muss. Der Begriff „cash cows“ in Bezug auf Fehlanreize wurde aus den Fachgesprächen zitiert und impliziert keinesfalls eine qualitative Aussage zu den erwähnten Bereichen; auch wird durch die explorative Anwendung der Kriterien keine Vorfestlegung auf konkrete Versorgungsbereiche getroffen. Trotzdem wurde er jetzt aus dem Abschlussbericht aus Abschnitt 2.3 entfernt.

Bei der Auswahl von Versorgungsbereichen kann der „besondere Steuerungsbedarf für die Krankenhausplanung“ nur eines von mehreren Auswahlkriterien sein. Allerdings wäre es eine Ressourcenverschwendung, wenn Indikatoren für Versorgungsbereiche entwickelt würden, für die auf Landesebene kein Steuerungsbedarf besteht.

Mit den vorgeschlagenen Kriterien können länderübergreifende Steuerungsziele identifiziert werden. Das IQTIG sieht die Qualitätsorientierung auch als Ergänzung der Kapazitätsplanung, die bereits jetzt eine prospektive Entwicklung des Versorgungsbedarfs berücksichtigt. Im vorliegenden Konzept geht es nicht darum, die Planungseinheiten der Krankenhausplanung „umzustrukturieren“, sondern ein Vorgehen vorzuschlagen, für bestehende Planungseinheiten oder Querschnittsbereiche Qualitätsanforderungen zu entwickeln und Kriterien vorzuschlagen, anhand derer geprüft werden kann, ob planungsrelevante Qualitätsindikatoren für einen bestimmten Versorgungsbereich ein sinnvolles Instrument der Qualitätssteuerung sein können.

Das IQTIG bedankt sich für die Hinweise auf weitere mögliche planungsrelevante Qualitätsindikatoren und wird diese im Rahmen zukünftiger Entwicklungen miteinbeziehen. Beispielhaft fanden in Abschnitt 6.4 einige der genannten Indikatoren Eingang in den Abschlussbericht. Das IQTIG ist der Auffassung, dass – mit Ausnahme der Indikatoren mit einem Bezug zu einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit – kein Indikatortyp alleine ein umfassendes Bild der Qualität einer Leistung oder eines Leistungsbereichs abbilden kann. Vielmehr schlägt es vor, für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung ein Indikatorenset zu entwickeln, das sowohl Struktur- als auch Prozess- und Ergebnisqualität beinhaltet.

5 Grundleistungsbereiche

Grundsätzlich wurde von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen lobend erwähnt, der Auftragsteil zur Entwicklung von Grundleistungsbereichen erscheine gut gelöst, die Bestimmung von Grundleistungsbereichen anhand empirisch erhobener Versorgungsdaten und der Bezug auf die (Muster-)Weiterbildungsordnung enthalte eine klar beschriebenen Systematik, die die Ausarbeitung am Beispiel der Unfall- und Viszeralchirurgie überzeugend und zielführend erscheinen lasse (GKV-SV: 3, 11; DKG: 7, 13 f.). Zudem wurde positiv hervorgehoben, dass das Zusammenfassen „typischer Leistungen einer Abteilung, um ein repräsentatives Bild zum Vergleich verschiedener Abteilungen zu ermöglichen, ein plausibler Ansatz“ sei, die Entwicklung konsequent und generalisierbar erscheine (DGK: 1, 13 f.).

In der Stellungnahme einer Organisation wurde darauf hingewiesen, dass es das Gebiet der Unfallchirurgie isoliert in der Form nicht gäbe (DGOU: 2), wohingegen eine weitere Organisation der Zusammenfassung nicht entnehmen konnte, weshalb die Unfall- und die Viszeralchirurgie exemplarisch herangezogen wurden, um Grundleistungsbereiche zu identifizieren (GQMG: 2).

Es wurde kritisch angemerkt, dass mit dem vorgeschlagenen Konzept überwiegend in die allgemeine Versorgung eingegriffen werde. So werde statt speziellen Leistungen die Grundversorgung in den Fokus genommen (DGVS: 8). Laut einer Stellungnahme sollten hingegen Leistungen mit hohem Risiko betrachtet werden, da hier den Krankenhäusern die höchste Qualität abverlangt werde (DGVS: 8).

In einer Stellungnahme wurde darauf hingewiesen, dass einzelne spezifische Leistungsbündel auch typische Leistungen eines anderen Fachgebiets enthalten und sichergestellt werden müsse, dass die ermittelten Zahlen für die entsprechend zugeordneten OPS-Codes keine Fachabteilungen anderer Gebiete enthalten (DGHNO: 2; AWMF: 3). Auch in weiteren Stellungnahmen wurde darauf hingewiesen, dass Überschneidungen der Grundleistungen mit anderen Fachgebieten möglichst gering ausfallen sollten (DGOU: 4; GQMG: 2).

Ferner wurde kritisch angemerkt, dass bei der Erstellung der strukturierten Qualitätsberichte, die als Datengrundlage für die Identifikation der Grundleistungsbereiche diene, die ermittelten Grundleistungsbereiche potenziell durch eine Fehlzuordnung konsiliarischer Eingriffe zum Teil verfälscht würden (DGHNO: 2). Eine Organisation stellt fest, dass es für zukünftige Analysen zu diskutieren sei, Belegabteilungen gesondert von Hauptabteilungen zu betrachten (DGHNO: 1).

In einer Stellungnahme wurde eine Frage zur methodischen Herangehensweise bezüglich der Analyse der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser gestellt, die die Berechnung der Zahl an Eingriffen pro OPS-Kode betraf, die über eine Mindestfallzahlregel von mindestens vier Fällen geschützt werden. Es wurde hinterfragt, weswegen nicht mit zwei Fällen anstatt der Untergrenze von einem Fall gerechnet wurde (DNVF: 3). Zudem wurde hinterfragt, weswegen bei der Aufnahme eines OPS-Kodes aus den spezifischen Leistungsbündeln in die jeweiligen

Grundleistungsbereiche ein Schwellenwert von 75 % gesetzt wurde und ob dieser Schwellenwert auch einer Sensitivitätsanalyse standhalte (DNVF: 3).

Weiterhin wurde in mehreren Stellungnahmen kritisch angemerkt, dass die beschriebene Methodik zur Bildung von Grundleistungsbereichen hauptsächlich für Fachgebiete nutzbar sei, deren Leistungen sich zum überwiegenden Teil über OPS-Kodes abbilden lassen, also operative oder semioperative Fachgebiete (AWMF: 3; DGK: 2; DKG: 13 f.; DNVF: 3; QMG: 2). Folglich wurde in mehreren Stellungnahmen um die Darstellung eines methodischen Vorgehens zur Bildung von Grundleistungsbereichen bei konservativen Fachrichtungen (DKG: 7; GKV-SV: 11 f.) gebeten.

Ein weiterer Kritikpunkt an der methodischen Herangehensweise zur Identifizierung von Grundleistungsbereichen auf Grundlage von fachgebietspezifischen OPS-Kodes war die fehlende Abbildbarkeit von interdisziplinären Zentren (QMG: 2). Abteilungsübergreifende und sektorenübergreifende Qualitätsaspekte gerieten laut einer weiteren Stellungnahme in den Hintergrund (AWMF: 3). Es wurde diesbezüglich von einer Organisation die Frage nach einem Konzept gestellt, bei dem beispielsweise die „hochrelevanten Versorgungsbereiche ‚chronisch Kranke‘, ‚Multimorbide‘ oder ‚sektorenübergreifende Versorgung‘ in den Fokus“ gestellt würden (DNVF: 3).

Von einer Organisation wurde kritisch angemerkt, dass bei der Identifikation von Grundleistungsbereichen z. B. pflegerische Maßnahmen, Arzneimittelsicherheit, Hygiene und Prophylaxe unberücksichtigt blieben (DKG: 7).

Der eingeführte Begriff „Leistungsbündel“ wurde in zwei Stellungnahmen als „unglücklich gewählt“ angesehen, um eine Anforderung aus dem OP-Katalog zur Facharztweiterbildung zu beschreiben (BÄK: 7; DKG: 7).

IQTIG: Auftragsgegenstand 2d beinhaltet die Frage, ob und wie „Grundleistungsbereiche der stationären Patientenversorgung identifiziert werden können, auf die planungsrelevante Qualitätsindikatoren angewandt werden können“. Diese Grundleistungsbereiche sollten auftragsgemäß exemplarisch für die Fachgebiete der Viszeral- und Unfallchirurgie dargestellt werden. Nach Begründung zum KHS (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015) sollten hierbei „[...] 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“. Somit wurde im Hinblick auf die Identifikation eines Grundleistungsbereichs für das Fachgebiet Unfallchirurgie versucht, durch Gegenüberstellung der Logbücher für die Facharztweiterbildung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ sowie die Zusatz-Weiterbildungen „Spezielle Unfallchirurgie“ und „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ die operativen Eingriffe zu extrahieren, die schwerpunktmäßig der Unfallchirurgie zugeordnet werden konnten. Als Limitation muss hierbei angesehen werden, dass keine reine Facharztweiterbildung Unfallchirurgie existiert, sondern nur eine Facharztweiterbildung „Orthopädie und Unfallchirurgie“, auch wenn auftragsgemäß die reine Betrachtung des Fachgebiets Unfallchirurgie gefordert wurde.

Da nach Begründung zum KHSG (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015) innerhalb eines Fachgebiets Grundleistungsbereiche benannt werden sollten, die „[...] das typische Leistungsspektrum“ abbilden, wurden operative Eingriffe, die dem hochkomplexen Leistungsbündel „Spezielle Viszeralchirurgie“ zugeordnet wurden, nicht weiter in Betracht gezogen. Diese werden eher an Krankenhäusern der Schwerpunktversorgung erbracht und stellen somit nach Einschätzung des IQTIG keine typischen Leistungen dar, die sich zur Bildung eines Grundleistungsbereichs für das Fachgebiet Viszeralchirurgie eignen, der auf alle Fachabteilungen angewandt werden kann.

Hinsichtlich des spezifischen Leistungsbündels, das auch typische Leistungen eines anderen Fachgebiets enthält, muss festgehalten werden, dass lediglich einige wenige der angemerkten operativen Eingriffe auch in den Logbüchern zur Facharztweiterbildung der betreffenden Fachgebiete enthalten sind.

Die empirische Prüfung der auf Grundlage der Weiterbildungsordnung gebildeten Leistungsbündel samt der dazugehörigen OPS-Kodes erfolgte basierend auf der Auswertung der strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V aller deutschen Krankenhäuser des Jahres 2016. Die Zahl an Eingriffen (OPS-Kodes) wurde auf Standorte mit einer zuvor definierten Liste an Fachabteilungsschlüsseln (Schlüssel 6 der Anlage 2 der Vereinbarung nach § 301 SGB V) beschränkt. Bei der Erstellung dieser Liste wurde den Fachgebieten Allgemeine Chirurgie, Viszeralchirurgie und Unfallchirurgie entsprechende Fachabteilungsschlüssel inhaltlich zugeordnet. Zuordnungen aus anderen Fachgebieten wurden somit theoretisch ausgeschlossen, sind aber bei fehlerhafter Zuordnung durch die einzelnen Standorte durchaus denkbar und dadurch gegebenenfalls als Limitation anzusehen.

In den Regelungen des G-BA gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, Anlage 1 B-[X]. 7 „Durchgeführte Prozeduren nach OPS“ mit Stand vom 5. September 2018 wird festgelegt, dass die „Häufigkeit einer OPS-Ziffer in einer Fachabteilung“ sich daraus ergibt, „[...] wie oft die entsprechende Prozedur von der Fachabteilung im Berichtsjahr erbracht wurde. Die OPS-Zählung erfolgt demnach immer bei der Fachabteilung, die die Leistung erbracht hat. Dieses Verfahren dient dazu, das tatsächliche Leistungsgeschehen der Fachabteilung möglichst realistisch abzubilden.“¹ Auf Grundlage dieser Regelung dürfte keine Fehlzuordnung konsiliarischer Eingriffe mit konsekutiver Verfälschung der ermittelten Grundleistungsbereiche erfolgt sein.

Für die Kategorisierung der Eingriffe pro OPS-Kode wurden Fachabteilungen danach geordnet, ob sie diese Leistungen überhaupt erbringen. Daher erfolgte bei Fallzahlen, die dem Datenschutz unterliegen, die Berechnung nicht mit zwei Fällen, sondern mit der Untergrenze von einem Fall pro Jahr.

¹ 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 22. November 2018, in Kraft getreten am 30. November 2018. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/> (abgerufen am: 18.12.2018).

Die Aufnahme eines OPS-Kodes aus den spezifischen Leistungsbündeln in die jeweiligen Grundleistungsbereiche erfolgte, sofern mindestens drei Viertel der Krankenhausstandorte (75,0 %) diesen OPS-Kode mindestens einmal erbracht haben. Der Schwellenwert wurde so gesetzt, dass zum einen die Abbildung des typischen Leistungsspektrums von Abteilungen der Fachgebiete Viszeral- und Unfallchirurgie ermöglicht wurde. Zum anderen sollte auch ein möglichst hohes Maß an Repräsentativität der Leistung gewährleistet sein. Bei einem gesetzten Schwellenwert von 100,0 % wären die von allen Krankenhäusern erbrachten Eingriffe, weniger die fachgebietstypischen Eingriffe erfasst worden. Ein Schwellenwert von 50,0 % hingegen erschien nicht ausreichend repräsentativ, da unter „typisch“ mehr als „mehrheitlich“ verstanden wurde. Die Setzung des Schwellenwertes fiel daher auf die Mitte dieses Intervalls bei 75,0 %.

Die methodische Herangehensweise zur Identifizierung von Grundleistungsbereichen wurde auftragsgemäß mit Fokus auf die Fachgebiete Viszeral- und Unfallchirurgie entwickelt und ist somit auch auf Fachgebiete übertragbar, deren Abbildbarkeit hauptsächlich über OPS-Kodes erfolgt. Eine Übertragung des vorgeschlagenen Vorgehens auf rein konservative Fachgebiete ließe sich durch das Heranziehen von ICD-Kodes realisieren, wobei hier große Limitationen in der Definition von Haupt- und Nebendiagnosen liegen. Die Abbildbarkeit von interdisziplinären Zentren war nicht Teil des Auftrags und müsste somit separat in einer Erweiterung des Konzepts adressiert werden. Denkbar wäre in diesem Zusammenhang, dass alle das Zentrum ausmachenden Fachgebiete, die sich über OPS-Kodes (und/oder ICD-Kodes) abbilden ließen, zu einem interdisziplinären Grundleistungsbereich zusammengeführt würden. Auch der sektorübergreifende Aspekt wurde in unserem Auftrag nicht adressiert, da er für den Zweck der Krankenhausplanung nicht relevant ist.

