



DEUTSCHES
KRANKENHAUS
INSTITUT

Qualität als Entscheidungskriterium in der Krankenhausplanung

Gutachten

**des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI)
für die
Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und
die Landeskrankenhausgesellschaften**

Dr. Karl Blum
Dr. Christiane Degen
Marianna Khoromska

Kontaktinformationen:

Dr. Karl Blum
Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
Hansaallee 201
40549 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 47 051 – 17
Fax: 0211 / 47 051 – 19
Email: karl.blum@dki.de

Düsseldorf, 01.09.2015

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	5
1 EINLEITUNG.....	7
1.1 HINTERGRUND.....	7
1.2 ZIELE.....	12
1.3 MODULE.....	13
1.3.1 Bestandsaufnahme der Landeskrankenhauspläne.....	13
1.3.2 Anforderungen an eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung.....	13
1.3.3 Internationaler Vergleich einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung	14
1.4 METHODIK.....	15
1.4.1 Projektorganisation.....	15
1.4.2 Erfassung der Qualitätsvorgaben.....	16
1.4.3 Entwicklung von Anforderungen.....	18
1.4.4 Durchführung des internationalen Vergleichs.....	19
2 BESTANDSAUFNAHME DER KRANKENHAUSPLÄNE.....	20
2.1 THEMATISCHE ANALYSE	20
2.2 QUELLEN DER QUALITÄTSVORGABEN	23
2.3 ANALYSE NACH FACHGEBIETEN/KRANKHEITSBILDERN	27
2.3.1 Geriatrie	28
2.3.2 Neonatologie/Geburtshilfe.....	30
2.3.3 Onkologie/Brustzentren	31
2.3.4 Schlaganfall/Stroke Unit	33
2.3.5 Palliativversorgung.....	34
2.3.6 Sonstige Fachbereiche.....	36
2.4 NENNUNG WEITERER QUALITÄTSVORGABEN	38
2.5 BEWERTUNG DER QUALITÄTSVORGABEN AUS KRANKENHAUSSICHT	39
3 ANFORDERUNGEN AN EINE QUALITÄTSORIENTIERTE KRANKENHAUSPLANUNG	45
3.1 GRUNDLAGEN	45
3.1.1 Ziele	45

3.1.2	<i>Fachlich-methodische Anforderungen</i>	48
3.1.3	<i>Finanzierung</i>	50
3.2	QUALITÄTSDIMENSIONEN.....	52
3.2.1	<i>Strukturqualität</i>	52
3.2.2	<i>Prozessqualität</i>	54
3.2.3	<i>Ergebnisqualität</i>	55
3.3	PLANUNGSPROZESS.....	57
3.3.1	<i>Planerstellung</i>	57
3.3.2	<i>Planentscheidung</i>	59
3.3.3	<i>Planumsetzung</i>	62
3.4	QUALITÄTSMASSSTÄBE ANDERER EINRICHTUNGEN.....	64
3.4.1	<i>Qualitätsvorgaben des G-BA</i>	64
3.4.2	<i>Qualitätsvorgaben von Fachgesellschaften</i>	66
3.4.3	<i>Unterschiedliche Qualitätsvorgaben der Bundesländer</i>	70
4	INTERNATIONALER VERGLEICH	73
4.1	SCHWEIZ.....	73
4.1.1	<i>Grundlagen</i>	73
4.1.2	<i>Leistungsgruppen</i>	74
4.1.3	<i>Generelle Anforderungen</i>	78
4.1.4	<i>Leistungsspezifische Anforderungen</i>	80
4.1.5	<i>Evaluationsverfahren</i>	83
4.1.6	<i>Auditverfahren</i>	85
4.1.7	<i>Auswirkungen</i>	86
4.2	ÖSTERREICH.....	88
4.2.1	<i>Grundlagen</i>	88
4.2.2	<i>Qualitätskriterien für Fachgebiete</i>	90
4.2.3	<i>Qualitätskriterien für Einzelleistungen</i>	92
4.2.4	<i>Anforderungen an die Prozess- und Ergebnisqualität</i>	95
4.2.5	<i>Evaluation</i>	96
5	DISKUSSION	98
5.1	AKTUELLER SACHSTAND.....	98

5.2 KÜNFTIGE ANFORDERUNGEN 100

5.3 ÜBERTRAGBARKEIT INTERNATIONALER ANSÄTZE 102

5.4 AUSBLICK 106

LITERATUR 108

Zusammenfassung

Gemäß dem aktuellen Koalitionsvertrag sowie dem Entwurf zum Krankenhaus-Strukturgesetz soll künftig auch die Qualität ein Entscheidungskriterium der Krankenhausplanung bilden. Eine nicht ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses soll rechtliche Konsequenzen für die Aufnahme bzw. den Verbleib im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes haben.

Vor diesem Hintergrund haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landeskrankenhausgesellschaften das Deutsche Krankenhausinstitut beauftragt, Anforderungen an eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung aus Krankenhaussicht zu entwickeln. Daneben erfolgten eine Analyse der qualitätsorientierten Vorgaben in den Krankenhausplänen aller Bundesländer sowie ein internationaler Vergleich mit ausgewählten Ländern.

Schon heute gibt es in vielen Bundesländern krankenhauserische Qualitätsvorgaben. Deren Grundlage bilden aktuell insbesondere Fachplanungen der Bundesländer, Leitlinien und Zertifikate von Fachgesellschaften sowie Richtlinien des G-BA. Die am häufigsten geregelten Fachbereiche sind die Geriatrie, die Neonatologie/Geburtshilfe und die Onkologie. Nach Qualitätsdimensionen beziehen sich die meisten Vorgaben auf die Strukturqualität (Personal, baulich-technische Ausstattung, Mengen etc.). Allerdings ist eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Deutschland bislang wenig entwickelt. Daher ist eine deutliche Systematisierung und Fundierung dringend erforderlich. Das gilt für alle maßgeblichen Schritte des Planungsprozesses, also die Planerstellung, die Planentscheidung und die Planumsetzung:

In der Planerstellung muss die Auswahl von Leistungsbereichen und Qualitätsindikatoren anhand definierter Kriterien gut begründet sein. Krankenhausplanerische Qualitätsvorgaben sollten praktikabel, evidenzbasiert und justizierbar sein. Vor Aufnahme von Qualitätsvorgaben in den Krankenhausplan sind Machbarkeitsuntersuchungen durchzuführen, welche insbesondere die Auswirkungen auf die flächendeckende Versorgung, die Finanzierbarkeit und die Praktikabilität zum Thema haben. Bei der Entwicklung krankenhauserischer Qualitätsvorgaben ist die Finanzierung unbedingt zu berücksichtigen. Etwaige Folgekosten sind komplett zu refinanzieren. Das gilt gleichermaßen für die Investitionskosten und die Betriebskosten.

Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss über Planentscheidungen letztlich sanktionsbewährt sein, d.h. Verstöße gegen diesbezügliche Qualitätsvorgaben müssen krankenhauserisch sanktioniert werden können. Ein darauf basierender Versorgungsausschluss sollte sich aber nur auf die Leistungen beschränken, deren Vorgaben das Krankenhaus nicht erfüllt (partieller Versorgungsausschluss). Die Nicht-Erfüllung bestimmter Qualitätsvorgaben sollte in der Regel die Schließung ganzer Fachabteilungen oder eines Krankenhauses ausschließen. Bei etwaigen Verstößen gegen krankenhauserische Qualitätsvorgaben sind den betroffenen Krankenhäusern angemessene Karenzzeiten zu ihrer Erfüllung einzuräumen.

In der Planumsetzung muss die etwaige Kontrolle krankenhauserischer Qualitätsvorgaben bei den Krankenhäusern seitens der Landesplanungsbehörden auf eindeutigen, nachvollziehbaren und justiziablen Regeln basieren. Das betrifft vor allem den Ablauf von Prüfverfahren, Zuständigkeiten, Rechte und Pflichten der Verfahrensbeteiligten sowie Karenz- und Ausnahmeregelungen. Die Krankenhausplanung ist eine hoheitliche Aufgabe der Bundesländer. Wesentliche Aspekte des Planungsprozesses können deswegen nicht an nicht-neutrale Dritte delegiert werden (z.B. dem MDK oder externe Zertifizierer). Die Auswirkungen krankenhauserischer Qualitätsvorgaben auf die stationäre Versorgung sind regelmäßig zu evaluieren.

International existieren teilweise schon weitergehende Ansätze einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung. Eine Übertragung dieser Ansätze auf die Krankenhausplanung in Deutschland ist jedoch wenig sinnvoll. Im internationalen Vergleich ist die Qualitätssicherung in Deutschland im Wesentlichen bundeseinheitlich über die gemeinsame Selbstverwaltung im G-BA geregelt. Eine Doppelstruktur der Qualitätssicherung im Rahmen der Krankenhausplanung auf Landesebene mit vergleichbaren Strukturen ist daher im Grundsatz systemfremd.

Angesichts des in Deutschland erreichten Niveaus der Qualitätssicherung im Krankenhaus muss die Qualität nicht erst mittels der Krankenhausplanung in die stationäre Versorgung implementiert werden. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung bietet, über die bereits heute zahlreich existierenden Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung hinaus, jedoch Chancen einer Weiterentwicklung der stationären Versorgungsqualität. Bei unzureichender Ausgestaltung birgt sie aber auch Risiken vor allem hinsichtlich der Bedarfsgerechtigkeit, Flächendeckung, Leistungsfähigkeit und Finanzierung der Krankenhausversorgung.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Nach dem aktuellen Koalitionsvertrag, dem Eckpunktepapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform sowie dem Entwurf zum Krankenhaus-Strukturgesetz soll künftig auch die Qualität ein Entscheidungskriterium der Krankenhausplanung bilden. Eine nicht ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses soll rechtliche Konsequenzen für die Aufnahme bzw. den Verbleib im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes haben. Vor diesem Hintergrund haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Landeskrankenhausesellschaften das Deutsche Krankenhausinstitut beauftragt, Anforderungen an eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung aus Krankenhaussicht zu entwickeln.

Dabei werden die medizinischen Leistungen der Krankenhäuser in Deutschland bereits heute in einem qualitätsgesicherten und qualitätsfördernden Rahmen erbracht, der international größte Anerkennung genießt. Das interne Qualitätsmanagement, das die Krankenhäuser gesetzlich verbindlich vorzuhalten haben, wird zusätzlich vielfach durch freiwillige Zertifizierungen ergänzt. Art und Umfang der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur externen stationären Qualitätssicherung sind weltweit ohne Beispiel (DKG, 2014). Auch das Institut nach § 137a SGB V attestiert den Krankenhäusern regelmäßig ein hohes Qualitätsniveau: Laut Qualitätsreport 2013 des AQUA-Instituts wurden in diesem Jahr in 1.557 Krankenhäusern mehr als 3,2 Millionen Datensätze zu 434 Qualitätsindikatoren aus 30 Leistungsbereichen erhoben. Dabei wurde ein flächendeckend stabiles Qualitätsniveau in den deutschen Krankenhäusern festgestellt (AQUA-Institut, 2014).

Ungeachtet dessen sieht die aktuelle Bundesregierung noch Weiterentwicklungsbedarf im Bereich der Qualitätssicherung. Nach dem Koalitionsvertrag der Großen Koalition soll für den Bereich „Gesundheit und Pflege“ mit einer sog. „Qualitätsoffensive“ vor allem die Qualität der stationären Versorgung weiter verbessert werden. Neben dem neu gegründeten Institut für Qualitätssicherung und Transparenz (IQTIG), modellhaften Qualitätsverträgen der Krankenhäuser mit einzelnen Krankenkassen und der Einführung von Pay-for-Performance-Modellen soll insbesondere Qualität als ein Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung Be-

rücksichtigung finden. Demnach soll die Leistungsqualität von Krankenhäusern über die Krankenhausplanung bzw. über den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser gesteuert und - ggf. positiv oder negativ - sanktioniert werden (Koalitionsvertrag, 2013).

Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe hat Ende 2014 Eckpunkte für eine Krankenhausreform vorgelegt. Speziell für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sind dabei die folgenden Eckpunkte festgehalten (Bund-Länder-AG, 2014):

- Der Gesetzeszweck der wirtschaftlichen Sicherung von Krankenhäusern in § 1 Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) wird um das Ziel der patientengerechten sowie qualitativ hochwertigen Versorgung als Grundlage für Entscheidungen der Krankenhausplanung erweitert.
- Dazu wird ein gesetzlicher Auftrag an den G-BA gerichtet, bis zum 31.12.2016 erste Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu entwickeln, die geeignet sind, rechtssichere Kriterien und Grundlagen für Planungsentscheidungen der Länder zu sein (planungsrelevante Indikatoren). Dabei wird die Zuordnung von Leistungen zu planungsrelevanten Indikatoren angestrebt.
- Die Qualitätsindikatoren des G-BA sind als Empfehlungen an die Länder zum Zwecke einer qualitätsgesicherten Krankenhausplanung zu übermitteln. Die Länder können die Qualitätsindikatoren des G-BA sowie ergänzende Maßgaben des Landes durch landesrechtliche Regelungen zum verbindlichen Bestandteil ihrer Krankenhausplanung machen.
- Der G-BA wird verpflichtet, den Ländern zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren regelmäßig einrichtungsbezogen die Auswertungsergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung sowie Bewertungskriterien zur Verfügung zu stellen. Planungsrelevante Indikatoren werden quartalsweise an das Institut nach § 137a SGB V übermittelt und das Auswertungsverfahren einschließlich des strukturierten Dialogs wird für diese Indikatoren verkürzt. Die zeitnahe Lieferung der Auswertungen zu den planungsrelevanten Indikatoren an die Länder wird gesetzlich vorgegeben.