Die vorgeschlagene methodische Herangehensweise zur Bildung von Leistungsbündeln basiert auftragsgemäß auf den jeweiligen ärztlichen Weiterbildungsordnungen. Die betrachteten operativen Eingriffe können allerdings nur in einem Zusammenspiel der verschiedenen medizinischen Professionen erbracht werden. Da der Fokus auf dem rein inhaltlichen Zusammenstellen der Grundleistungsbereiche lag, wurde diese Tatsache im Bericht nicht explizit erwähnt.

Auf Grundlage der ärztlichen Weiterbildungsordnung für die jeweiligen Fachgebiete wurden typische operative Eingriffe extrahiert und zu Leistungsbündeln zusammengefasst, die dann basierend auf den Daten der strukturierten Qualitätsberichte gemäß § 136b Abs. 1 Nr. 3 SGB V aller deutschen Krankenhäuser des Jahres 2016 einer empirischen Prüfung unterzogen wurden. Ziel war die Identifikation des jeweiligen „Grundleistungsbereichs“ für die entsprechenden Fachgebiete. Der Begriff stellt somit eine den Grundleistungsbereichen untergeordnete, inhaltlich zusammengehörige Einheit dar, auf der die Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren aufbauen kann. Teile mehrerer Leistungsbündel repräsentieren dann einen Grundleistungsbereich. Damit erst wird die leistungsbezogene Qualitätssicherung der Patientenversorgung mit dem eher strukturellen Begriff des Grundleistungsbereichs verbunden.

6 Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden die Darlegungen zur Entwicklung von Qualitätsmodellen hinterfragt. Diesbezüglich wurde von einer Organisation kritisiert, dass durch ein einziges Qualitätsmodell mit Qualitätsaspekten sowohl zur Qualitätsförderung als auch zur krankenhauserischen Intervention, Neuzulassung und Auswahl eine Vermischung der Anwendungszwecke entstehe, wodurch das Risiko bestünde, dass die bereits bekannten Limitationen der aktuell eingesetzten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auch zukünftig weitergeführt würden (QMG: 2). Die unscharfe Abgrenzung zwischen Qualitätsförderung und interventioneller Planung suggeriere zudem, dass das Instrument der Qualitätsförderung über Sanktionen und somit erst bei kritischer Qualität bzw. Unterschreitung von Mindeststandards greifen könne (QMG: 3). Für die Planungszwecke Zulassung und Auswahl wären daher eigene Qualitätsmodelle sinnvoller, da hierfür vor allem (Mindest-)Standards und Definitionen guter Qualität herangezogen werden müssten. Ansätze zur Qualitätsförderung würden sich hier eher aus dem Monitoring nach erfolgter Zulassung bzw. Auswahl ergeben und entsprechende Förderungsansätze nur Teilaspekte des gesamten Leistungsportfolios des Krankenhauses betreffen (QMG: 3).

Eine weitere Organisation wies darauf hin, dass grundsätzlich allein auf Basis des Qualitätsmodells noch nicht zwischen dem Zweck Krankenhausplanung und Qualitätsförderung unterschieden werden könne. Erst durch die Operationalisierung des Modells über Qualitätsindikatoren sowie nach Abschätzung der möglichen Rechtsfolgen bei Nichteinhaltung dieser Indikatoren könne eine solche Unterscheidung vorgenommen werden und die Qualitätsindikatoren einem Planungszweck zugeordnet werden. Ein Ausschluss schon auf Ebene der Qualitätsaspekte würde an dieser Stelle die Ausgewogenheit des Indikatorensets aufheben und die Bildung von Indizes auf Basis mehrerer Qualitätsaspekte oder -merkmale sei nicht mehr möglich (DKG: 14 f.). Es sollten nur Qualitätsindikatoren für den Verfahrenszweck Krankenhausplanung verwendet werden, deren metrische und intrinsische Eigenschaften sich als geeignet erweisen. Demnach könne die Selektion von Qualitätsaspekten bzw. -indikatoren für krankenhauserische Entscheidungen regelhaft nicht im Entwicklungsprozess stattfinden (DKG: 16). Eine andere Organisation führte in diesem Zusammenhang an, dass es reine Qualitätsförderungsverfahren in Zukunft nicht mehr geben werde, weil die Richtlinie nach § 137 Abs. 1 SGB V immer auch regulierende Maßnahmen vorsähe, weshalb eine Unterscheidung zwischen qualitätsfördernden und regulierenden Verfahren unnötig sei (BÄK: 8). Des Weiteren sei eine gleichzeitige bzw. „integrierte“ Beauftragung von zwei unterschiedlichen Verfahren zu einem Thema (Qualitätsindikatoren zur Qualitätsförderung und planungsrelevante Qualitätsindikatoren) wenig sinnvoll, weil hierfür dann zwei eigenständige Daten- und Verfahrenswege sowie entsprechende Zuständigkeiten und Fristen etabliert werden müssten. Diese Vorgehensweise berge das Risiko, dass die Effekte beider Verfahren kaum noch auseingehalten werden könnten (BÄK: 8).

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden die aufgezeigten Kriterien zur Eignung von Qualitätsaspekten zur Krankenhausplanung sowie die Ausführungen zum methodischen Vorgehen der Indikatorentwicklung bemängelt. Von zwei Organisationen wurde diesbezüglich kritisiert, dass die Darstellung der Auswahl- und Entscheidungskriterien an vielen Stellen ausschließlich die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG rekapitulierten und die Darstellungen zum Entwicklungsprozess insgesamt zu unkonkret seien (GKV-SV: 12; DNVF: 3). Die Ausführungen stellten eher allgemeine Überlegungen zur grundsätzlichen Eignung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren dar, die für den Abschlussbericht unbedingt zu konkretisieren seien (GKV-SV: 12). Unter anderem werde z. B. die Notwendigkeit der Entwicklung von Bewertungsalgorithmen bei der Nutzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren benannt, diese Algorithmen würden aber nicht weiter operationalisiert (DNVF: 3). Es sei nicht klar, wie die Qualität eines Leistungsbündels oder Grundleistungsbereichs z. B. der Viszeral- oder Unfallchirurgie gemessen und bewertet werden solle (DKG: 21 f.). Darüber hinaus sei z. B. nicht konkret ersichtlich, nach welcher Methodik planungsrelevante Qualitätsindikatoren z. B. für einen Versorgungsbereich für den Planungszweck Auswahl oder Zulassung entwickelt werden könnte (GKV-SV: 13). Bezogen auf das Eignungskriterium „dringlicher Verbesserungsbedarf“ für die krankenhauplanerische Intervention sei ein Spannungsfeld zwischen dem Vorliegen eines dringlichen Verbesserungsbedarfs und dem mehrjährigen Vorlauf bis zum Einsatz der entsprechenden planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aufgezeigt worden. Zudem sei im Bericht darauf hingewiesen worden, dass die Themenerschließung z. B. für einen gesamten Grundleistungsbereich aufgrund einer höheren Komplexität eines solchen Themenbereichs aufwendiger und umfangreicher sein könne, weshalb davon ausgegangen werden könne, dass die Entwicklung und Implementierung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren hierfür nicht wesentlich beschleunigt werden könne. Das IQTIG solle im Abschlussbericht entsprechende alternative Instrumente darstellen, die kurzfristiger oder ggf. auch zur „Überbrückung“ eingesetzt werden könnten. So könnten z. B. auch bereits vorhandene und primär für einen anderen Verfahrenszweck entwickelte Qualitätsindikatoren nach entsprechender methodischer Prüfung kurzfristig für die krankenhauplanerische Intervention eingesetzt werden (GKV-SV: 6). Dementsprechend wurde von einer anderen Organisation darauf hingewiesen, dass es in den vom G-BA festgelegten Leistungsbereichen der externen Qualitätssicherung noch weitere, interessante Leistungsbereiche bzw. Indikatoren gäbe, die im Hinblick auf ihre Eignung für den Zweck der Krankenhausplanung geprüft werden bzw. auch neue planungsrelevante Qualitätsindikatoren entwickelt werden könnten (DGIM: 1 f.).

Des Weiteren wurde in verschiedenen Stellungnahmen kritisch angemerkt, dass keine konkreten Qualitätsaspekte oder -merkmale als Grundlage für planungsrelevante Qualitätsindikatoren benannt werden (DKG: 5; DPR: 2). So beanstandete eine Organisation, dass die Ausarbeitung möglicher Qualitätsaspekte im Abstrakten verbleibe (DKG: 5, 14 f.; DPR: 2). Darüber hinaus wurde von einer Organisation bemängelt, dass der Beitrag der Pflege, als Teil der Versorgungsqualität durch interdisziplinäre Zusammenarbeit, in den Strukturindikatoren und im Bericht fehle (DPR: 1).

In zwei Stellungnahmen wurde die Diskussion der im Rahmen einer Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zur Verfügung stehenden Datenquellen hinterfragt. Die Begründung, dass die Befragung von Patientinnen und Patienten im Rahmen des Verfahrenszwecks Krankenhausplanung nur zur Erfassung „guter“ Qualität, jedoch nicht zur Erfassung „unzureichender“ Qualität geeignet sei, sei nicht nachvollziehbar, da es sich in beiden Fällen um eine Steuerung der Versorgung handle (GKV-SV: 12). Darüber hinaus wurde von einer stellungnahmeberechtigten Organisation darauf verwiesen, dass es derzeit noch keine Erfahrungen mit Qualitätsindikatoren auf Basis von Patientenbefragungen gäbe. In diesem Kontext hätte auf die Erfahrungen und Ergebnisse der QS-Reha verwiesen werden können, in der seit vielen Jahren eine Befragung von Rehabilitanden durchgeführt werde (BÄK: 8 f.). Von zwei weiteren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde im Hinblick auf nutzbare Datenquellen angemerkt, dass im Bericht darauf eingegangen werde solle, wie im Rahmen der Qualitätssicherung auf schon vorhandene Daten von Kostenträgern (DRG-, OPS-Erfassung) zurückgegriffen werde und welche gesetzlichen Beschränkungen es dabei gäbe (DGIM: 4). Zudem müsse bzgl. der dargestellten Datenquellen darauf verwiesen werden, dass die für die Qualitätssicherung erhobenen Daten die Qualität der zugrunde liegenden Leistung sachgerecht wiedergeben müssten. Dabei sei jedoch darauf hinzuweisen, dass die genutzten Daten zum Teil keiner Kontrolle unterlägen (DGOU: 4).

Zudem wurde in einer Stellungnahme zugestimmt, dass es wichtig sei, im Rahmen der Indikatoreneentwicklung nach Qualitätsinitiativen wie z. B. Zertifizierungsverfahren zu recherchieren. Wünschenswert wäre es an dieser Stelle ein Überblick über die einschlägigen Zertifizierungsverfahren im Krankenhausbereich in Deutschland gewesen, um darzustellen, in welchen Bereichen der Versorgung bereits nutzbare Vorarbeiten vorliegen (BÄK: 8 f.).

Zudem wurde bezüglich der empirischen Phase der Indikatorenentwicklung und Überführung der entwickelten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren in den Regelbetrieb kritisiert, dass die neu entwickelten Indikatoren grundsätzlich zuerst unter den Bedingungen der Qualitätsförderung in den Regelbetrieb eingeführt werden sollen, und erst nach der Prüfung und Auswahl zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden würden. Dies suggeriere, dass die Qualitätsindikatoren beliebig austauschbar wären und widerspreche den vorausgehenden Ausführungen, dass, abhängig von der Beauftragung, entweder ein Qualitätsmodell ausschließlich zum Zweck der Krankenhausplanung oder sowohl zum Zweck der Krankenhausplanung als auch der Qualitätsförderung entwickelt werde. Qualitätsindikatoren sollten jedoch nur für den Zweck eingesetzt werden, für den sie primär entwickelt wurden (BÄK: 9). Eine Machbarkeitsprüfung vor Umsetzung der Qualitätsindikatoren in den Regelbetrieb wurde grundsätzlich befürwortet (BÄK: 9). Für die neu entwickelten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren solle eine ausreichend lange Erprobungsphase vorgesehen werden. Dies gelte vor allem für mögliche Indikatoren zur Strukturqualität (StMGP Bayern: 2).

IQTIG: Der erste Schritt in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren nach den Methoden des IQTIG ist die Erarbeitung des Qualitätsmodells (IQTIG 2018).

Das Qualitätsmodell fasst dabei grundsätzlich die Qualitätsaspekte zusammen, die einen Bezug zu einem patientenrelevanten Outcome haben, durch die betreffenden Leistungserbringer beeinflussbar sowie durch die Instrumente der Qualitätssicherung grundsätzlich erfassbar sind. Darüber hinaus werden die patientenrelevanten Qualitätsaspekte der Versorgung je nach Verfahrens- bzw. Planungszweck anhand von weiteren Eignungskriterien geprüft, bevor sie endgültig für das Qualitätsmodell selektiert werden. Daher sollte auch bereits bei der Beauftragung klar festgelegt werden, welchen Verfahrens- bzw. Planungszwecke(n) das Qualitätsmodell dienen soll (es können mehrere Zwecke genannt werden). Somit wird eine Anschlussfähigkeit aller beauftragten Verfahrens- und Planungszwecke an das Qualitätsmodell ermöglicht. Es spricht somit nichts gegen eine „integrierte“ Beauftragung zur Erarbeitung eines Qualitätsmodells für mehrere Verfahrens- bzw. Planungszwecke, diese sollten aber vom G-BA vor Beginn der Entwicklung explizit im Auftrag benannt werden. Die Beauftragung der Entwicklung eines Qualitätsmodells, das ausschließlich für die Krankenhausplanung und nicht für den Verfahrenszweck Qualitätsförderung genutzt werden kann/soll, wird seitens des IQTIG als wenig sinnvoll erachtet. Qualitätsorientierte Krankenhausplanung schließt nach Auffassung des IQTIG immer auch das Ziel der Qualitätsförderung dort, wo Verbesserungsbedarf besteht, ein (Ziel einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung, § 1 Abs. 1 KHG). Das ergibt sich ohnehin bei den Qualitätsindikatoren, die sich auf die laufende Versorgung beziehen (Indikation, Prozess oder Ergebnis): sie können erst nach mindestens zwei Jahren Erprobung in der Qualitätsförderung für die Planungszwecke eingesetzt werden. Lediglich für die Planungszwecke Zulassung und Auswahl wäre eine alleinige Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (ohne Bezug zur Qualitätsförderung) vorstellbar.

Im Qualitätsmodell wird also jeder einzelne Qualitätsaspekt dahingehend gekennzeichnet, für welchen Verfahrenszweck und welchen Planungszweck er geeignet ist. So kann es z. B. Qualitätsaspekte geben, die sowohl für die Qualitätsförderung als auch für die Krankenhausplanung geeignet sind, aber auch Qualitätsaspekte, die ausschließlich für die Qualitätsförderung, krankenhauplanerische Intervention oder auch nur für Auswahl- oder Zulassungsentscheidungen geeignet sind. Dabei basiert diese Zuordnung im Qualitätsmodell auf einer ersten vorläufigen Einschätzung der Eignung für die bestimmten Verfahrens- bzw. Planungszwecke. Eine umfassende Bewertung der Eignung der Qualitätsindikatoren für einen bestimmten Verfahrens- bzw. Planungszweck kann erst auf Basis der fertig operationalisierten und in einer Machbarkeitsprüfung sowie in einer Erprobungsphase im Regelbetrieb empirisch getesteten Qualitätsindikatoren erfolgen.

Welche Maßnahmen anzuwenden sind, wenn Leistungserbringer Qualitätsanforderungen nicht einhalten, wird im Regelungsbereich des G-BA von diesem in der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie nach § 137 Abs. 1 SGB V (und darüber hinaus spezifisch in den entsprechenden themenspezifischen Bestimmungen oder Beschlüssen für ein QS-Verfahren) festgelegt. Hierbei könnte es sich um Maßnahmen zur Beratung und Unterstützung

oder auch sanktionierende Maßnahmen handeln. Demnach wird vom G-BA entschieden, ob innerhalb eines QS-Verfahrens sanktionierende Maßnahmen oder nur qualitätsfördernde Maßnahmen erfolgen können. Daher könnte es durch entsprechende Regelungen in den themenspezifischen Bestimmungen auch weiterhin reine QS-Verfahren zur Qualitätsförderung geben. Aus diesen Gründen bleibt das IQTIG bei seiner Differenzierung der Verfahrenszwecke auch im Qualitätsmodell. Über krankenhauplanerische Folgen der Qualitätsbewertung entscheiden stets die Landesplanungsbehörden im Rahmen der maßgeblichen Landes- und Bundesgesetze.

Eine Prüfung weiterer bereits bestehender Leistungsbereiche bzw. vorhandener Qualitätsindikatoren wird vom IQTIG nicht als aussichtsreich erachtet. Dies begründet sich zum einen daraus, dass alle bestehenden QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung bereits im sog. Schritt 1 zur Auswahl und Umsetzung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren aus der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für den Planungszweck Intervention geprüft wurden (IQTIG 2016). Zum anderen sind die Verfahren teilweise sektorenübergreifend angelegt, befinden sich in einer Phase der Neuausrichtung, beinhalten keine Strukturindikatoren (Zulassung) oder ermöglichen nicht die Abbildung „guter“ Qualität (Auswahl). Im Rahmen einer Beauftragung zur Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren könnten jedoch grundsätzlich auch planungsrelevante Qualitätsindikatoren für bereits in der externen Qualitätssicherung bestehende Versorgungsbereiche oder auch für gänzlich neue Versorgungsbereiche entwickelt werden (siehe Abschlussbericht, Kapitel 2).

Für die Entwicklung und Implementierung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren muss in der Tat ein mehrjähriger Verlauf eingeplant werden. Gleichzeitig wurde seitens des IQTIG das Kriterium des „dringlichen Verbesserungsbedarfs“ aufgestellt. Das IQTIG weist jedoch darauf hin, dass für die etwaigen Qualitätsaspekte bzw. Qualitätsindikatoren (für die krankenhauplanerische Intervention) im Rahmen der Indikatorenentwicklung zwar Hinweise für einen dringlichen Verbesserungsbedarf identifiziert werden. Dies bedeutet aber nicht, dass in diesen Bereichen „Gefahr im Verzug“ besteht, weshalb das IQTIG die notwendigen Entwicklungszeiträume bis zur Umsetzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht als problematisch erachtet. Zudem bezieht sich die Dringlichkeit des Verbesserungsbedarfs von Qualitätsaspekten bzw. -indikatoren vorwiegend nicht auf die zeitliche Komponente, sondern vor allem auf das Ausmaß des Verbesserungsbedarfs. Im Bereich der Qualitätsförderung werden Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell selektiert, wenn für diese aus den verschiedenen Informationsquellen (Literatur, Fokusgruppen etc.) Hinweise auf einen Verbesserungsbedarf für die Patientinnen und Patienten vorliegen. Für eine Eignung für den Planungszweck Intervention müssen für die Qualitätsaspekte dagegen Hinweise für einen erheblichen Verbesserungsbedarf vorliegen. Hierfür erfolgt, auf Basis der Informationen aus den verschiedenen Quellen, durch das IQTIG eine qualitative Bewertung und relative Abwägung des Verbesserungsbedarfs hinsichtlich der Anzahl

an betroffenen Patientinnen und Patienten und des Ausmaßes der Schädigungen/Folgen (Komplikationsrate, Morbidität, Mortalität). Zur Verdeutlichung des Hauptfokus bzgl. des Verbesserungsbedarfs erscheint daher die Bezeichnung „erheblicher Verbesserungsbedarf“ als treffender. Dementsprechend wurde der Abschlussbericht angepasst. Qualitätsaspekte für krankenhausplanerische Zulassungs- und Auswahlentscheidungen müssen sich dagegen nicht zwingend auf die kritischen Aspekte der Versorgung mit Hinweisen auf einen erheblichen Verbesserungsbedarf beziehen. Im Bereich von krankenhausplanerischen Auswahlentscheidungen können somit zusätzlich noch weitere der identifizierten patientenrelevanten Qualitätsaspekte der Versorgung mit in das Qualitätsmodell aufgenommen werden.

Auftragsgegenstand 2a des G-BA-Auftrags beinhaltet, dass in dem Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren dargelegt werden soll, welche Qualitätsaspekte sich grundsätzlich für die Krankenhausplanung eignen und wie entsprechende Qualitätsindikatoren entwickelt werden können. Dem Auftrag entsprechend hat das IQTIG verschiedene Kriterien herausgearbeitet, anhand derer die Qualitätsaspekte der Versorgung grundsätzlich hinsichtlich ihrer Eignung für die krankenhausplanerische Intervention, Zulassung oder Auswahl eingeschätzt werden können. Die Nennung von konkreten Qualitätsanforderungen und -aspekten für die Krankenhausplanung ist auf Ebene des Konzepts noch nicht möglich. Die Ableitung von konkreten patientenrelevanten Qualitätsaspekten kann erst im Rahmen des Entwicklungsprozesses für spezifische Leistungsbündel bzw. Leistungen auf methodischer und empirischer Basis erfolgen. Bei einer entsprechenden Konzeptstudie wird im Rahmen der Themenschließung die Analyse der jeweiligen Versorgungspraxis vorgenommen und daraus die konkreten patientenrelevanten Qualitätsaspekte der Versorgung abgeleitet. Hierbei wäre es grundsätzlich natürlich auch vorstellbar, dass z. B. auch Aspekte der Pflege berücksichtigt werden. Im Schritt der Selektion der Qualitätsaspekte für das Qualitätsmodell wird dann eine erste Einschätzung vorgenommen, für welchen Verfahrens- bzw. Planungszweck sich die Qualitätsaspekte eignen. Erst im Rahmen der Erarbeitung der Qualitätsmerkmale für ein Leistungsbündel bzw. eine Leistung wird dann herausgearbeitet, anhand welcher konkreten Anforderungen die Versorgungsqualität innerhalb dieser Bereiche gemessen werden kann. Ebenfalls kann die Operationalisierung des Bewertungsalgorithmus für Indikatorensets (Variante C) sowie dementsprechend die konkrete Bewertung der Ergebnisse erst auf Grundlage der für einen bestimmten Bereich spezifisch entwickelten und operationalisierten Qualitätsindikatoren erfolgen. Konkretere Aussagen hierzu sind daher im vorliegenden Konzept noch nicht möglich. Zur weiteren Erläuterung von Variante C wurde ein Beispiel im Abschlussbericht ergänzt (siehe Abschlussbericht, Abschnitt 5.5.2).

Bestandteil der o. g. Themenschließung im Rahmen der Verfahrensentwicklung ist immer die Recherche nach größeren regionalen bzw. überregionalen Qualitätsinitiativen (z. B. auch Zertifizierungsverfahren). Die Recherche hierfür sollte nach Auffassung des IQTIG jedoch jeweils themenspezifisch und nicht allgemein erfolgen. Eine themenunabhängige Darstellung aller einschlägigen

Zertifizierungsverfahren im Rahmen des vorliegenden Konzepts erachtet das IQTIG nicht für sinnvoll.

Im Hinblick auf die Einschätzung zur Eignung der generell für die Qualitätssicherung zur Verfügung stehenden Datenquellen für die Abbildung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bleibt das IQTIG bei seiner Einschätzung, dass Informationen aus einer Befragung von Patientinnen und Patienten zur Abbildung von Qualitätsindikatoren zur krankenhauplanerischen Intervention nicht als geeignet erscheinen. Es erscheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht empfehlenswert, an diese Daten aufsichtsrechtliche Entscheidungen oder krankenhauplanerische Interventionen zu knüpfen. Im Gegensatz dazu scheint einer Nutzung der Informationen aus Befragungen von Patientinnen und Patienten zur Abbildung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für Auswahlentscheidungen („gute“ Qualität) nach Einschätzung des IQTIG grundsätzlich nichts entgegenzustehen, da es bei Auswahlentscheidungen gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG generell den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden obliegt, zu entscheiden „welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird“. Dementsprechend können die Landesplanungsbehörden selbst entscheiden, ob die Indikatoren für den Planungszweck Auswahl ihren Zielen entsprechen. Grundsätzlich stimmt das IQTIG aber zu, dass es sinnvoll ist, bei einer zukünftigen Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren die Erfahrungen und Ergebnisse aus der Umsetzung der ersten Patientenbefragungen im Hinblick auf die Einschätzung zur Eignung dieser Datenquellen zu berücksichtigen.

Bezüglich der Eignung von Abrechnungsdaten zur Abbildung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren weist das IQTIG darauf hin, dass die gesetzliche Qualitätssicherung bereits in verschiedenen QS-Verfahren auf Daten von Kostenträgern (sog. Sozialdaten bei den Krankenkassen) zurückgreift. Die Beschränkungen von deren Nutzung für die Qualitätssicherung werden im Rahmen jeder Neuentwicklung eines QS-Verfahrens dargestellt und reflektiert.

Das IQTIG bleibt bei seiner Einschätzung, dass auch planungsrelevante Qualitätsindikatoren zunächst in einer Erprobungsphase unter den Bedingungen der Qualitätsförderung in den Regelbetrieb eingeführt werden sollten. Ganz generell sollte zum einen bei Qualitätsindikatoren zur Krankenhausplanung nicht vollständig auf Maßnahmen zur Qualitätsförderung verzichtet werden. Zum anderen kann erst auf Grundlage der Erfahrungen (z. B. aus dem Strukturierten Dialog) und der Ergebnisse (z. B. zur Setzung von Referenzbereichen bzw. Grenzwerten, Diskriminationsfähigkeit) aus einer Erprobungsphase endgültig entschieden werden, ob die entwickelten Qualitätsindikatoren tatsächlich belastbar genutzt werden können. Dies ist aber nicht zwangsläufig gleichbedeutend damit, dass hierfür dann zwei eigenständige, voneinander getrennte Daten- und Verfahrenswege vorgehalten werden müssten. Auch für die derzeitigen elf planungsrelevanten Qualitätsindikatoren erfolgt die Datenerfassung auf Grundlage der QSKH-RL, wodurch bereits erfasste Daten genutzt

und keine eigenständigen, parallelen Datenwege eingerichtet wurden. Die Datenerfassung für neu entwickelte planungsrelevante Qualitätsindikatoren könnte dementsprechend auch auf Grundlage der DeQS-RL erfolgen. Der Hinweis hinsichtlich der unterschiedlichen Verfahrenswege (Zuständigkeiten, Fristen) bei Indikatoren für die Qualitätsförderung und bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist dagegen grundsätzlich richtig. Eine Vereinheitlichung der Abläufe und Fristen bei den verschiedenen Verfahren und Instrumenten ist aus Sicht des IQTIG generell möglich und zur Auflösung der Parallelität der beiden unterschiedlichen Verfahrenswege auch erstrebenswert.

Eine umfassende Erprobungsphase bei der Überführung von neu entwickelten Strukturindikatoren in den Regelbetrieb erachtet das IQTIG nicht grundsätzlich für notwendig. Es müssen jedoch zuvor Abschätzungen der Auswirkungen solch neu eingeführter Strukturvorgaben auf die flächendeckende Versorgung und ggf. Übergangsregelungen für die Strukturanpassungen bei den Einrichtungen eingeplant werden.

7 Qualitätsdimensionen

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurden die Darstellungen zu den Qualitätsdimensionen der OECD als Rahmenkonzept für die Beurteilung der Ausgewogenheit von Qualitätsmodellen sowie der Eignung von Qualitätsindikatoren und Indikatorensets thematisiert: Eine Organisation begrüßte, dass erstmals ein solches Rahmenkonzept zur Systematisierung von Qualitätsdimensionen vorgesehen werde. Dies sei eine wesentliche methodische Neuerung und das Rahmenkonzept der OECD zweifellos ein anerkanntes und in der Praxis bewährtes Instrument (GKV-SV: 3, 7). Kritisch wurde diesbezüglich jedoch angemerkt, dass nicht ausreichend klar dargestellt werde, wie diese Qualitätsdimensionen in den einzelnen Entwicklungsschritten genutzt werden sollen (GKV-SV: 3). Von zwei weiteren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde kritisch darauf hingewiesen, dass das Rahmenkonzept der OECD ursprünglich zum Vergleich von Gesundheitssystemen (Systemqualität) und nicht für den Vergleich von Qualitätsunterschieden von Gesundheitseinrichtungen bzw. Leistungserbringern entwickelt wurde (BÄK: 14, 16; DKG: 5). Die Verwendung des OECD-Modells sei vor diesem Hintergrund begründungsbedürftig (DKG: 5). Es sollte zudem die Übertragbarkeit auf die Krankenhausplanung ausführlich methodisch diskutiert werden. So könne als Beispiel angeführt werden, dass sich die OECD-Dimension „Zugang“ sowohl auf den physischen Zugang (Erreichbarkeit) als auch auf den leistungsrechtlichen Zugang einer Bevölkerung zum Gesundheitssystem beziehe. Gegenstand der Krankenhausplanung könne aber zweifelsohne nur die räumliche Planung (Erreichbarkeit) und nicht der leistungsrechtliche Zugang zum Gesundheitssystem sein (BÄK: 16). Darüber hinaus sei grundsätzlich nicht ersichtlich, warum ausschließlich die Qualitätsdimensionen der OECD und nicht z. B. die Qualitätsmerkmale der Gesundheitsversorgung aus DIN EN 15224 2012 zur Diskussion gestellt wurden, da diese ja zumindest eine Zertifizierungsnorm für Qualitätsmanagementsysteme in Gesundheitseinrichtungen seien (DKG: 14).