- Die rechtlichen Grundlagen werden dafür geschaffen, dass eine nicht oder nicht ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses rechtliche Konsequenzen auch für die Aufnahme bzw. den Verbleib der Einrichtung im Krankenhausplan des Landes haben wird.
- Die Länder können durch Landesrecht bestimmen, dass - soweit sie planungsrelevante Qualitätsindikatoren des G-BA sowie ergänzende Maßgaben des jeweiligen Landes verbindlich für die Krankenhausplanung gesetzlich verankert haben -, die Gewähr dieser Indikatoren und Maßgaben Voraussetzung für die Aufnahme und den Verbleib eines Krankenhauses im Krankenhausplan eines Landes sind. Zudem sind diese Indikatoren und Maßgaben im Rahmen des Auswahlmessens der zuständigen Behörde bei einer nach § 8 Absatz 2 Satz 2 KHG notwendigen Auswahl zwischen mehreren Krankenhäusern verbindlich zugrunde zu legen.

In Umsetzung des Eckpunktepapiers der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform hat das Bundesministerium für Gesundheit Ende April 2015 den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhaus-Strukturgesetz – KHSG) vorgelegt. Die wesentlichen Inhalte des Referentenentwurfs hinsichtlich einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung werden nachfolgend vorgestellt (vgl. im Einzelnen Bundesministerium für Gesundheit, 2015):

- Danach wird im Krankenhausfinanzierungsgesetz der Gesetzeszweck der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser um das Ziel einer qualitativ hochwertigen und patientengerechten Versorgung in den Krankenhäusern erweitert. Mit der Verankerung des neuen Zielkriteriums der patientengerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung werden, so die amtliche Begründung zum Referentenentwurf, die Planungsinhalte der Krankenhausplanung erweitert und damit die Anforderungen an leistungsfähige Krankenhäuser erhöht. Die Änderung bewirkt zudem, dass die Länder bei den aufzustellenden Krankenhausplänen und Investitionsprogrammen das Ziel einer patientengerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung umzusetzen haben.

- Der G-BA beschließt Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind. Inhaltlich über das Eckpunktepapier hinausgehend, wird in der amtlichen Begründung darauf verwiesen, dass bisher regelmäßig keine Beplanung einzelner Leistungen oder Leistungsbereiche, sondern von Abteilungen erfolge. Damit die Indikatoren sich für Zwecke der Planung eignen, müssten diese daher z.B. in der Zusammenschau eines Indikatorensets die Bewertung der Versorgungsqualität einer Abteilung ermöglichen. Auf Grundlage von Anforderungen der Weiterbildung könne der G-BA in den jeweiligen Abteilungen sog. Grundleistungsbereiche benennen, die das typische Leistungsspektrum der jeweiligen Abteilungsart abbilden und als Basis für die festzulegenden Indikatoren gelten können.
- Der G-BA übermittelt die Beschlüsse zu diesen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren als Empfehlungen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden erstmalig bis zum 31. Dezember 2016. In der amtlichen Begründung wird hierzu ausgeführt, dass die Fristsetzung deutlich macht, dass bei diesem ersten Beschluss nicht an eine Entwicklung neuer Indikatoren gedacht ist. Vielmehr sei der G-BA gehalten, insbesondere aus den vorhandenen Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung geeignete Indikatoren auszuwählen bzw. zusammenzustellen. Künftig hat der G-BA kontinuierlich weitere planungsrelevante Indikatoren zu bestimmen und notwendige Anpassungen bereits empfohlener Indikatoren vorzunehmen.
- Der G-BA übermittelt den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden regelmäßig einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse der einrichtungsübergreifenden stationären Qualitätssicherung zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern. Die zu liefernden Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Auswertungsergebnisse müssen, so die amtliche Begründung zum Referentenentwurf, die Länder in die Lage versetzen, mindestens beurteilen zu können, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich bzw. in einer Abteilung im Vergleich mit anderen Häusern gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität aufweist. Da die Länder die Auswertungsergebnisse nach Maßgabe ihrer landesrechtlichen Bestimmungen bei Planungsentscheidungen berücksichtigen sollen, ist es von besonderer Bedeutung, dass die entsprechenden Daten möglichst zeitnah,

vollständig und valide vorliegen. Der G-BA erhält daher den Auftrag, dass Auswertungsverfahren einschließlich des strukturierten Dialogs mit der Datenvalidierung für die planungsrelevanten Indikatoren um bis zu sechs Monate zu verkürzen.

- Laut Referentenentwurf sind die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren verbindlicher Bestandteil des Krankenhausplans des Landes, es sei denn, das Land entscheidet sich ausdrücklich dagegen. Die Länder haben im Rahmen ihrer Planungshoheit die Möglichkeit, durch Landesrecht die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren entweder generell auszuschließen, einen Ausschluss einzelner Qualitätsindikatoren vorzusehen oder weitergehende Qualitätsanforderungen in ihrer Krankenhausplanung zu verankern. Im Vergleich zum Eckpunktepapier erfolgt damit eine Akzentverschiebung zugunsten des G-BA: Ist dort davon die Rede, dass die Länder die Empfehlungen des G-BA zu den planungsrelevanten Indikatoren übernehmen und zum verbindlichem Bestandteil der Krankenhausplanung machen können, sind sie nach dem Referentenentwurf verbindlicher Bestandteil der Krankenhausplanung vorbehaltlich einer anderweitigen Entscheidung des jeweiligen Landes.
- Krankenhäuser, die bei den für sie maßgeblichen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nicht nur vorübergehend und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Mit den entsprechenden Neuregelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes werden die rechtlichen Grundlagen dafür geschaffen, dass eine nicht oder nicht mehr ausreichend qualitätsgesicherte Leistungserbringung eines Krankenhauses rechtliche Konsequenzen auch für die Aufnahme bzw. den Verbleib der Einrichtung im Krankenhausplan des Landes hat. Laut amtlicher Begründung zum Referentenentwurf verbleibt dem Land insoweit die Entscheidungshoheit über die Aufnahme bzw. den Verbleib des Krankenhauses im Krankenhausplan, als es im Einzelfall festzustellen hat, ob das Krankenhaus in einem erheblichen Maß und nicht nur vorübergehend unzureichende Qualität aufweist. Die Verhältnismäßigkeit des Eingriffs in die Rechte des Krankenhauses ist somit im konkreten Fall zu prüfen. Die Feststellung der unzureichenden Qualität kann auch nur eine oder mehrere

Fachabteilungen eines Krankenhauses betreffen, sodass die Entscheidung über Nichtaufnahme bzw. den Verbleib im Krankenhausplan insoweit nur auf diesen Teil des Krankenhauses zu beschränken ist.

1.2 Ziele

Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung hat - potentiell - weitreichende Auswirkungen auf die Vorhaltung von Krankenhäusern und die Versorgungslandschaft. Die Bewertungskriterien hierfür relevanter Qualitätsvorgaben sollten durch die Krankenhäuser bzw. Krankenhausgesellschaften und Krankenhausverbänden aktiv mitgestaltet werden.

Vor diesem Hintergrund haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und die 16 Landeskrankhausgesellschaften das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI) mit einem Projekt zur „Qualität als Entscheidungskriterium in der Krankenhausplanung“ beauftragt. Mit dem Projekt sollen die Krankenhäuser, Krankenhausgesellschaften und –verbände für die anstehende politische Diskussion zum Thema gezielt unterstützt werden.

Zentrales Ziel des Projektes ist es, Grundvoraussetzungen für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung aus Krankenhausebene zu entwickeln und zu formulieren. Konkret sollen grundlegende Anforderungen definiert und bewertet werden, die an Qualitätskriterien für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung (Gütekriterien) und an Verfahren zur Entwicklung neuer oder die Auswahl bestehender Qualitätskriterien für die Anwendung in der qualitätsorientierten Krankenhausplanung zu stellen sind (Verfahrensgrundsätze). Es war hingegen nicht das Projektziel, diesbezügliche Qualitätsindikatoren oder Verfahren zu ihrer Herleitung, Implementation und Überprüfung zu entwickeln.

Zur besseren Einordnung der Ergebnisse erfolgen daneben eine Analyse der qualitätsorientierten Vorgaben in den Krankenhausplänen aller Bundesländer sowie ein internationaler Vergleich mit Ansätzen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung in ausgewählten Ländern (Österreich und Schweiz).

1.3 Module

In Umsetzung dieser allgemeinen Zielvorgaben umfasst das Projekt somit konkret die folgenden drei Module:

- Bestandsaufnahme der Qualitätsvorgaben in den Landeskrankenhausplänen
- Definition von Anforderungen an eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung
- Internationaler Vergleich einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung

1.3.1 Bestandsaufnahme der Landeskrankenhauspläne

Ziel der Bestandsaufnahme zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung ist eine umfassende Analyse bzw. Systematisierung der einschlägigen Vorgaben in den bestehenden Landeskrankenhausplänen der 16 Bundesländer.

Zwar sind entsprechende Übersichten bereits verschiedentlich erstellt worden (vgl. z.B. DKG, 2014, IGES, 2012). Es existiert aber bisher kein systematischer Vergleich nach einheitlichen Kriterien.

Vor diesem Hintergrund sind im vorliegenden Projekt die qualitätsorientierten Planungsvorgaben der Bundesländer zum einen nach Fachgebieten bzw. Krankheitsbildern aufbereitet worden. Zum anderen erfolgte je Fachbereich bzw. Krankheitsbild eine Analyse der jeweiligen Qualitätsvorgaben nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität respektive nach Strukturkriterien (wie personelle oder bauliche Vorgaben), Prozesskriterien (z.B. medizinische Behandlung und Pflege) und Ergebniskriterien (etwa patienten- oder organisationsbezogene Ergebnisse).

1.3.2 Anforderungen an eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung

Im Rahmen dieses Moduls waren Grundvoraussetzungen zu definieren und zu bewerten, die allgemeine oder grundlegende Anforderungen an Qualitätsindikatoren oder -vorgaben im Rahmen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung darstellen.

Die Erfüllung dieser Anforderungen wäre somit aus Sicht der Krankenhäuser, Krankenhausgesellschaften und -verbände eine notwendige Voraussetzung für die Berücksichtigung entsprechender Vorgaben in der Krankenhausplanung. Die Nicht-Erfüllung oder Nicht-Erfüllbarkeit dieser Anforderungen wäre umgekehrt ein Ausschlusskriterium für die Berücksichtigung bestimmter Qualitätsvorgaben in der Krankenhausplanung.

Die Anforderungen betrafen dabei gleichermaßen fachlich-methodische, organisatorische, finanzielle sowie praktische Aspekte krankenhauserischer Qualitätsvorgaben. Im Einzelnen wurden Anforderungen für die Grundlagen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung, für die relevanten Qualitätsdimensionen, für den Prozess der Krankenhausplanung sowie zum Verhältnis von krankenhauserischen und anderen Qualitätsvorgaben festgelegt.

Es war dabei ausdrücklich nicht der Projektauftrag, die in der o.g. Bestandsaufnahme ermittelten Qualitätsvorgaben mittels der entwickelten Anforderungen empirisch zu überprüfen.

1.3.3 Internationaler Vergleich einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung

Im internationalen Vergleich existieren teilweise schon weitergehende Ansätze einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung, deren Adaptierbarkeit auf die deutschen Verhältnisse ggf. zur Diskussion stehen könnte. Deswegen sollte im Projekt eine Kurzdarstellung entsprechender Ansätze für zwei ausgewählte Länder erfolgen.

In Abstimmung mit den Auftraggebern fiel die Wahl dabei auf Österreich und die Schweiz. Neben praktischen Gründen (Sprache, gute Zugänglichkeit und Verfügbarkeit von relevanten Planungsdokumenten etc.) sprach für diese Auswahl vor allem ein vergleichbares Krankenhausfinanzierungssystem wie in Deutschland (Fallpauschalensystem) sowie die föderale Struktur der beiden Länder.

Die qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Österreich und der Schweiz wurde insbesondere mit Blick auf die Entwicklung entsprechender Qualitätsvorgaben, deren wesentliche Inhalte sowie den Krankenhausplanungsprozess analysiert. Ein Bezug und Vergleich zu den Möglichkeiten in Deutschland wird hergestellt.

1.4 Methodik

Die Durchführung der genannten Projektmodule erfolgte mittels unterschiedlicher methodischer Ansätze, die nachfolgend dargestellt sind. Zuvor wird die Projektorganisation beschrieben.

1.4.1 Projektorganisation

Entsprechend dem Projektziel, die Krankenhäuser, Krankenhausgesellschaften und –verbände für die anstehende politische Diskussion zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung zu unterstützen, ist das Projekt in enger Abstimmung zwischen DKG, Landeskrankenhausgesellschaften und DKI durchgeführt worden. Die Krankenhausgesellschaften waren deswegen nicht nur in die Projektsteuerung involviert, sondern haben arbeitsteilig auch an der Umsetzung einzelner Projektmodule mitgewirkt.

Im Rahmen der Projektorganisation gab es daher sowohl einen Projektbeirat als auch jeweils einen Projektverantwortlichen pro Landeskrankenhausgesellschaft:

Der Projektbeirat bestand aus sieben Mitgliedern, im Einzelnen je drei Vertretern der DKG und der Landeskrankenhausgesellschaften sowie dem Projektleiter beim DKI. Organisatorisch übernahm er die zentrale Projektsteuerung vor allem hinsichtlich der Festlegung der Projektziele, des methodischen Vorgehens sowie der Bewertung der Projektergebnisse. Inhaltlich hat er vor allem die Anforderungen an eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung im Rahmen von zwei Projektworkshops mitentwickelt bzw. abschließend konsentiert.

Darüber hinaus gab es in jeder Landeskrankenhausgesellschaft jeweils einen zentralen Projektverantwortlichen. Anhand einer einheitlichen Erfassungsmatrix haben die Projektverantwortlichen die Qualitätsvorgaben in den Krankenhausgesetzen und Krankenhausplänen ihres Bundeslandes erfasst. Des Weiteren waren sie in einem schriftlichen Review-Verfahren an der Entwicklung der Anforderungen an eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung beteiligt.

An dieser Stelle sei den Mitgliedern des Projektbeirats und den Projektverantwortlichen für ihr großes Engagement und ihre kompetente Unterstützung des Projektes herzlich gedankt.