Von einer Organisation wurde kritisiert, dass sich die Qualitätsdimensionen und daraus abgeleiteten Eignungskriterien zur Auswahl von Qualitätsaspekten und Qualitätsindikatoren grundsätzlich von den im Bericht des IQTIG zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren aus den QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung von 2016 genannten Kriterien unterscheiden würden. In diesem Bericht sei ausschließlich die OECD-Qualitätsdimension „Patientensicherheit“ als Auswahlkriterium genutzt worden. Die Erweiterung der Kriterien um die Qualitätsdimensionen „Erreichen primärer Behandlungsziele“ sowie „Indikationsstellung“ sollte erläutert werden (GKV-SV: 12).

Des Weiteren wurde von mehreren Organisationen darauf hingewiesen, dass im Bericht generell eine Begriffsklärung und klare begriffliche Abgrenzung zwischen den Qualitätsdimensionen nach Donabedian (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) und den Qualitätsdimensionen der OECD erfolgen müsse. Im Bericht würden verschiedene Kategorisierungen von Qualitätsdimensionen verwendet und an einigen Stellen käme es zu Begriffsvermischungen (GKV-SV: 7; BÄK: 14). Es sollte

klargestellt werden, welche Kategorisierungen von Qualitätsdimensionen verwendet werden und bei der Verwendung des Begriffs „Qualitätsdimensionen“ klar dargestellt werden, auf welche Einteilung sich der Begriff bezieht (GKV-SV: 7).

Zwei weitere Organisationen kritisierten in ihren Stellungnahmen die Zuteilung der unterschiedlichen Qualitätsdimensionen zu den verschiedenen Planungszwecken. So sei es nicht zwingend schlüssig, warum sich einige Qualitätsdimensionen nur für bestimmte Planungszwecke eignen würden (DNVF: 3). Hinterfragt werden könne in diesem Zusammenhang, warum bei Zulassungsentscheidungen niedrigere Maßstäbe an planungsrelevante Qualitätsindikatoren anzulegen seien als bei Qualitätsindikatoren für interventionelle Entscheidungen. Diesbezüglich erscheine es als problematisch, bei Zulassungs- und Auswahlentscheidungen planungsrelevante Qualitätsindikatoren der Qualitätsdimension „Patientenzentrierung“ zuzulassen (StMGP Bayern: 3).

Von einer stellungnahmeberechtigten Organisation wurde zudem darauf hingewiesen, dass die Abbildung zu den Qualitätsdimensionen und Planungszwecken (Abbildung 9 im Vorbericht) hinsichtlich der Zuordnung der Qualitätsdimensionen zu den einzelnen Planungszwecken korrigiert werden müsse bzw. ganz entbehrlich sei, weil die nachfolgende Abbildung 10 im Vorbericht den Sachverhalt differenzierter darstelle (BÄK: 8 f.).

IQTIG: Grundsätzliche Anforderungen an die Qualität der Gesundheitsversorgung werden häufig in Form von Qualitätsdimensionen in einem Rahmenkonzept für Qualität zusammengefasst. Dabei gibt es verschiedene Rahmenkonzepte, die die verschiedenen Dimensionen der Qualität der Gesundheitsversorgung bzw. von Gesundheitssystemen unterschiedlich adressieren (z. B. Dimensionen der OECD, Kriterien des Institute of Medicine [IOM] oder die Qualitätskriterien nach DIN EN 15224; IQTIG 2018). Diese Rahmenkonzepte und deren Qualitätsdimensionen weisen untereinander große Ähnlichkeiten auf, wie z. B. die Qualitätsdimensionen der OECD (Arah et al. 2006) und die Qualitätskriterien des IOM (Committee on Quality of Health Care in America/Institute of Medicine 2001: 39 f.). Beide Rahmenkonzepte enthalten u. a. die im vorliegenden Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren dargestellten qualitätsrelevanten Dimensionen der Effektivität/Wirksamkeit (effective bzw. effectiveness), (Patienten-)Sicherheit (safe bzw. safety), Patientenzentrierung (patient-centered bzw. responsiveness / patient centeredness) sowie die gesundheitspolitische Dimension der Effizienz (efficient bzw. cost/expenditure) (IQTIG 2018). Das IQTIG räumt ein, dass sich das Rahmenkonzept der OECD zwar vorwiegend auf den internationalen Vergleich der Qualität der Gesundheitsversorgung bezieht, jedoch wurde das Konzept auch bereits im Kontext der leistungserbringerbezogenen Qualitätssicherung angewendet und als Grundlage für die Prüfung der Ausgewogenheit der Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung genutzt (Döbler und Geraedts 2018), weshalb nach Einschätzung des IQTIG der Anwendung dieses Rahmenkonzepts grundsätzlich nichts entgegensteht. Das IQTIG hat in Anlehnung an die verschiedenen Rahmenkonzepte jedoch ebenfalls ein eigenes Rahmenkonzept entwickelt, das in

seinem sich seit Mitte November in einem externen Stellungnahmeverfahren befindlichen „Methodischen Grundlagen V1.1s“ beschrieben wird (IQTIG 2018). Bei zukünftigen Neuentwicklungen von (planungsrelevanten) Qualitätsindikatoren wird dieses Rahmenkonzept angewendet werden. Ein entsprechender Hinweis wurde im Abschlussbericht ergänzt (Abschnitt 4.1.2).

Darüber hinaus wurde der Abschlussbericht noch einmal im Hinblick auf eine klare begriffliche Abgrenzung zwischen den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität nach Donabedian und den Qualitätsdimensionen des Rahmenkonzepts geprüft und ggf. angepasst. Zudem wurde die Abbildung 9 des Vorberichts zur Darstellung der Qualitätsdimensionen und Planungszwecke gestrichen, da die nachfolgende Abbildung (im Abschlussbericht nun Abbildung 9) ebenso alle Informationen jedoch in detaillierter Form enthält. Auch die Nutzung der Qualitätsdimensionen bei den einzelnen Entwicklungsschritten wurde für den Abschlussbericht geprüft (siehe Abschnitt 4.1.2).

Der Erweiterung des Konzepts der potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit um die weiteren aus der Qualitätsdimension Patientensicherheit abgeleiteten Eignungskriterien „Erreichen primärer Behandlungsziele“ und „Indikationsstellung“ zur Auswahl von Qualitätsaspekten und Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung liegt die Annahme des IQTIG zugrunde, dass eine potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit nicht nur wie bisher allein durch einen Qualitätsindikator, der diese direkt anzeigt, abgebildet werden kann, sondern auch aus dem Zusammenspiel mehrerer Qualitätsindikatoren zur Erreichung primärer Behandlungsziele und/oder Indikationsstellung ein Hinweis auf eine potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit abgeleitet werden kann (Variante C). Der Bezug zur Gefährdung der Patientensicherheit bleibt somit in jedem Fall weiterhin gegeben.

Grundsätzlich bleibt das IQTIG bei seiner Einschätzung, dass für Auswahlentscheidungen geeignete Qualitätsaspekte bzw. Qualitätsindikatoren auch aus der Qualitätsdimension Patientenzentrierung abgeleitet werden können. Generell obliegt es gemäß § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden, bei notwendigen Auswahlentscheidungen zwischen Krankenhäusern zu entscheiden „[...] welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird“. Dementsprechend können die Landesplanungsbehörden selbst entscheiden, ob die Auswahlindikatoren ihren Zielen entsprechen und ob sie die Ergebnisse dieser planungsrelevanten Qualitätsindikatoren bei ihrer Auswahlentscheidung berücksichtigen oder nicht. Ein Bezug zur potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit, wie es bei Qualitätsindikatoren für die krankenhauplanerische Intervention vorausgesetzt wird, ist hierbei nicht erforderlich. Demgegenüber stimmt das IQTIG zu, dass sich für Zulassungsentscheidungen hauptsächlich strukturelle Mindestanforderungen eignen. Die Ausführungen im Abschlussbericht wurden dementsprechend angepasst.

8 Differenzierte Qualitätsbewertung

8.1 Qualitätskategorien

Zwei stellungnehmende Organisationen verwiesen bei der Benennung der Qualitätskategorien auf die Wortwahl des Gesetzgebers und bitten um entsprechende Anpassungen (DKG: 20; BÄK: 10). Abbildung 16 wurde sowohl hinsichtlich der Benennung der Kategorien als auch bezogen auf die inhaltlichen Bezüge als verbesserungswürdig oder sogar entbehrlich angesehen (GKV-SV: 9; BÄK: 12; DKG: 15). Unklarheit ergab sich für eine Organisation hinsichtlich der Anzahl an Qualitätskategorien, da in Abbildung 16 fünf Kategorien dargestellt werden, im Verlauf aber nur vier Kategorien erläutert würden (GKV-SV: 13).

Hinsichtlich der Qualitätskategorien wurde nach dem Zusammenhang zwischen den verschiedenen Verfahren gefragt: Eine Organisation war der Ansicht, dass für eine konsistente Zuordnung zu den Kategorien auch eine einheitliche Messweise zugrunde gelegt werden müsse (GKV-SV: 8). Es wurde um Erläuterung gebeten, woraus die Kategorien abgeleitet werden und wie sich die Zuordnungen der beiden regulierenden Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* und *Qualitätszu- und -abschläge (QZAb)* zu den Kategorien ergeben, in welchem Verhältnis die Qualitätskategorien der beiden regulierenden G-BA-Verfahren zueinander stehen und wie diese voneinander abgegrenzt sind (GKV-SV: 8 f.; DNVF: 3 f.). Außerdem stieß die Zuordnung der qualitätsfördernden QS-Verfahren zur mittleren Qualitätskategorie auf Unverständnis (DKG: 17). Es fehle die Erläuterung, wieso die externe stationäre Qualitätssicherung nur mittlere Qualität abbilde, da durch das Stellungnahmeverfahren auch unzureichende Qualität aufgedeckt werde (BÄK: 10, 12).

IQTIG: Die Wortwahl für die Benennung der Qualitätskategorien wurde teilweise beibehalten und erläutert, warum dort von den Begrifflichkeiten des Gesetzgebers abgewichen wurde. An anderen Stellen wurde die Wortwahl entsprechend dem gesetzgeberischen Wortlaut geändert. Die Bezeichnung „durchschnittlich“ suggeriert aus Sicht des IQTIG einen mathematisch berechneten Durchschnitt, der der Zuordnung zu dieser Kategorie nicht zugrunde liegt. Auf semantischer Ebene unterstellt der Begriff „durchschnittlich“ weniger Qualität als mit der Definition der „mittleren“ Qualität gemeint ist, nämlich: die Erfüllung von Mindeststandards für eine angemessene Versorgung. Der Begriff „unzureichend“ schließt „in erheblichem Maß unzureichend“ mit ein, weswegen zur besseren Unterscheidung neben der „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ die „mäßig unzureichende“ Qualität eingeführt wurde. Die Einführung des Zusatzes „mäßig“ bei „unzureichender“ Qualität ergibt sich auch aus dem Umstand, dass bei den bereits verwendeten planungsrelevanten Indikatoren zurzeit „unzureichende“ Qualität als die handlungsrelevante Kategorie festgestellt wird. Um eine Überführung der derzeit im Regelbetrieb befindlichen Qualitätsindikatoren in die neu zu entwickelnden planungsrelevanten Indikatoren auf Basis der angepassten plan. QI-RL zu er-

möglichen, ist eine sprachliche Unterscheidung von „unzureichend“ und „mäßig unzureichend“ nötig. Diese sprachliche Unterscheidung ist bei QZAb nicht notwendig, weswegen QZAb der gesetzgeberischen Wortwahl folgend „unzureichende Qualität“ identifiziert. Die entsprechende Erläuterung findet sich im Abschlussbericht in Kapitel 5 und die Änderung in Abbildung 15 (vormals Abbildung 16). Bei planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden vier Kategorien von Qualität adressiert, für die Betrachtung des ganzen Qualitätsspektrums unter Einbeziehung von QZAb werden fünf Qualitätskategorien vom Gesetzgeber erwähnt und in Abbildung 15 dargestellt.

Aus Sicht des IQTIG besteht ein Zusammenhang zwischen den regulierenden Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* und QZAb, da diese durch die Vorgaben des Gesetzgebers zum Teil die gleichen Qualitätskategorien adressieren. Da aber der Zweck der jeweiligen Verfahren und die unterschiedlichen Planungszwecke innerhalb der Verfahren maßgeblich sind für die Inhalte der zu entwickelnden Qualitätsindikatoren und für die der jeweiligen Qualitätskategorie nachgeordneten Konsequenzen, kann sich die Art der Messung und Bewertung der Indikatoregebnisse unterscheiden. Daraus ergibt sich, dass auch die Indikatoren nicht mehrfach in den verschiedenen regulierenden Verfahren zu verwenden sein werden. Die beiden regulierenden Verfahren mit ihren unterschiedlichen Bestimmungszwecken und den jeweils adressierten Qualitätskategorien sind in Abbildung 15 überarbeitet dargelegt. Obwohl die beiden regulierenden Verfahren teilweise dieselben Qualitätskategorien verwenden („unzureichend“), sollte ein Leistungsbereich aus verfahrenspraktischen Gründen zunächst nicht mit beiden Verfahren abgedeckt werden, da dies zu Überschneidungen sowohl bei der Bewertung der Ergebnisse führt (z. B. unterschiedliches Kriterium der Zeitdauer) als auch in unterschiedlichen Handlungsebenen wie Vergütung bzw. Verträge resultiert.

Die qualitätsfördernden QS-Verfahren nach den beiden Richtlinien QSKH-RL und DeQS-RL werden von den Zuordnungen zu Qualitätskategorien ausgenommen, da der Gesetzgeber nur für die regulierenden Verfahren explizit eine Differenzierung von Qualität vorgesehen hat. Auch hat die Zuordnung von Qualitätskategorien über die der rechnerischen Auffälligkeit mit anschließender qualitativer Bewertung durch LQS bzw. LAG und BAS hinausgehend bei den qualitätsfördernden QS-Verfahren keine praktische Relevanz. In der Abbildung 15 werden die Qualitätskategorie den verschiedenen Elementen (Planungszwecke Intervention, Zulassung und Auswahl sowie Zu- bzw. Abschläge) den beiden regulierenden Verfahren zugeordnet. Dies ist im Falle der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren für die „Intervention“ die Kategorie der „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“. Die planungsrelevanten Indikatoren zur Zulassung sollen Mindeststandards abbilden und deren Einhaltung bei der Entscheidung der Planungsbehörden für eine Neuzulassung sicherstellen. Die planungsrelevanten Indikatoren für die Auswahl sollen „gute“ Qualität erkennbar machen, um den Landesplanungsbehörden zu ermöglichen, ihre Auswahlentscheidungen aufgrund „guter“ Qualität zu treffen. Die Indikatoren für das regulierende Verfahren zu Qualitätszuschlägen haben den Zweck, „außer-

ordentlich gute“ Qualität zu identifizieren und von „guter“ Qualität zu unterscheiden. Unabhängig von der Zuordnung zu einer maßgebenden Qualitätskategorie, die zu Konsequenzen führen kann, setzt die geforderte Differenzierung von Qualität voraus, dass mindestens zwei interessierende Kategorien je Indikator voneinander unterschieden werden können.