1.4.2 Erfassung der Qualitätsvorgaben

Die Bestandsaufnahme der Qualitätsvorgaben in den Bundesländern erfolgte mittels Inhaltsanalysen der 16 Landeskrankenhauspläne. Zu diesem Zweck hat das DKI eine einheitliche Erfassungsmatrix entwickelt. Tab. 1 zeigt das Muster der Erfassungsmatrix.

Tab. 1: Erfassungsmatrix (Muster)

Kriterium	Inhalt
Thema der Qualitätsvorgabe	
- Thema/Gegenstand	
Quelle der Qualitätsvorgabe	
- Landeskrankenhausgesetz	
- Landeskrankenhausplan	
- Sonstige	
Strukturqualität	
- Personal	
- Baulich-technische Ausstattung	
- Mengen	
- Organisation	
- Sonstige Strukturanforderungen	
Prozessqualität	
- Behandlung	
- Pflege	
- Therapeutische Versorgung	
- Patientenüberleitung in/aus Krankenhaus	
- Sonstige Prozessanforderungen	
Ergebnisqualität	
- Patientenbezogene Ergebnisse	
- Organisationsbezogene Ergebnisse	
- Sonstige Ergebnisanforderungen	

Die Erfassungsmatrix war getrennt nach Themenbereichen zu bearbeiten, etwa Krankheitsbilder oder Fachgebiet. D.h. für jedes Thema war eine separate Matrix auszufüllen. Daneben war die jeweilige Quelle anzugeben, also Landeskrankenhausgesetz oder –plan; für den Fall,

dass dort ausdrücklich auf andere fachliche Vorgaben verwiesen wird (z.B. Leitlinien von Fachgesellschaften), war die entsprechende Quelle zu benennen. Inhaltlich unterscheidet die Erfassungsmatrix zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien:

Bezogen auf die Strukturqualität war anzukreuzen, ob für den jeweiligen Themenbereich Anforderungen definiert sind in den Bereichen Personal (z.B. Mindestbesetzungen, Personalschlüssel, Fachkraftquoten, Qualifikationsniveau), baulich-technische Ausstattung (apparative oder bauliche Vorgaben), Mengen (Mindestmengen/Mindestanzahl von Fällen, Betten, Intensivbetten etc.) oder Organisation (etwa Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme oder externe Qualitätssicherung). Falls ja, waren die jeweiligen Anforderungen (kurz) wiederzugeben.

Hinsichtlich der Prozessqualität war zu unterscheiden zwischen Anforderungen in den Bereichen Behandlung (Durchführung von Diagnostik und Therapie), Pflege (Pflegeplanung, Pflegestandards, Pflegesystem etc.), therapeutische Versorgung (bezogen auf therapeutische oder technische Gesundheitsfachberufe und deren Leistungen) sowie Patientenüberleitung ins bzw. aus dem Krankenhaus (Überleitungsmanagement, Kooperation mit anderen Leistungserbringern oder Sektoren).

Bei der Ergebnisqualität war zwischen patientenbezogenen Ergebnissen (Messung/Überprüfung von bestimmten Indikatoren der Ergebnisqualität: somatisch, psychisch, sozial etc.) und organisationsbezogenen Ergebnissen zu trennen (z.B. Liegezeiten/Verweildauern, Zertifizierungen).

Bezogen auf die Zertifizierung war anzukreuzen, ob für den jeweiligen Themenbereich Zertifizierungsverfahren im Krankenhausplan gefordert sind. Falls ja, war das Verfahren zu benennen bzw. anzugeben, wer die Zertifizierung durchführt (z.B. Fachgesellschaften).

Über die bloße Erfassung hinaus sollten die Projektverantwortlichen in den Landeskrankenhausgesellschaften die Qualitätsvorgaben ihres Bundeslandes auch bewerten. Konkret waren hier jeweils (maximal) drei Qualitätsvorgaben aus dem Landeskrankenhausgesetz/-plan zu benennen, die aus Sicht der jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaft besonders problematisch bzw. besonders sinnvoll sind. Die jeweilige Auswahl war kurz zu begründen.

Darüber hinaus waren Qualitätsvorgaben aufzuführen, die (bislang) nicht im Landeskrankenhausgesetz/-plan aufgeführt waren oder sind. Dies betrifft vor allem aktuell in der Diskussion befindliche Qualitätsvorgaben für die Krankenhausplanung des jeweiligen Bundeslandes, z.B. mit Blick auf ggf. anstehende Neufassungen des Landeskrankenhausgesetzes/-plans, aber auch in der Vergangenheit diskutierte Qualitätsvorgaben, die nicht in Landeskrankenhausgesetz/-plan eingeflossen sind. Die jeweiligen Qualitätsvorgaben sollten benannt und kurz beschrieben werden. Eine Bewertung war nicht erforderlich.

1.4.3 Entwicklung von Anforderungen

Die Entwicklung der Anforderungen für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung erfolgte methodisch in drei Schritten:

Zunächst wurden in einem Workshop des Projektbeirats grundlegende Anforderungen anhand von ausgewählten Leitfragen entwickelt. Die Leitfragen betrafen die Ziele, Chancen und Grenzen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung, die praktischen und fachlich-wissenschaftlichen Anforderungen hieran, das Verhältnis von Qualitätsvorgaben der Bundesländer untereinander, zu den Qualitätsvorgaben des G-BA und der Fachgesellschaften sowie die Rolle von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Ergebnisse dieses Workshops sind anschließend in Thesenform und nach den Leitfragen geordnet aufbereitet worden. Das entsprechende Thesenpapier ist dann den Projektverantwortlichen der 16 Landeskrankenhausgesellschaften zugeleitet worden. In einem schriftlichen Review-Verfahren wurden die Projektverantwortlichen um eine Kommentierung dieser Thesen aus Sicht ihrer Landeskrankenhausgesellschaft gebeten. Dabei konnten Differenzierungen oder Erweiterungen der Anforderungskriterien, Fragen oder Verbesserungsvorschlägen, aber auch Kritik oder Ablehnung eingebracht werden.

Basierend auf Vorarbeiten des DKI und den Beiträgen des Projektbeirats und der Landeskrankenhausgesellschaften sind abschließend die Anforderungen für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung formuliert worden.

1.4.4 Durchführung des internationalen Vergleichs

Im Zuge der in Deutschland geführten Diskussion um die Einführung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung ist deren konkrete Ausgestaltung noch weitgehend offen. Um die Gestaltungsmöglichkeiten und Auswirkungen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung besser beurteilen zu können, werden daher zwei Länder untersucht, in denen eine Qualitätsorientierung bereits Einzug in die Krankenhausplanung gefunden hat.

In der Schweiz und Österreich werden unterschiedliche Ansätze für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung umgesetzt. Im Rahmen des internationalen Vergleichs wurden die jeweiligen Ansätze näher beschrieben und analysiert. Zu diesem Zweck wurden insbesondere die einschlägigen rechtlichen und krankenhauserischen Dokumente gesichtet und inhaltsanalytisch aufbereitet (wie Gesetze, Verordnungen, Krankenhauspläne, Konzeptionspapiere etc.).

Maßgebliche Themenbereiche des internationalen Vergleichs bildeten insbesondere die rechtlichen Grundlagen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung, ihre wesentlichen Inhalte nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, der Ablauf des Planungsverfahrens vor allem im Hinblick auf die Aufnahme in den Krankenhausplan bzw. den Versorgungsausschluss in Abhängigkeit von der Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung krankenhauserischer Qualitätsvorgaben sowie die Auswirkungen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung auf die Versorgungslandschaft.

Abgerundet wird die internationale Analyse durch einen jeweiligen Vergleich der qualitätsorientierten Krankenhausplanung in Österreich und der Schweiz mit der Situation in Deutschland bzw. einer Bewertung zur Übertragbarkeit auf die Krankenhausplanung hierzulande.

2 Bestandsaufnahme der Krankenhauspläne

Schon heute gibt es in vielen Bundesländern krankenhauserische Qualitätsvorgaben. Deren Erfassung erfolgte im Wesentlichen über die Projektverantwortlichen in den Landeskrankengesellschaften mittels einer standardisierten Erfassungsmatrix. Nachfolgend sind die Ergebnisse aufbereitet und systematisiert.

2.1 Thematische Analyse

Die Erfassung der Qualitätsvorgaben gemäß Erfassungsmatrix war getrennt nach Themenbereichen zu bearbeiten, d.h. für jedes Thema war eine separate Matrix auszufüllen (vgl. Kap. 1.4.2). Die entsprechenden Angaben wurden mittels einer quantitativen Inhaltsanalyse aufbereitet. Die Ergebnisse der thematischen Analyse können, differenziert nach Bundesländern, im Einzelnen der Tab. 2 entnommen werden.

Ausdrücklich erfasst sind dort nur Themenbereiche, die in mehr als einem Bundesland Gegenstand krankenhauserischer Qualitätsvorgaben sind. Singuläre Themen in den Bundesländern, die statistisch auch in der Summe von untergeordneter Bedeutung waren, sind mithin nicht explizit berücksichtigt. Die thematische Analyse beschränkt sich ausschließlich auf Qualitätsvorgaben für einzelne Fachgebiete oder Krankheitsbilder.

Nicht erfasst sind mithin Basis- oder Querschnittsthemen, die (ggf. seit langem) standardmäßig in vielen Krankenhausplänen und Krankenhausgesetzen aufgeführt sind oder auf die dort verwiesen wird (wie Notfallversorgung, Hygiene, allgemeine Vorgaben zur Personalvorhaltung). Eher allgemeine Qualitätsvorgaben ohne konkrete Spezifikation, etwa für bestimmte Patientengruppen (z. B. kinder-, behinderten-, migrantenfreundliches Krankenhaus etc.), fanden gleichfalls keine Berücksichtigung. Eine primär versorgungsplanerisch geleitete Ausweisung von Zentren oder besonderen Versorgungsschwerpunkten wurde in die thematische

Analyse nur dann einbezogen, wenn darüber hinausgehend explizit Qualitätsvorgaben im Krankenhausplan aufgeführt sind (vor allem bei Brust- oder Perinatalzentren).¹

Insgesamt konnten im Rahmen der thematischen Analyse 13 Fachgebiete oder Krankheitsbilder mit Mehrfachnennungen identifiziert werden, für die bereits heute krankenhauserische Qualitätsvorgaben existieren. In der Summe über alle Bundesländer waren diese Themen 69mal Gegenstand einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung.

Die am häufigsten geregelten Bereiche bilden demnach die Geriatrie und die Neonatologie/Geburtshilfe in jeweils zwölf Bundesländern.

In absteigender Reihenfolge folgen Onkologie/Brustzentren (sieben Bundesländer mit 8 Nennungen)² sowie Schlaganfall/Stroke Unit (sieben Bundesländer) und die Palliativversorgung (sechs Bundesländer). In jeweils vier Bundesländern gibt es Qualitätsvorgaben für die Frührehabilitation, die Orthopädie/Unfallchirurgie, die Kardiologie und die Gefäßmedizin. Die übrigen in Tab. 2 aufgeführten Fachgebiete sind dahingegen vergleichsweise selten Gegenstand einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung.

Differenziert nach Bundesländern gibt es in Nordrhein-Westfalen und Berlin die meisten qualitätsbezogenen Themenbereiche. In den meisten übrigen Bundesländern beziehen sich die entsprechenden Qualitätsvorgaben auf weniger Fachbereiche oder Krankheitsbilder. Lediglich in Bremen und Niedersachsen sind keine Qualitätsvorgaben in den Landeskrankenhausplänen aufgeführt. Allerdings gibt es in Niedersachsen „Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung der geriatrischen Angebotsstrukturen in Niedersachsen“ mit vergleichbarer Verbindlichkeit (in Tab. 2 nicht explizit erfasst, da nicht im Krankenhausplan genannt).

¹ Vor allem vor dem Hintergrund, dass die Unterscheidungen zwischen Bedarfs-/Versorgungsplanung und qualitätsbezogenen Planungsvorgaben, zwischen Basis-/Querschnittsthemen und fachgebiets-/ krankheitsspezifischen Themen sowie zwischen allgemeinen und konkreten Qualitätsvorgaben in den Landeskrankenhausplänen nicht immer trennscharf sind, ist, je nachdem, eine Unter- oder Übererfassung der erfassten Themen gemäß Tab. 2 nicht völlig auszuschließen. Im Grundsatz gibt die Tabelle aber die wesentlichen qualitätsbezogenen Themenbereiche in der aktuellen Krankenhausplanung wieder.

² Doppelnennung für Schleswig-Holstein

Tab 2: Thematische Analyse nach Bundesländern

Bundesländer Themen	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	R	SL	SN	ST	SH	TH	Ges.
Geriatrie	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	12
Neonatologie/ Geburtshilfe	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	12
Onkologie/ Brustzentren	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	2	0	8
Schlaganfall/ Stroke Unit	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	7
Palliativmedizin	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	6
Frührehabilitation	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
Orthopädie/ Unfallchirurgie	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4
Kardiologie	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4
Gefäßmedizin	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	4
Psychiatrie/ Psychosomatik	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3
Adipositaschirurgie	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Schmerzmedizin	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2
Kinder-/ Jugendmedizin	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2
Gesamt	6	3	9	3	0	6	3	6	0	9	4	4	6	4	5	1	69

2.2 Quellen der Qualitätsvorgaben

Neben dem Thema der Qualitätsvorgabe war in der Erfassungsmatrix auch die jeweilige Quelle anzugeben. Dabei war zwischen dem Landeskrankenhausgesetz, dem Landeskrankenhausplan oder dem Verweis auf andere Quellen im Krankenhausplan zu unterscheiden.

In aller Regel enthalten die Landeskrankenhausgesetze keine konkreten Qualitätsvorgaben, sondern nur allgemeine Qualitätsziele. Auf eine entsprechende Wiedergabe wird daher verzichtet.