Die Kritik an den Qualitätskategorien ebenso wie an der Abbildung 16 (im Abschlussbericht Abbildung 15) wurde aufgenommen und entsprechende Änderungen wurden in den Abschlussbericht eingearbeitet (Abschnitt 5.5.5).

8.2 Varianten zur Differenzierung der Qualitätsbewertung

Die Herangehensweise zur differenzierten Qualitätsbeurteilung wurde als „sachgerecht“, aber auch von manchen stellungnehmenden Organisationen als sehr theoretisch und ohne konkrete Vorschläge wahrgenommen (GKV-SV: 5, StMGP Bayern: 1). Insbesondere die beschriebene Variante C wurde zwar als prinzipiell geeignet angesehen, um Qualität komplexer Leistungen abzubilden (DKG: 12), allerdings könne deren praktische Eignung nicht abschließend bewertet werden (GKV-SV: 14; DNVF: 4). Zudem wurde die Testung der algorithmischen Bewertung gefordert, bevor diese im Regelbetrieb der Krankenhausplanung eingesetzt werde (GQMG: 3; StMGP Bayern: 2). Eine stellungnehmende Organisation äußerte die Bitte, eine Kategorisierung von Qualität beispielhaft an einem aktuellen Leistungsbereich vorzunehmen (GKV-SV: 3, 14). Die Einschätzung des IQTIG, dass Variante A praktisch kaum umsetzbar sein werde, wurde geteilt (DNVF: 4).

Zu den Bewertungskriterien für die qualitative Unterscheidung von „unzureichender“ und „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ nahm eine Organisation Stellung zum Kriterium Intensität, welches für sich genommen kein Kriterium sei, sondern über den Nachweis „fehlerhafter Prozesse“ aufzuklären wäre. Und zum Kriterium der Wiederholung wurde angemerkt, dass die bereits „Teil der zugrunde liegenden Norm“ sei (DKG: 20).

IQTIG: Die Differenzierung von Qualität bei sehr komplexen Leistungen ist vielschichtig. Im vorliegenden Abschlussbericht wird auftragsgemäß ein Konzept hierzu entwickelt, das sich primär auf theoretische Überlegungen stützt. Eine weitergehende Operationalisierung des Konzepts ist zum einen nicht Teil der Beauftragung gewesen (G-BA 2017), zum anderen gibt es noch keine neu entwickelten planungsrelevanten Indikatoren, anhand derer dies exemplarisch geschehen könnte. Die Algorithmen für Variante C zur Bewertung der Qualität von erbrachten Leistungen innerhalb eines Leistungsbündels würden bei einer entsprechenden Beauftragung im Rahmen der Indikatorenentwicklung mit entwickelt werden (siehe Abschnitt 4.2). Bevor Indikatoren zur Messung von Qualität im Rahmen der Verfahren mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zum Einsatz kommen, werden diese in der Erprobungsphase getestet.

Um dem Wunsch nach Konkretisierung und Nachvollziehbarkeit nachzukommen, hat das IQTIG nun einen fiktiven Leistungsbereich konstruiert. Hier wurden zur Veranschaulichung der Variante C fiktive Prozess- und Ergebnisindikatoren für eine fiktive operative Leistung bei einer onkologischen Grund-

erkrankung zu einem Indikatorenset zusammengesetzt, anhand dessen die Beurteilung der Qualität der gesamten Prozedur (zusammengefasst in einem Leistungsbündel) hinsichtlich einer „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ dargestellt werden soll. Der zugrunde liegende Gedanke ist, dass mehrere Prozess- und Ergebnisindikatoren, die die Qualität wichtiger Teilschritte in einer komplexen Prozedur messen, jeweils für sich betrachtet noch keine potenzielle Gefährdung für die Sicherheit von Patientinnen und Patienten darstellen (müssen), in der Summe aber sehr wohl dorthin führen können. Bei der Gesamtbetrachtung der Leistung werden die erreichten Indikatorergebnisse mit den prospektiv festgelegten potenziell gefährdenden Konstellationen (Algorithmus) abgeglichen. Die Konstellation wird bei der Indikatorentwicklung für jedes Indikatorenset in Abhängigkeit der Inhalte für das jeweilige Leistungsbündel festgelegt. Das fiktive Beispiel aus einem beliebigen Leistungsbereich wurde im Abschlussbericht in Abschnitt 5.5.3 ergänzt.

Die Intensität ist ein mögliches Kriterium, anhand dessen im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens im Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* nach zugrunde liegenden Prozessen geschaut werden kann. Eine Wiederholung beinhaltet, dass eine Verbesserung der Qualität innerhalb des Erfassungsjahres trotz einer quartalsweisen Rückmeldung nicht gelungen ist, aber da die zeitliche Komponente durch die Landesplanungsbehörden durch die Festlegung von „nicht nur vorübergehend“ bereits angewendet wird, wird die Wiederholung als Bewertungskriterium im Abschlussbericht entfernt. Die im Bericht genannten Kriterien zur Bewertung sind theoretisch denkbare Kriterien, die aber ggf. nicht alle immer herangezogen werden können oder müssen.

8.3 Maßstäbe und Kriterien

Im Zusammenhang mit den Maßstäben und Kriterien wurde die Feststellung von Ausnahmetatbeständen von mehreren stellungnehmenden Organisationen thematisiert. So war einer Organisation unklar, wie eine fachliche Bewertung von Ausnahmetatbeständen geschehe (DGK: 2). Zum einen wurde eine Unterscheidung zwischen Prozess- und Ergebnisindikatoren bei der Anerkennung von medizinisch und fachlich relevanten Ausnahmetatbeständen angeregt. So war die Organisation der Ansicht, dass lediglich bei kleinen Fallzahlen ein „besonders unwahrscheinlich wahrgenommenes Ereignis in einem ansonsten regelhaft zu beherrschenden Prozess“ zu mangelhaften Ergebnissen von Prozessindikatoren führen dürfte (DKG: 19). Anders sei die Feststellung eines medizinisch und fachlich relevanten Ausnahmetatbestands bei Ergebnisindikatoren zu werten, insbesondere bei komplexen Indizes. Bei diesen sollten auf Fallebene die zugrunde liegenden Prozesse analysiert werden (DKG: 19). Für die Identifikation der den Ergebnissen zugrunde liegenden Prozessen wurde ein „angemessenes“ Vorgehen wie ein Peer-Review-Verfahren oder ein ausführliches Stellungnahmeverfahren gefordert (DKG: 2, 19, 20; DGK: 2). Geringe Fallzahlen werden auch im Zusammenhang mit der Feststellung von Ausnahmetatbeständen adressiert, allerdings als grundsätzliches statistisches Problem für die externe stationäre Qualitätsbeurteilung. Damit eine solche fundiert erfolgen könne, müsste über Mindestmengen-

regelungen dafür gesorgt werden, dass Auffälligkeiten nicht über „statistische Effekte“ bei geringen Fallzahlen entkräftet würden (DGOU: 4). Es wurden auch inhaltliche Anregungen für die Anerkennung oder Nichtanerkennung von Ausnahmetatbeständen gemacht, namentlich die Berücksichtigung von Patientenverfügungen sowie das Akzeptieren von Dokumentationsfehlern (MAGS NRW: 2) bzw. der Ausschluss als Ausnahmetatbestand bei systematischer Nichtanwendung von Leitlinien (DKG: 19).

Hinsichtlich des Kriteriums Zeitdauer der statistischen Auffälligkeit formulierten stellungnehmende Organisationen die Erwartung, das IQTIG möge einen Vorschlag dafür machen, „innerhalb welchen Zeitraums ein festgestellter Qualitätsmangel behoben werden sollte“ (GKV: 13; QMG: 3). Es wurde der Wunsch nach einer einheitlichen Regelung durch den G-BA für die Einschätzung einer „nicht nur vorübergehend“ unzureichenden Qualität geäußert (MAGS NRW: 2).

Eine weitere stellungnehmende Organisation wies darauf hin, dass es einen Widerspruch bezüglich der Definition von Referenzwerten gebe zwischen dem Abschlussbericht des IQTIG zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren (IQTIG 2016) und dem aktuell vorliegenden Bericht (BÄK: 10).

IQTIG: Die ersten Erfahrungen aus dem Regelbetrieb zu planungsrelevanten Indikatoren zeigen, dass durchaus Ausnahmetatbestände bei Prozessindikatoren geltend gemacht wurden, die nicht nur „besonders unwahrscheinliche Fallbesonderheiten“ darstellten. Die Feststellung von Ausnahmetatbeständen auch bei Ergebnisindikatoren ist im Rahmen der plan. QI-RL (§ 12 plan. QI-RL) möglich, vom G-BA intendiert und aus Sicht des IQTIG sinnvoll und praktikabel.

Geringe Fallzahlen bzw. kleine Gesamtpopulationen eines Indikators können in der Tat dazu führen, dass Einrichtungen bereits bei einem Fall, bei dem das Qualitätsziel nicht erreicht wird, statistisch auffällig werden. Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wird geprüft, ob die statistische Auffälligkeit einen Hinweis auf einen Qualitätsmangel anzeigt oder ob dieser Hinweis durch die Anerkennung eines Ausnahmetatbestands ausgeräumt werden kann. Das Vorgehen zur fachlichen Bewertung im Regelbetrieb im Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* wird ausgehend von den empirischen Erfahrungen aus dem Erfassungsjahr 2017 gegenwärtig für die kommenden Erfassungsjahre weiterentwickelt.

Im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens wurden sämtliche eingegangene Stellungnahmen medizinisch fachlich geprüft auch hinsichtlich einer möglichen Verallgemeinerbarkeit. Die so entstandenen „entschuldigenden“ Ausnahmetatbestände wurden also konkret abgeleitet (induktives Vorgehen). Es gab keine Stellungnahme aufgrund einer Patientenverfügung als Grund für Abweichungen. Dokumentationsfehler können nicht als Ausnahmetatbestand berücksichtigt werden, da dies in § 11 Abs. 8b plan. QI-RL ausgeschlossen ist. Das IQTIG schließt sich der Einschätzung an, dass das systematische Nichtanwenden von Leitlinien keinen Ausnahmetatbestand erfüllen kann.

Bereits bei der Erstellung des ersten Konzepts für planungsrelevante Qualitätsindikatoren war vom G-BA festgelegt worden, dass die Bewertung „nicht nur vorübergehend“ nicht durch den G-BA und somit auch nicht durch das IQTIG konkretisiert werden soll (G-BA 2016). Ansonsten würde die föderale Entscheidungsfreiheit der Länder in der Krankenhausplanung beschnitten werden. Die Festlegung der erforderlichen Zeitdauer, um das Kriterium „nicht nur vorübergehend“ zu erfüllen, obliegt den Landesplanungsbehörden. Um das Kriterium zu erfüllen, bedarf es aus Sicht des IQTIG mindestens zweier Messzeitpunkte. Im Rahmen des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* wird sowohl quartalsweise als auch jährlich gemessen. Bei QZAb ist für Krankenhäuser, für die „in höchstens drei aufeinanderfolgenden Jahren Qualitätsabschläge nach § 5 Absatz 3a des Krankenhausentgeltgesetzes erhoben wurden“, festgelegt, dass sie „ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan“ herausgenommen werden müssen (§ 8 Abs. 1b KHG).

Aus Sicht des IQTIG stellt die Methode der Festlegung des Referenzwerts keinen Widerspruch dar. Prospektiv festzulegende Referenzwerte werden sich sowohl an der Versorgungsrealität (z. B. Perzentile aus den Vorjahren) als auch an der gewünschten Qualität bestimmter Leistungen (*best practice*, leitlinienbasierte Zielvorgaben etc.) u. a. m. orientieren. Die Referenzwerte werden kontinuierlich bewertet und ggf. prospektiv angepasst.

8.4 Quantitative Berechnung und Zuordnung

Eine stellungnehmende Organisation führte an, dass die Qualität einer Organisationseinheit in Abhängigkeit von der Fallzahl bewertet werden müsse, da der Aufwand sich für eine Organisation erhöhe, je mehr Patientinnen und Patienten dieselbe Qualität erhielten (DKG: 17). Dieses „überproportionale“ Ansteigen der Anforderungen würde eine „Grenzkostenbetrachtung“ zeigen (DKG: 17).

Das frequentistische Verfahren zur Bestimmung der Messergebnisse wurde grundsätzlich begrüßt (DKG: 18). Allerdings wurde bemängelt, dass es bei sehr kleinen Fallzahlen (Nenner) zwingend zu statistischen Auffälligkeiten käme, was wiederum zu unterschiedlichen Bewertungen von Leistungserbringern mit kleiner gegenüber Leistungserbringern mit großer Grundgesamtheit führe (DKG: 18).

Eine stellungnehmende Institution bat um Erläuterung, in welcher Hinsicht der Ansatz einer „a posteriori Wahrscheinlichkeit dem direkten Vergleich“ unter Verwendung von Mittelwert und Konfidenzintervall überlegen sei, und um eine Begründung, warum nicht auch Rangfolgen bei der Bewertung zum Einsatz kämen (DKG: 19).

IQTIG: Bei Indikatoren, die eine Einhaltung von Prozessstandards in 100 % der Behandlungsfälle fordern, kann nach Berücksichtigung von Ausnahmetatbeständen auch eine zugrunde liegende Rate von 100 % für die Einhaltung von Prozessstandards als erwartbare Versorgungsqualität pro Fall definiert werden. Die Wahrscheinlichkeit, eine von 100 % abweichende empirische Rate zu

beobachten, wenn 100 % der zugrunde liegende Wert ist, ist immer 0 und somit nicht von der Fallzahl abhängig. Das heißt, empirische Raten unter 100 % sind nur dann möglich, wenn die zugrunde liegende Rate des Leistungserbringers nicht 100 % entspricht. Grenzkosten-analoge Betrachtungen im Rahmen der Qualitätssicherung von Behandlungsqualität bei Patientinnen und Patienten sind für diesen Fall jedoch nicht die Grundlage, auf der das IQTIG Einschätzungen zur Behandlungsqualität von Patientinnen und Patienten in der medizinischen Versorgung vornimmt.

Die im bestehenden Verfahren angewandte Methode führt auch bei kleinen Fallzahlen nicht zwingend zu Auffälligkeiten, sondern nur dann, wenn aufgrund der beobachteten Rate und dem vorgegebenen Signifikanzniveau ausreichende statistische Evidenz gegen die Nullhypothese (d. h. die Erfüllung des vorgegebenen Qualitätsstandards) vorliegt und diese Evidenz nicht durch Ausnahmetatbestände in der fachlichen Bewertung abgeschwächt werden kann. Die für die statistische Auffälligkeit notwendige Evidenz gegen die Nullhypothese ist fallzahlabhängig (IQTIG 2016: 55) und eine Abwägung zwischen Sensitivität und Spezifität, sie liegt im Mittel jedoch für alle Fallzahlen bei einem einheitlichen Signifikanzniveau von 5 %. Dass bei ratenbasierten Indikatoren nicht nur die beobachtete Anzahl an Auffälligkeiten, sondern auch die Größe der Grundgesamtheit betrachtet wird, ist eine intrinsische Eigenschaft von ratenbasierten Indikatoren.