In 14 der 16 Bundesländer sind in den Landeskrankenhausplänen konkrete Qualitätsvorgaben aufgeführt. Wie erwähnt, gibt es in Bremen und Niedersachsen keine Qualitätsvorgaben für bestimmte Fachbereiche oder Krankheiten, sondern allenfalls Vorgaben zu Basis- oder Querschnittsthemen sowie in Niedersachsen außerhalb des Krankenhausplans die „Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung der geriatrischen Angebotsstrukturen in Niedersachsen“ (vgl. Kap. 2.1).

Eine Auswahl von Quellen krankenhauserischer Qualitätsvorgaben kann der Tab. 3 entnommen werden.

Tab. 3: Quellen von Qualitätsvorgaben

Bundesland	Landes- krankenhausplan	Sonstige Quellen (Auswahl)
Baden - Württemberg	ja	Fachplanung für Neurologische Frührehabilitation Phase B für Baden-Württemberg
		Geriatriekonzept Baden-Württemberg 2014
		Schlaganfallkonzeption Baden-Württemberg 2011
		Zertifizierungskriterien für überregionale und regionale Schmerzzentren in Baden-Württemberg der Arbeitsgruppe des Schmerzforums
		Grundsätze und Kriterien für die Voraussetzungen eines Onkologischen Schwerpunktes 2008 des Landesbeirats Onkologie
Bayern	ja	QFR-RL des G-BA
		Fachprogramm Akutgeriatrie
Berlin	ja	Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG)
		OPS 8-982
		QFR-RL des G-BA
		Zertifizierungsanforderungen der Fachgesellschaft für Gefäßmedizin
		§ 3 Krankenhausverordnung für Berlin; Vorgaben zur Aufnahme und Notfallversorgung
Brandenburg	ja	QFR-RL des G-BA
		Verweis im Krankenhausplan auf das Phasenmodell der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) zur neurologischen Rehabilitation.
Bremen	nein	
Hamburg	ja	QFR-RL des G-BA
		fachliche Empfehlung der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft
Hessen	ja	Hessische Hygieneverordnung
		Hessisches Onkologiekonzept (im KH-Plan normiert)
		Hessisches Geriatriekonzept
Mecklenburg Vorpommern	ja	QFR-RL des G-BA
		§ 10 Transplantationsgesetz
		Leitlinien der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft
		Spezielle Anforderungen für die Zertifizierung der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG)
		OPS 8-982
		OPS 8-550

Tab. 3: Quellen von Qualitätsvorgaben (Fortsetzung)

Bundesland	Landes- krankenhausplan	Sonstige Quellen (Auswahl)
Niedersachsen	nein	Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung der geriatrischen Angebotsstrukturen in Niedersachsen 2014
Nordrhein - Westfalen	Ja	QFR-RL des G-BA
		OPS 8-550
		OPS 8-98e
		Zahlreiche Leitlinien diverser Fachgesellschaften
Rheinland -Pfalz	ja	Zertifizierungskriterien der Deutschen Gesellschaft für Senologie und der Deutschen Krebsgesellschaft
Saarland	ja	Zertifizierungskriterien der Deutschen Schlaganfallgesellschaft
		Minimalanforderungen an ein zertifiziertes Gefäßzentrum der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin
		Mindeststandards für CPU's der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie
Sachsen	ja	Rahmenvereinbarung Schlaganfallnetzwerk Freistaat Sachsen i. d. F. v. 01.05.2011
		Berücksichtigung der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, Herz- und Kreislaufforschung
Sachsen - Anhalt	ja	QFR-RL des G-BA
		Nachweis einer kontinuierlichen Qualitätssicherung durch Anwendung des Geriatrischen Minimum Data Sets (GEMIDAS, Modellprojekt zur Qualitätssicherung in der Geriatrie) oder eines vergleichbaren Qualitäts- und Managementsystems
		Transplantationsgesetz
		Transfusionsgesetz in Verbindung mit div. Richtlinie der BÄK zur Stammzellentransplantation
Schleswig - Holstein	ja	QFR-RL des G-BA
		Verweis im Krankenhausplan auf Weißbuch "Schwererletzten-Versorgung" der DGU
		Verweis in Krankenhausplan auf Anforderungen der DGHO
		Verweis in Krankenhausplan auf Kriterien DMP Brustkrebs sowie Zertifizierungskriterien der Deutschen Krebsgesellschaft
		Verweis in Krankenhausplan auf Anerkennungskriterien DDG sowie Voraussetzung der DMP-Strukturverträge
Thüringen	ja	Geriatrieplan Thüringen

Dabei lassen sich insbesondere die folgenden Schwerpunkte identifizieren:

- Leitlinien

Am häufigsten wird in den Krankenhausplänen auf Leitlinien, Empfehlungen, Beschlüsse etc. von Fachgesellschaften verwiesen, deren Inhalte - ganz oder teilweise - verbindliche oder orientierende Funktionen für die Krankenhausplanung haben. Ein besonders starker Leitlinienbezug findet sich vor allem im Landeskrankenhausplan von Nordrhein-Westfalen, wo auf zahlreiche Leitlinien diverser Fachgesellschaften unterschiedlicher methodischer Güte rekurriert wird. Die Krankenhausplanung übernimmt diese Leitlinien dabei nicht uneingeschränkt, sondern hat eine Auswahl getroffen oder bestimmte Inhalte fixiert. Somit geben Leitlinien nur eine Orientierung, es sei denn, eine unmittelbare Anwendung wird planerisch ausdrücklich vorgeben (MGEPA, 2014).

- Zertifizierungen

In einer Reihe von Bundesländern wird die Erteilung des Versorgungsauftrags für bestimmte Leistungsbereiche von Zertifizierungsverfahren ausgewählter Fachgesellschaften abhängig gemacht. Dies betrifft beispielsweise die Ausweisung von Stroke Units oder Brustzentren in Anlehnung an die Zertifizierungsverfahren einschlägiger Fachgesellschaften. Die Regelungen der entsprechenden Länder unterscheiden sich teilweise dahingehend, dass Zertifizierungsanforderungen entweder vollständig oder auszugsweise in die Krankenhausplanung übernommen werden.

- Fachprogramme

Einen weiteren Schwerpunkt von Qualitätsvorgaben in den aktuellen Krankenhausplänen bilden landesspezifische Fachplanungen, Fachprogramme oder Konzepte für bestimmte Fachbereiche, die entweder im Krankenhausplan selbst verortet sind oder auf die im Krankenhausplan verwiesen wird. Vor allem in Baden-Württemberg sind sie weit verbreitet (z. B. Fachplanung für die neurologische Frührehabilitation oder das Geriatrie- bzw. Schlaganfallkonzept Baden-Württemberg). Teilweise gibt es entsprechende Konzepte aber auch in anderen Bundesländern (z. B. Hessisches Onkologiekonzept, Geriatrieplan Thüringen).