Das IQTIG hat in seinem Bericht ein statistisches Verfahren vorgeschlagen, welches es ermöglicht, Unsicherheit bei der Klassifizierung von Auswertungsergebnissen zu berücksichtigen und welches eng an das Klassifizierungsverfahren des bisherigen Verfahrens für planungsrelevante Qualitätsindikatoren angelehnt ist. Aus der vorgeschlagenen A-Posteriori-Wahrscheinlichkeit lassen sich darüber hinaus auch Kreditibilitätsintervalle berechnen.

Grundsätzlich ist dabei jede Festlegung einer Klassifikation eine Abwägung von Sensitivität und Spezifität. Eine Klassifizierung auf Basis von Punktschätzern (wie z. B. Mittelwerten) erscheint deshalb nicht geeignet, weil dabei die Stochastizität der beobachteten Ergebnisse nicht berücksichtigt wird. Auch Konfidenzintervalle bilden in der Situation von mehr als zwei Klassen nur die Konsistenz der Daten bezüglich eines konkreten Hypothesentests ab, treffen aber keine Aussage über die Zugehörigkeit eines Leistungserbringers zu den verschiedenen Klassen. Die Erstellung von Rangfolgen kann, wie schon im Bericht erwähnt, unter Umständen ebenfalls einen geeigneten Rahmen für eine relative Klassifikation von Auswertungsergebnissen darstellen. Zumindest für die Situation mit fixen Referenzwerten für die Klassen spielt jedoch nicht die relative Position innerhalb der Leistungserbringer (wie z. B. innerhalb der oberen oder unteren 5 % aller Ergebnisse) eine Rolle, sondern die anhand der Daten durchgeführte inferenzstatistische Bestimmung der zugrunde liegenden Rate in Relation zu den festgelegten Referenzwerten. Darüber hinaus sollte gerade auch bei der Erstellung von Rangfolgen die Stochastizität der beobachteten Ergebnisse berücksichtigt werden – diese hat zum Beispiel zufolge, dass Ränge anhand von Punktschätzern oft sehr volatil sind (Goldstein und Spiegelhalter 1996).

9 Konzept der potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit

Das Konzept einer Gefährdung der Patientensicherheit wurde von stellungnahmeberechtigten Organisationen hinsichtlich verschiedener Aspekte infrage gestellt: Allein der Begriff „Gefährdung der Patientensicherheit“ stieß auf Kritik, zum einen da er statt planerischem, sofortiges (aufsichtsrechtliches) Eingreifen impliziere (GKV-SV: 5; QMG: 3). Zum anderen wurde kritisiert, dass das IQTIG die Begrifflichkeit mehrfach geändert habe, ohne eine veränderte Bedeutung erläutert zu haben (DKG 5 f.; BÄK: 9). Die Gefährdung der Patientensicherheit werde im internationalen Kontext nicht als Begriff der Qualitätssteuerung verwendet (DGK: 2). Eine andere Organisation war der Aufsicht, die Planungsbehörde „könne“ nicht nur, sondern müsse vielmehr bei anhaltender Gefährdung der Patientensicherheit aufsichtsrechtlich einschreiten (MAGS NRW: 1).

Weiterhin müsse die Eignung von Indikatoren mit Gefährdung der Patientensicherheit für die Krankenhausplanung auch erneut begründet werden (GKV-SV: 5). Darüber hinaus müsse die Operationalisierung „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ anhand von Evidenz und kausaler Beziehung zu einem möglichen Schaden dargestellt werden (DKG: 20).

Von mehreren stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde die Nutzung des Konzepts der Gefährdung der Patientensicherheit aufgrund von fehlender Evidenz kritisiert (DGK: 2). Es sei unbewiesen, dass eine „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ allein schon durch die von Indikatoren indizierte Gefährdung der Patientensicherheit gegeben sei (BÄK: 9).

Einer Organisation fehlten im Hinblick auf krankenhauserplanerische Intervention neben der Patientengefährdung andere Aspekte wie Zielerreichungsgrad, Überleben, Lebensqualität und Patientenerfahrungen (DNVF: 2). Die Möglichkeit, dass eine Gefährdung der Patientensicherheit nun ebenfalls durch summierte Indikatoren angezeigt werden könne, wurde von einer Organisation honoriert (BÄK: 16).

Von einer Organisation wurde dem IQTIG vorgeworfen, beispielsweise Komplikationen im Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* als patientengefährdend mit regulatorischen Konsequenzen und in der externen stationären Qualitätssicherung als förderungswürdig mit qualitätsfördernden Konsequenzen einzustufen (BÄK: 11).

IQTIG: Das IQTIG hat in der Tat eine Änderung des Begriffs „Patientengefährdung“ vorgenommen, wie er 2016 bei „Schritt 1“ der Auswahl von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verwendet worden ist (IQTIG 2016), zu „Gefährdung der Patientensicherheit“, wie er im Vorbericht zum Konzept zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verwendet wurde. Das damals vorgelegte Konzept ist auf Kritik gestoßen, da ihm vorgeworfen wurde, die bestehende Qualitätskultur zu beschädigen. Das IQTIG wird zur besseren Klarstellung für den vorliegenden Abschlussbericht eine erneute Begriffsänderung

vornehmen, sodass es künftig von einer „potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit“ sprechen wird. Damit soll auch eine Abgrenzung zu „Gefahr im Verzug“ deutlich gemacht werden, bei der eine umgehende Intervention seitens der Behörden impliziert ist und bei der nicht das Kriterium der Zeitdauer („nicht nur vorübergehend“) angesetzt werden kann. Bei der (erneuten) Begriffsänderung bleibt aber die ursprüngliche Bedeutung des 2016 dargestellten Konzepts der Patientengefährdung bestehen (IQTIG 2016): Qualitätsindikatoren, die alleine für sich genommen zur krankenhauserischen Intervention herangezogen werden sollen, müssen einen Bezug zu einem potenziellen (mindestens) schweren Schaden aufweisen.

Nur bei Indikatoren mit einem Bezug zu einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit kann von einer ausreichenden Rechtssicherheit einer Intervention ausgegangen werden. Eine Intervention durch Änderung des Krankenhausplans und der daraus abgeleiteten Feststellungsbescheide (§ 8 KHG) stellt eine Einschränkung der Freiheit der Berufsausübung (Art. 12 Grundgesetz) dar. Dies kann nur gerechtfertigt werden durch die Beachtung des höherwertigen Rechts auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Grundgesetz), die als Wahrung der Patientensicherheit im Gesundheitswesen realisiert wird: die Berufsfreiheit findet dort ihre Grenze, wo das Leben und die Gesundheit von Patientinnen und Patienten potenziell gefährdet wird.

Wenn anhaltende Mängel der Versorgungsqualität einer Einrichtung eine fortgesetzte potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit darstellen, dann sind aufsichtsrechtliche Konsequenzen möglich, auf die Planungsbehörden nach eigenem Ermessen zurückgreifen können (siehe Abschlussbericht, Abschnitt 1.1).

Das IQTIG hat bei den bisherigen vorgeschlagenen Indikatoren jeweils einen Bezug zu einem potenziellen, schweren oder letalen Schaden auch anhand von Literatur dargestellt (IQTIG 2016). Das Konzept der Patientengefährdung selbst wurde ebenfalls auf der Grundlage wissenschaftlicher Literatur erarbeitet. Diese Ausführungen haben selbstverständlich weiterhin Bestand und werden in den Folgekonzepten nicht wiederholt.

Bei neu entwickelten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, die einen Bezug zu einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit aufweisen, wird das IQTIG weiterhin die Hinweise und Evidenzen für eine Beziehung zu möglichen schweren Schäden vorlegen. Patientensicherheit ist in vielen Qualitätsmodellen eine feste Qualitätsdimension (Arah et al. 2006, Committee on Quality of Health Care in America/Institute of Medicine 2001) und Konzepte wie „failure to rescue“ (PSNet 2017) und „never events“ des amerikanischen Value based Purchasing (HHS, CMS 2017) sind vergleichbare Konzepte der Verletzung von Patientensicherheit, bei denen zur Mängelbehebung allerdings eher finanzielle als planungsrelevante Konsequenzen eingesetzt werden.

Zu den neuen Konzepten der qualitätsorientierten Krankenhausplanung gibt es aufgrund der Sonderkonstellation in Deutschland nach wie vor kaum Belege

für deren Wirkung, weder in den deutschen Quellen noch in der internationalen wissenschaftlichen Literatur. Der G-BA hat jedoch sowohl eine Begleit-evaluation (G-BA 2018) als auch ein Evaluationskonzept beauftragt, das im vorliegenden Bericht vorgelegt wird.

In Erweiterung der Darstellungen zur Auswahl von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (IQTIG 2016), bei der das IQTIG ausschließlich einzelne Indikatoren mit einem Bezug zu einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit vorgeschlagen hat, können für den Planungszweck der Intervention im vorliegenden Konzept nun auch Indikatoren eingesetzt werden, die z. B. die Indikationsstellung oder das Erreichen primärer Behandlungsziele abbilden. Bei Indikatoren mit einem direkten Bezug zu einer potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit reicht nur ein einziges Ergebnis (statistische Auffälligkeit ohne Vorliegen von medizinisch und fachlich relevanten Ausnahmeständen), um „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ festzustellen. Bei den neu hinzugekommenen Indikatoren muss zum gleichen Zweck eine vorher festgelegte Kombination an Mängeln vorliegen, um zum gleichen Ergebnis zu kommen (siehe Abschlussbericht, Abschnitt 5.5.2).

In der Tat werden in der externen stationären Qualitätssicherung vergleichbare Indikatoren z. B. zu Komplikationen anders behandelt als Komplikationen im Verfahren planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Dies war vom Gesetzgeber so intendiert, als er festlegte, dass für einen „ersten Beschluss“ „aus den vorhandenen Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung [...] geeignete Indikatoren auszuwählen“ seien (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015). Vom G-BA wurde diese Auswahl entsprechend beauftragt und die vom IQTIG empfohlenen Qualitätsindikatoren beschlossen. Auch bei zukünftigen Neuentwicklungen planungsrelevanter Qualitätsindikatoren wird es überwiegend Qualitätsindikatoren geben, die primär dem Verfahrenszweck der Qualitätsförderung dienen, die aber im Verfahren planungsrelevante Qualitätsindikatoren auch entsprechende regulierende Konsequenzen haben. Unabhängig von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren werden zukünftig Verstöße gegen die Anforderungen der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung auch nach einer noch ausstehenden Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie geahndet.

10 Abbildung einer gesamten Fachabteilung

Zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung sowie hinsichtlich Vor- und Nachteilen, Praktikabilität und Realisierbarkeit der verschiedenen dargestellten Optionen wurde sich von einer stellungnehmenden Organisation noch eine Konkretisierung erbeten (GKV-SV: 3, 14 f.). In einer anderen Stellungnahme wurde vorgeschlagen, dass der Zusammenhang zwischen den dargestellten vier Optionen und den Differenzierungskategorien der Qualität mithilfe eines Rasters dargestellt werden solle (BÄK: 13).

Die Option einer leistungsorientierten Krankenhausplanung wurde von zwei Organisationen als sinnvoll eingeschätzt (GKV-SV: 7; DNVF: 4). Auch eine andere Organisation führte an, dass ein Leistungsausschluss sinnvoller als eine Schließungsentscheidung der Krankenhausplanung sei (DGOU: 3).

Die dargestellte „Tracer-Methode“ wurde in Bezug auf potenzielle Gefährdung der Patientensicherheit von einer Organisation als schlüssig aufgefasst, es bedürfe jedoch weiterer Begründung (GKV-SV: 14 f.). Eine andere Organisation führte an, dass das Konzept der Gefährdung der Patientensicherheit und dessen Vergleich mit der Tracer-Methode nicht überzeuge (BÄK: 16). Zudem wurde die hinsichtlich der Tracer-Methode referenzierte Literatur kritisiert (BÄK: 12, 16). Auch in einer weiteren Stellungnahme wurde das Fehlen von Anforderungen an Tracer-Indikatoren beklagt (DKG: 6). Darüber hinaus sei das Konzept der Tracer-Methode fraglich, da bei Einzelindikatorergebnissen, insbesondere bei Ergebnisqualitätsindikatoren, nicht auf andere Mängel geschlossen werden könne (DKG: 21). Es fehle – so eine weitere Stellungnahme – der Beweis, dass jeder Indikator mit Bezug zu einer drohenden Gefährdung der Patientensicherheit eine „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ einer gesamten Fachabteilung anzeige (BÄK: 11). Auch in einer anderen Stellungnahme wurde skeptisch gesehen, dass mit einem Einzelindikatorergebnis mit Bezug zur Gefährdung der Patientensicherheit eine „gerichts-feste“ Aussage über eine gesamte Fachabteilung getroffen werden könne (StMGP Bayern: 3).

Damit Einzelindikatoren auch im Sinne der Tracer-Methode für eine gesamte Fachabteilung Aussagekraft für gute Qualität besitzen, fehlen aus Sicht einer Organisation Beispiele bzw. Kriterien, welche Anforderungen solche Tracer-Indikatoren im Bereich der guten Qualität erfüllen müssten (GKV-SV: 14 f.).

Zwei Organisationen bemängelten, dass nicht ersichtlich sei, wie heterogene Leistungsbündel in einem einzigen Qualitätsindikatorset abgebildet werden könnten (GKV-SV: 14 f.; DGVS: 7), sodass ein Rückschluss auf die Qualität einer Fachabteilung möglich wäre (GKV-SV: 11 f.). In einer weiteren Stellungnahme wurde das Konzept hingegen als stimmig angesehen, da mit Grundleistungsbereichen ein breiteres Abbild der Versorgungsqualität dargestellt werde (DKG: 1, 21). Dennoch wurde gefragt, wie eine „ausgewogene Auswahl von typischen Leistungen und Indikatoren durchgeführt werden“ solle, sodass auch die unterschiedlichen Leistungsmengen bzw. Ereignishäufigkeiten (z. B. seltene Komplikationen) berücksichtigt werden können (DKG: 1, 6).

Hinsichtlich der dritten Option zur Abbildung einer gesamten Fachabteilung, der Bildung eines Index, bleibe unklar, ob sich der Index auf Grundleistungsbereiche bzw. Leistungsbündel beziehe. Darüber hinaus sei eine Konkretisierung erforderlich (GKV-SV: 14 f.). Es wurde außerdem kritisiert, dass wesentliche Eigenschaften des Index herausgearbeitet werden müssten (DKG: 6). Den Schwierigkeiten bei der Indexbildung zur Feststellung einer „in erheblichem Maß unzureichenden Qualität“ wurde allerdings zugestimmt (DKG: 21). Ergänzend kämen für einen Index neben Ergebnisindikatoren auch Indikatoren aus Patientenbefragungen für diese stellungnahmeberechtigte Organisation infrage (DKG: 12). Dagegen stellt eine andere Organisation die Verknüpfung und Gewichtung insbesondere mit neuen Datenquellen (Patientenbefragung) infrage (DKG: 1).

In einer Stellungnahme wurde die Frage gestellt, wie auffällige Ergebnisse eines Index validiert werden könnten (DKG: 1). Nicht diskutiert wurde – so eine andere Stellungnahme –, wie mit Krankenhäusern verfahren würde, die sich auf einen Teil der Basisversorgung spezialisiert haben (DKG: 6).

In einer Stellungnahme wurde die vierte Option, Anforderungen an gesamte Fachabteilungen ohne Leistungsbezug zu stellen, begrüßt (DGSS: 2).

Eine andere Organisation fragte, ob QS-Daten, die bislang auf Standortebene ausgewertet werden, überhaupt in der Lage seien, die Qualität einer Fachabteilung abzubilden (DNVF: 3).

IQTIG: Zur Abbildung einer gesamten Fachabteilung (Auftragsteil 2b) wurden im Vorbericht vier Optionen dargestellt, die teilweise für den Abschlussbericht in Kapitel 6 weiter konkretisiert wurden. Auch in Abschnitt 8.2 finden sich im Abschlussbericht nun Vor- und Nachteile verschiedener Beauftragungsoptionen zur Indikatorenentwicklung. Ein „Raster“ befindet sich bereits in Tabelle 10 in Abschnitt 8.1.

Im Rahmen der Krankenhausplanung sind sowohl Leistungsausschlüsse als auch Schließungen möglich, wobei eine Planung auf Leistungsebene bislang seltener ist. Die Landesplanungsbehörden entscheiden selbst, wie sie ihre krankenhauserischen Ziele umsetzen. Die Option der leistungsorientierten Krankenhausplanung wird auch vom SVR vorgeschlagen (SVR-Gesundheit 2018) und wäre nach Ansicht des IQTIG eine (fünfte) Option, sodass entsprechend differenzierte, leistungsbezogene Indikatorensets die Planungseinheiten optimal abbilden.

Das IQTIG hatte bereits in seinem Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren (IQTIG 2016) das Konzept der potenziellen Gefährdung der Patientensicherheit hergeleitet und begründet. Eine erneute kurze Beschreibung im Rahmen des vorgelegten Konzepts war bereits im Vorbericht enthalten. Aufgrund der spärlichen verfügbaren Literatur zur Tracer-Methode und zum Rückschluss auf größere Einheiten hat das IQTIG den Begriff des Tracers aus dem Abschlussbericht wieder entfernt (Kapitel 6). Die Anforderungen an Indikatoren, mit denen direkt aufgrund einzel-

ner Indikatorergebnisse ein Rückschluss auf eine gesamte Fachabteilung gezogen werden kann, wurden im Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung (IQTIG 2016) ausführlich beschrieben. Ist eine Fachabteilung nicht in der Lage, erhebliche Qualitätsmängel in einem angemessenen Zeitraum abzustellen, kann sie nach dem Konzept des IQTIG insgesamt als „in erheblichem Maß unzureichend“ bezeichnet werden. Ob dieser Bewertungsmaßstab bzw. die daraus abgeleiteten Bewertungen justiziabel sind, wird sich im Regelbetrieb des Verfahrens zeigen.

Indikatoren, mit denen „gute“ Qualität gemessen wird, müssen keine weiteren Anforderungen erfüllen, damit sie eine Aussagekraft für eine gesamte Fachabteilung besitzen. Ob die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sie bei Auswahlentscheidungen heranziehen und die Ergebnisse auf Ebene der Fachabteilung interpretieren, bleibt ihnen überlassen.

Für die zweite Option zur Abbildung der Qualität einer Fachabteilung, der Festlegung von typischen Leistungen einer Fachabteilung und der Entwicklung entsprechender Indikatoren schlägt das IQTIG im Abschlussbericht (siehe Abschnitt 8.2; erste Möglichkeit) nun vor, dass zunächst aus den Leistungsbündeln Leistungen aufgrund ihrer quantitativen Häufigkeit und Schwere des Eingriffs sowie der damit einhergehenden Häufigkeit und Schwere an Komplikationen ausgewählt werden. Für diese Leistungen sollen anschließend Qualitätsindikatoren bzw. Indikatorensets entwickelt werden. Auf diese Weise könnte sich der G-BA – trotz der Heterogenität der Leistungen innerhalb eines Leistungsbündels – der Abbildung einer gesamten Fachabteilung schrittweise nähern.

Die dritte Option zur Abbildung einer gesamten Fachabteilung ist die Bildung eines Index. Gemeint ist bei dieser Option in Abgrenzung zur Zusammenstellung eines Indikatorensets, dass aus mehreren Indikatoren ein einziges Ergebnis auf einer Skala berechnet wird, das dann anhand eines Referenzwerts oder mehrerer Grenzwerte auf dieser Skala bewertet wird. Die Bildung eines Index aus einzelnen Indikatorergebnissen eines Sets, ist nicht auf Leistungsbündel bzw. Grundleistungsbereiche beschränkt, könnte hierauf jedoch angewendet werden. Für eine Beschreibungen der wesentlichen Eigenschaften eines Index wird auf die „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG verwiesen (IQTIG 2018: Abschnitt 15.4.2). Eine konkrete Indexbildung kann dann erst bei Beauftragung dieser dritten Option durch den G-BA erfolgen.

Indikatoren aus Patientenbefragungen könnten theoretisch wie in Abschnitt 4.1.1 im Abschlussbericht beschrieben in einen Index eingehen. Allerdings ist die Nutzung dieser Datenquelle eher im Bereich der krankenhauplanerischen Auswahl als im Bereich der Interventionen zu sehen. Grundsätzlich können auffällige Indexwerte nicht in der Gesamtheit validiert werden – für die Validierung, ebenso wie für die fachliche Bewertung, ist eine Betrachtung der Einzelkennzahlen sinnvoll, die den Index konstituieren.

Bei jedem Standort werden jeweils nur diejenigen Leistungen bzw. Indikatoren betrachtet, die in dem Standort zutreffend sind – demnach können standortbezogen auch nur die Leistungen bzw. Indikatorergebnisse in einen Indexwert eingehen, was auch bei der Festlegung eines oder mehrerer Schwellenwerte beachtet werden muss.

Durch die Umstellung der Zuordnung von Qualitätsergebnissen vom entlassenden auf den leistungserbringenden Standort, die für die externe stationäre Qualitätssicherung bereits zu Beginn des Jahres 2018 eingeführt worden ist, kommt die gesetzliche Qualitätssicherung einer angemessenen Verantwortungszuschreibung sehr viel näher als mit der Zuordnung zum entlassenden Standort. Qualitätsergebnisse werden für Standorte ermittelt unter der Annahme, dass innerhalb eines Standorts die Zuschreibung der Verantwortung für Qualitätsergebnisse zu einer Fachabteilung aufgrund der Vorgangsnummern eindeutig ist. Der Gesetzgeber benennt als Einheit für planungsrelevante Qualitätsindikatoren „Plankrankenhäuser“ (§ 8 Abs. 1b KHG) bzw. „Krankenhäuser“ (§ 109 Abs. 3 SGB V) und spricht von „einrichtungsbezogenen“ Auswertungsergebnissen (§ 136c Abs. 2 SGB V); der Auftrag des G-BA bezog sich analog zur KHSG-Begründung („eine oder mehrere Fachabteilungen eines Krankenhauses“ (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 51, 81) auf Fachabteilungen (G-BA 2017).

11 Evaluation

Einleitend wurden von einer stellungnahmeberechtigten Organisation das dargelegte Evaluationsmodell und die vorgeschlagenen Evaluationsfragen als gute Grundlage für die Konzeption einer Evaluation angesehen (GKV-SV: 4). Auch in einer andere Stellungnahme werden die Kriterien zur Bestimmung von Veränderungen der Versorgungsqualität als umfangreich bezeichnet und die Ausführungen so bewertet, dass sie eine adäquate Beauftragung des G-BA ermöglichen würden (DKG: 7).

Auch das Herausstellen der grundsätzlichen Notwendigkeit eines Evaluationsmodells sowie einer anschließenden Machbarkeitsprüfung und Anwendungstestung wurde begrüßt (GQMG: 3). Allerdings seien eine weitere Konkretisierung und Operationalisierung dieser ersten Überlegungen notwendig (GQMG: 3; GKV-SV: 4): Es wurde in einer Stellungnahme angeraten, die Wahl des Evaluationszeitpunkts und die möglichen Datenquellen – auch bisher nicht genutzte – genauer zu beleuchten. Als eine potenzielle Datenquelle werden von einer Organisation Strukturabfragen benannt (GKV-SV: 15 f.). Einer anderen Organisation fehlt die Erwähnung von Systemindikatoren sowie die Betrachtung von Wechselwirkungen mit anderen Qualitätssicherungsmaßnahmen oder gar verzerrenden Faktoren außerhalb der Qualitätssicherung (BÄK: 13). Eine weitere Organisation vertrat die Meinung, dass das Wirkmodell einer komplexen Mehrfachintervention nicht gerecht werde (DNVF: 4). Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass bei der Evaluation ein Fokus auf die Zielerreichung mit Berücksichtigung negativer Wirkungen gelegt werden sollte (StMGP Bayern: 2). Es wurde dem IQTIG zugestimmt, dass der Kernpunkt der Evaluation die unterschiedlichen Verhaltensweisen der einzelnen Länder sei, jedoch sollten auch niedrigschwelligere Maßnahmen wie beispielsweise Auflagen oder schriftliche Abmahnungen zur Evaluation herangezogen werden (GKV-SV: 15 f.).

Zudem solle im Abschlussbericht ergänzt werden, dass die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen bezüglich des „Opt-outs“ zwar, wie vom IQTIG beschrieben, die planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht für sich ausschließen können, doch eine Kündigung von Versorgungsverträgen erst dann zum Tragen kommen, wenn diese von den zuständigen Landesbehörden genehmigt werden (GKV-SV: 15 f.).

IQTIG: Wie im vorliegenden Bericht beschrieben, erfolgt eine Konkretisierung der Evaluation erst im Rahmen des zu erstellenden Evaluationsplans. Die Erstellung des Evaluationsplans war nicht Teil des G-BA-Auftrags zur Darstellung, „wie Veränderungen der Versorgungsqualität [...] evaluiert werden können“ (G-BA 2017). Die Erstellung des Evaluationsplans kann erst bei der konkreten Durchführung der Evaluation unter Kenntnis der dann zu evaluierenden Indikatoren, Leistungsbereiche und Planungszwecke erfolgen.

Die Wahl des Evaluationszeitpunkts sowie die für die mögliche Evaluation zu verwendenden Datenquellen sind im Abschlussbericht in den Abschnitten 7.4

und 7.5 dargestellt. Eine konkretere Darstellung ist erst im Evaluationsplan sinnvoll. Strukturabfragen werden im Vorbericht als „einrichtungsbezogene Dokumentation“ bereits benannt. Für den Abschlussbericht ist der Begriff „Strukturabfrage“ in Tabelle 9 in Abschnitt 7.4 zur Verdeutlichung erwähnt worden.

Systemqualität spielt nach Ansicht des IQTIG bei der Evaluation des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* eine Rolle – die entsprechenden Absätze im Vorbericht wurden durch Nennung des Begriffs „Systemqualität“ im Abschlussbericht ergänzt (siehe Abschlussbericht, Abschnitt 7.3).

Das zu evaluierende Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* kann als komplexe Intervention bezeichnet werden, das auch parallel zu anderen QS-Verfahren oder Interventionen, die die Versorgungsqualität außerhalb der Qualitätssicherung beeinflussen, wirken kann. Dabei kann es in der Tat zu Wechselwirkungen kommen – selbstverständlich müssen diese und andere verzerrende Faktoren im Rahmen der Evaluation betrachtet werden und der Beitrag des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* zu einer beobachteten Wirkung abgeschätzt werden. Nicht intendierte Wirkungen sollen dabei gleichberechtigt mit intendierten Wirkungen evaluiert werden. Weiterhin wurden neben krankenhauserischen Maßnahmen seitens der Landesplanungsbehörden auch aufsichtsrechtliche Maßnahmen als Zielparameter der Evaluation ergänzt (siehe Abschlussbericht, Abschnitt 7.2.3, Abbildung 17, Abschnitt 7.3).

Im Abschlussbericht (Abschnitt 7.2.2) wurde ergänzt, dass Kündigungen (und Abschlüsse) von Versorgungsverträgen von den Planungsbehörden zunächst genehmigt werden müssen.

12 Systemqualität und Systemindikatoren

Es wurde von einer Organisation eine genaue Definition und einheitliche Verwendung der Begrifflichkeiten „Systemqualität“ und „Systemindikator“ gefordert (GKV-SV: 8). Die Verwendung von Systemindikatoren sei für die Krankenhausplanung sinnvoll (GKV-SV: 8; BÄK: 3), indem sie auf regionale Unterversorgung aufmerksam machen können oder bei komplexen Krankheitsbildern bei Verantwortungszuschreibungen helfen (BÄK: 3). Für den Verfahrenszweck planungsrelevanter Qualitätsindikatoren bzw. die Regulierung einzelner Krankenhäuser seien sie jedoch ungeeignet (GKV-SV: 8).

Zwei Organisationen begrüßten die Erwähnung der Systemindikatoren, wünschten sich allerdings nähere Ausführungen im Rahmen vorliegenden Konzepts (BÄK: 15; AWMF: 2). Eine Stellungnahme machte deutlich, dass sowohl Indikatoren, die die Qualität auf Ebene der Krankenhäuser vergleichbar machen, gebraucht werden als auch Systemindikatoren (MAGS NRW: 1).

IQTIG: Systemqualität wird für den vorliegenden Bericht definiert als Versorgungsqualität von Populationen, die auf der Systemebene betrachtet wird. Dabei umfasst Systemqualität den Grad der Erfüllung von Anforderungen auch an Akteure über den einzelnen Leistungserbringer hinaus – gleichwohl liefern Ergebnisse von Systemindikatoren auch für die Leistungserbringer relevante Informationen. Bei Systemqualität können die gleichen Qualitätsdimensionen und Indikatortypen eine Rolle spielen wie bei Qualitätsmessungen zum Leistungserbringervergleich, im Fokus können jedoch auch zusätzliche Aspekte wie die regionale Verfügbarkeit und Erreichbarkeit bzw. Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten stehen (IQTIG 2018: 19 f.). Mit Systemindikatoren werden in vorliegendem Bericht diejenigen bezeichnet, die explizit ganze Populationen bzw. Regionen und nicht einzelne Krankenhäuser adressieren. Aspekte des Zugangs können dabei sowohl krankenhausbazogene Qualität beschreiben als auch Systemqualität (IQTIG 2018: 19 f.). Im Abschlussbericht wurde dies in den Abschnitten 1.1, 7.3 und 8.1 verdeutlicht bzw. ergänzt.

Für die qualitätsorientierte (Angebots-)Kapazitätsplanung kann die Systemqualität, gemessen mithilfe von planungsrelevanten Systemqualitätsindikatoren, ein hilfreiches Instrument sein. Auch die beschriebene Evaluation planungsrelevanter Qualitätsindikatoren kann von Systemindikatoren profitieren. Grundsätzlich dienen Systemindikatoren immer dem übergeordneten Ziel der Qualitätsförderung und -verbesserung. Jedoch ist den den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zugrunde liegenden Normen in § 136c Abs. 2 SGB V und § 8 Abs. 1a, 1b und 2 KHG eindeutig ein Einrichtungsbezug zu entnehmen. Daher hat das IQTIG den Ansatz der Systemqualität in vorliegendem Bericht nicht weiter adressiert.

13 Weiterbeauftragung und Umsetzung des Konzepts

Ein Kritikpunkt mehrerer stellungnahmeberechtigter Organisationen war die fehlende Konkretisierung bzgl. weiterer, möglicher Beauftragungen zur Entwicklung von Indikatoren für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung (DKG: 8, GKV-SV: 4, 16, DGK: 2). Der Vorbericht liefere keine hinreichende Grundlage für eine zielgerichtete Beauftragung von weiteren Indikatorenentwicklungen für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung (DKG: 8). Diesbezüglich wurde in einer Stellungnahme daher der Rückschluss gezogen, dass das IQTIG „alle in der Beauftragung angesprochenen Fragestellungen für lösbar“ halte, sodass angenommen werde, es bestehe die Möglichkeit, Entwicklungen planungsrelevanter Qualitätsindikatoren „leistungs-, fachgebiets- oder fachabteilungsbezogen“ für jeden Planungszweck zu beauftragen (GKV-SV: 4, 16). Der konkrete methodische Lösungsansatz, wie diese Beauftragungen im Detail bearbeitet werden und wie daraus resultierende Indikatorensets ausgestaltet sein könnten, bliebe aber dennoch unklar (GKV-SV: 4, 16). Zudem wäre eine Empfehlung seitens des IQTIG wichtig, ob eine Verfahrensentwicklung primär „für ganze Fachabteilungen“ oder für „Leistungsbündel“ folgen solle (GKV-SV: 11 f.). Die Systematik zur Identifizierung von Grundleistungsbereichen werde klar beschrieben, allerdings bliebe es unklar, ob und wie auf diese Grundleistungsbereiche planungsrelevante Qualitätsindikatoren angewendet werden können (GKV-SV: 11 f.). In einer Stellungnahme wurde darum gebeten, Indikatoren für die spezialisierte Versorgung in Abgrenzung zu Indikatoren für Grundleistungsbereiche darzustellen (DGIM: 2).

Von einer Organisation wurde darauf hingewiesen, dass aufgrund des dargestellten Vorgehens der Indikatorenentwicklung mit einem mehrjährigen Vorlauf bis zur Umsetzung eines QS-Verfahrens mit planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gerechnet werden müsste. Dies sei vor dem Hintergrund eines festgestellten „dringlichen Verbesserungsbedarfs“ bei Qualitätsaspekten für die interventionelle Planung problematisch (GKV-SV: 6). Eine Möglichkeit wäre, weitere bereits vorhandene Qualitätsindikatoren „nach entsprechender methodischen Prüfung durch das IQTIG“ zeitnah für den Planungszweck Intervention einzusetzen (GKV: 6).

Eine Organisation begrüßte die Durchführung von Konzeptstudien zu den „neuen theoretischen Konstrukten ‚Grundleistungsbereiche‘ und ‚Leistungsbündel‘“ sowie die Erprobung von deren Anwendbarkeit in konkreten Verfahren (BÄK: 15).

IQTIG: Für die Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sind für das IQTIG mehrere alternative Vorgehensweisen vorstellbar. Eine ausführliche Darstellung der nachfolgend skizzierten Möglichkeiten sowie deren jeweilige Vor- und Nachteil wurde im Abschlussbericht ergänzt.

Nach Auswahl eines zu adressierenden Versorgungsbereichs durch den G-BA als erstem Schritt wäre es zum einen möglich, dass das IQTIG beauftragt wird, das typische Leistungsspektrum des ausgewählten Versorgungsbereichs im

Sinne von Grundleistungsbereichen bzw. Leistungsbündeln darzustellen, wie es auch bereits im vorliegenden Konzept für die Bereiche Viszeral- und Unfallchirurgie erfolgt ist. Aus den festgelegten Grundleistungsbereichen bzw. Leistungsbündeln könnten dann nochmals einzelne, abgegrenzte Leistungen ausgewählt und für diese planungsrelevante Qualitätsindikatoren für die Planungszwecke Zulassung, Auswahl und Intervention entwickelt werden. Nach Einschätzung des IQTIG bedarf es zur Ausdifferenzierung von Grundleistungsbereichen bzw. Leistungsbündeln sowie der Festlegung möglicher Leistungen einer zusätzlichen Entwicklungszeit von ca. 3 Monaten, wodurch die Erstellung einer entsprechenden Konzeptstudie insgesamt 12 Monate umfassen sollte.

Eine zweite Möglichkeit wäre, dass der G-BA neben einem ausgewählten Versorgungsbereich auch direkt eine bestimmte Leistung festlegt und das IQTIG hierfür mit der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beauftragt. Dies würde dem derzeitigen Vorgehen der Beauftragungen zur Entwicklung von leistungs- bzw. diagnosebezogenen, sektorenübergreifenden QS-Verfahren für die Qualitätsförderung entsprechen und hätte den Vorteil, dass für die Entwicklung die üblichen Entwicklungszeiten angenommen werden können.

Als Alternative zur Entwicklung von leistungsbezogenen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren wäre eine dritte Möglichkeit, dass der G-BA das IQTIG damit beauftragt, für bestimmte Fach- bzw. Teilgebiete (z. B. Chirurgie oder Viszeralchirurgie) Strukturindikatoren bzw. Anforderungen an ein gesamtes Fach- bzw. Teilgebiet zu entwickeln. Vorteil dieses Vorgehens wäre, dass planungsrelevante Qualitätsindikatoren vergleichsweise schnell(er) umgesetzt werden könnten, da Strukturindikatoren zwar die üblichen Entwicklungsschritte, jedoch in der Regel keine Erprobungsphase erfordern (siehe Abschlussbericht, Kapitel 4).

Die dargestellten unterschiedlichen Möglichkeiten zur Neu- und Weiterentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren zeigen, dass sich die Entwicklungsphasen und somit auch die Zeiten bis zur Umsetzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren je nach gewähltem Vorgehen unterscheiden können. Es soll diesbezüglich jedoch nochmals darauf hingewiesen werden, dass für die etwaigen Qualitätsaspekte bzw. Qualitätsindikatoren (für die krankenhauplanerische Intervention) zwar Hinweise für einen erheblichen Verbesserungsbedarf identifiziert wurden, dies aber nicht bedeutet, dass in diesen Bereichen „Gefahr im Verzug“ besteht, weshalb das IQTIG die notwendigen Entwicklungszeiträume bis zur Umsetzung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht als problematisch erachtet.

Der Vorschlag einer Prüfung weiterer bereits vorhandener Qualitätsindikatoren als eine Möglichkeit einer zeitnahen Umsetzung neuer planungsrelevanter Qualitätsindikatoren wird vom IQTIG nicht als sinnvoll erachtet. Dies begründet sich zum einen daraus, dass alle bestehenden QS-Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung bereits im Rahmen des sog. Schritt 1 zur Auswahl und Umsetzung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren hinsichtlich ihrer Eignung für den Planungszweck Intervention geprüft wurden (IQTIG

2016). Zum anderen sind die Verfahren teilweise sektorenübergreifend angelegt, befinden sich in einer Phase der Neuausrichtung, beinhalten keine Strukturindikatoren (Zulassung) oder ermöglichen nicht die Abbildung guter Qualität (Auswahl).

Die Ausführungen zu den Möglichkeiten zur weiteren Beauftragung des IQTIG wurden im Abschlussbericht in Abschnitt 8.2 ergänzt.

14 Sonstige Anmerkungen

In einer Stellungnahme wurde die Befürchtung geäußert, dass durch die gewählten Ansätze „herkömmliche Strukturen der Leistungserbringung und Denkweisen“ gefestigt werden (GQMG: 4).

Es wurde kritisch angemerkt, dass der administrative Aufwand für die Leistungserbringer und Landesplanungsbehörden sehr hoch sei (DGVS: 9).

Eine Organisation forderte eine Entschärfung der Bedeutungs Betonung der Strukturqualitätsvorgaben basierend auf OPS-Ziffern, da diese jährlich angepasst werden und eine Überarbeitung nötig wäre (DGK: 1 f.).

Eine Organisation bemängelt, dass sich in dem Vorbericht kein Hinweis fände, dass Qualitätsmessung auf der Basis von Qualitätsindikatoren methodisch problematisch sei (DNVF: 3).

Von zwei stellungnahmeberechtigten Organisationen wurde der dichotome Beurteilungsmechanismus der Strukturindikatoren in „erfüllt“ und „nicht-erfüllt“ kritisiert (BÄK: 14; StMGP Bayern: 3). Auswirkungen des Konzepts seien aktuell nicht absehbar; befürchtet werde eine Gefährdung der flächendeckenden Versorgung, wenn planungsrelevante Qualitätsindikatoren zu Herausnahmen aus der Krankenhausplanung in schwach versorgten Regionen führe würden (StMGP Bayern: 1 f.), insbesondere bei Strukturindikatoren (StMGP Bayern: 3).

IQTIG: Ob das vorgelegte Konzept zu einer Festigung der bestehenden Strukturen führt oder nicht, kann das IQTIG nicht bewerten. Zunächst betrachtet das IQTIG die Intention des Gesetzgebers als innovativ, dass künftig die Krankenhausplanung definierte Qualitätsstandards und Qualitätskennzahlen der Krankenhäuser nutzen kann und soll. Dabei liegt die Entscheidungshoheit weiterhin bei den Planungsbehörden der einzelnen Länder, sodass die flächendeckende Versorgung nicht gefährdet wird. Nachgewiesener Verbesserungsbedarf der Versorgungsqualität macht aber entsprechende Maßnahmen erforderlich. Eine Begleitevaluation ist bereits angelaufen. Das IQTIG hat im vorliegenden Bericht ein Evaluationskonzept vorgelegt. Erst nach Vorlage der Ergebnisse Ende 2022 können umfassende Aussagen zu den Auswirkungen der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auf die Gesundheitsversorgung getroffen werden.

Über den administrativen Mehraufwand bei den Leistungserbringern kann gegenwärtig noch keine Aussage getroffen werden. Bei den bereits im Regelbetrieb befindlichen Indikatoren liegt beim G-BA eine Bürokratiekostenermittlung vor, aus der auch die Erhebungsaufwände für die Leistungserbringer hervorgehen.

Es ist nicht Gegenstand des vorliegenden Konzepts, die Qualitätsvorgaben aus den Komplexbehandlungen (OPS) aufzugreifen. Statt des IQTIG wäre das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) der geeignete Adressat des Anliegens.

Die Qualitätsmessung von medizinischen Leistungen und von gesundheitlicher Versorgung anhand von Qualitätsindikatoren ist in der Tat anspruchsvoll und macht eine Vielzahl von methodischen Überlegungen notwendig. Dazu gehören eine zielgerichtete, kriteriengeleitete Entwicklung und validierte Indikatoren, sorgsame Auswahl der Datenquellen, Bewertung der Daten unter Beachtung der Reliabilität und Validität ebenso wie eine angemessene Risikoadjustierung und Interpretation der Ergebnisse (Geraedts et al. 2017).

Es hängt von der Eindeutigkeit der Strukturanforderungen ab, ob deren Einhaltung eindeutig feststellbar ist. Allerdings wird man in einigen Fällen eher das als Mindeststandard festlegen, was mit den Strukturen erreicht werden soll: bestimmte Funktionalitäten und Prozessstandards, die durch unterschiedliche strukturelle Lösungen erreicht werden können. Dies käme dem Ziel der Qualitätssicherung am nächsten, eine gute Versorgung zu befördern, bei gleichzeitig größerer Freiheit, dafür effiziente Organisationsformen zu finden.

Literatur

- Arah, OA; Westert, GP; Hurst, J; Klazinga, NS (2006): A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care* 18(Suppl. 1): 5-13. DOI: 10.1093/intqhc/mzl024.
- 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: 19.12.2018).
- Committee on Quality of Health Care in America; Institute of Medicine (2001): Crossing the Quality Chasm. A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C.: National Academy Press. ISBN: 978-0-309-07280-9.
- Döbler, K; Geraedts, M (2018): Ausgewogenheit der Qualitätsindikatorenssets der externen Qualitätssicherung nach §136 SGB V. *ZEFQ – Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 134: 9-17. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.11.004.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2016): 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: 05.09.2018).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017): 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: 19.12.2018).
- 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).
- 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. *Gesundheitswesen* 79(10): e95-e124. DOI: 10.1055/s-0043-112431.
- Goldstein, H; Spiegelhalter, DJ (1996): League Tables and Their Limitations: Statistical Issues in Comparisons of Institutional Performance. *Journal of the Royal Statistical Society. Series A (Statistics in Society)* 159(3): 385-443. DOI: 10.2307/2983325.

- HHS [U. S. Department of Health and Human Services], CMS [Centers for Medicare & Medicaid Services] (2017): Hospital Value-Based Purchasing. [Stand:] September 2017. Baltimore, US-MD: HHS, CMS. ICN 907664. URL: https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Hospital_VBPurchasing_Fact_Sheet_ICN907664.pdf (abgerufen am: 04.12.2018).
- 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: 11.09.2018).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018): Methodische Grundlagen V1.1s. Entwurf für das Stellungnahmeverfahren. Stand: 15.11.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/grundlagen/IQTIG_Metho-dische-Grundlagen-V1.1s-2018-11-15.pdf (abgerufen am: 19.12.2018).
- PSNet [Patient Safety Network] (2017): Failure to Rescue. Last Updated: November 2017. Rockville, US-MD: AHRQ [Agency for Healthcare Research and Quality]. URL: <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/38/failure-to-rescue> (abgerufen am: 26.04.2018).
- SVR-Gesundheit [Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen] (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Gutachten 2018. Bonn: SVR-Gesundheit. URL: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf (abgerufen am: 10.07.2018).