- G-BA-Richtlinien

Darüber hinaus wird in relativ vielen Bundesländern im Rahmen der Krankenhausplanung auf Richtlinien des G-BA verwiesen. Dies betrifft in erster Linie die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL), die umfangreiche und verbindliche Mindestanforderungen an die Versorgung von bestimmten Schwangeren bzw. von Früh- und Reifgeborenen in den Krankenhäusern regelt. In den entsprechenden Bundesländern wird die Richtlinie ganz oder mit ausgewählten Inhalten auch als verbindlich für die Krankenhausplanung und darauf basierende Versorgungsentscheidungen erklärt.

- Gesetze und Verordnungen

Einen weiteren Bezugspunkt krankenhauserischer Qualitätsvorgaben bilden Bundesgesetze (z. B. Transplantations- oder Transfusionsgesetz) oder Landesgesetze und Landesverordnungen (vor allem im Hygienebereich). In den entsprechenden Bundesländern werden die Gesetze und Verordnungen auch als verbindlich für die Krankenhausplanung und darauf basierende Versorgungsentscheidungen erklärt, sei es vollständig oder mit ausgewählten Paragraphen.

- OPS-Codes

Eher selten ist bislang der OPS-Katalog eine Quelle krankenhauserischer Qualitätsvorgaben. Ausgewählte OPS-Codes enthalten spezifische Vorgaben vor allem zur Strukturqualität der Versorgung, etwa zur Personalausstattung,-verfügbarkeit oder -qualifikation (IGES, 2012). So werden etwa in den Krankenhausplänen von Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern Qualitätsvorgaben auch anhand einschlägiger OPS-Codes formuliert.

2.3 Analyse nach Fachgebieten/Krankheitsbildern

In der Erfassungsmatrix war je Fachgebiet oder Krankheitsbild zwischen verschiedenen Qualitätsdimensionen bzw. Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu unterscheiden. Die entsprechenden Ergebnisse sind nachfolgend statistisch und inhaltlich zusammengefasst.

2.3.1 Geriatrie

In den Landeskrankenhausplänen bildet, neben der Neonatologie/Geburtshilfe, die Geriatrie den am häufigsten über Qualitätsvorgaben regulierten Fachbereich. In zwölf Krankenhausplänen existieren entsprechende Vorgaben zu diesem Fachbereich. Die Verteilung der Vorgaben nach den verschiedenen Qualitätsdimensionen und Qualitätskriterien entsprechend der Erfassungsmatrix kann im Einzelnen der Tab. 4 entnommen werden.³

In elf Bundesländern gibt es demnach Vorgaben zur Strukturqualität, vor allem zum Personal. In zehn Ländern existieren Prozessvorgaben, überwiegend berufsgruppenübergreifend. In weiteren fünf Ländern ist die Ergebnisqualität geregelt.

Inhaltlich gibt es explizit oder implizit in vielen Bundesländern eine Orientierung am OPS-Code 8-550 zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung. Als Mindestanforderungen sind dort u. a. gefordert die Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich „Klinische Geriatrie“), ein standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung sowie ein soziales Assessment zum poststationären Betreuungs- oder Versorgungsbedarf, eine aktivierend-therapeutische Pflege durch gesondert geschultes Pflegepersonal, wöchentliche Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen und ein teamintegrierter Einsatz von ausgewählten Therapiebereichen (z.B. Physio-/Ergotherapie, Psychologie).

³ Die Kategorisierung orientiert sich an der Zuordnung durch die Landeskrankenhausgesellschaften, teilweise wurde sie inhaltlich angepasst. Angesichts der Komplexität der Vorgaben gerade in der Geriatrie ist die Kategorisierung im Einzelfall nicht immer trennscharf. Da nicht explizit im Krankenhausplan aufgeführt, sind die „Rahmenempfehlungen zur Weiterentwicklung der geriatrischen Angebotsstrukturen in Niedersachsen“ hier nicht berücksichtigt.

Tab. 4: Qualitätsvorgaben in der Geriatrie

Thema der Qualitätsvorgabe	Geriatrie (Häufigkeiten nach BL)
Strukturqualität	12
Personal	11
Baulich-technische Ausstattung	7
Mengen	4
Organisation	6
Sonstige Strukturanforderungen	8
Prozessqualität	11
Behandlung	8
Pflege	8
Therapeutische Versorgung	9
Patientenüberleitung in/ aus Krankenhaus	7
Sonstige Prozessanforderungen	10
Ergebnisqualität	7
Patientenbezogene Ergebnisse	7
Organisationsbezogene Ergebnisse	4
Sonstige Ergebnisanforderungen	1

Mit Blick auf die Ergebnisqualität ist vor allem die Teilnahme am „Geriatrischen Minimumdataset (GEMIDAS)“ gefordert. Dabei handelt es sich um ein geriatrisches Modellprojekt im Bereich der Qualitätssicherung. Vorrangiges Ziel ist die Verbesserung der Ergebnisqualität bei der stationären Behandlung von älteren Patienten in der Geriatrie anhand definierter Qualitätsindikatoren.

2.3.2 Neonatologie/Geburtshilfe

Die Neonatologie bzw. die Geburtshilfe ist der Fachbereich, zu dem genauso häufig wie für die Geriatrie Qualitätsvorgaben in den Landeskrankenhausplänen getroffen werden. In insgesamt zwölf Bundesländern ist dies der Fall. In allen diesen Bundesländern gibt es Vorgaben zur Strukturqualität. In jeweils sieben Bundesländern gibt es darüber hinaus Vorgaben zur Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Tab. 5).

Tab. 5: Qualitätsvorgaben in der Neonatologie/Geburtshilfe

Thema der Qualitätsvorgabe	Neonatologie/Geburtshilfe (Häufigkeiten nach BL)
Strukturqualität	12
Personal	8
Baulich-technische Ausstattung	7
Mengen	10
Organisation	7
Sonstige Strukturanforderungen	7
Prozessqualität	7
Behandlung	7
Pflege	7
Therapeutische Versorgung	7
Patientenüberleitung in/ aus Krankenhaus	7
Sonstige Prozessanforderungen	7
Ergebnisqualität	7
Patientenbezogene Ergebnisse	7
Organisationsbezogene Ergebnisse	7
Sonstige Ergebnisanforderungen	0

Inhaltlich lassen sich dabei zwei Schwerpunkte identifizieren: In vier Bundesländern (Brandenburg, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt) gibt es Mindestmengen für Geburten pro Jahr und geburtshilflicher Abteilung. Demnach dürfen diese Abteilungen nur dann in den Krankenhausplan aufgenommen werden, wenn sie jeweils regelmäßig mindestens 300 Geburten pro Jahr aufweisen.

In weiteren sieben Bundesländern wird im Landeskrankenhausplan explizit auf die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des G-BA verwiesen. Die Richtlinie definiert umfangreiche und differenzierte Anforderungen an die ärztliche, pflegerische und entbindungspflegerische Versorgung (etwa hinsichtlich Qualifikation und Besetzung der jeweiligen Berufsgruppen in der Neonatologie), die baulich-technische Infrastruktur und die Qualitätssicherung (wie Durchführung bestimmter Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung). Die entsprechenden Bundesländer unterscheiden sich dahingehend, inwieweit sie die entsprechenden Qualitätsvorgaben als generell oder nur partiell verbindlich für die Krankenhausplanung und darauf basierende Versorgungsentscheidungen erklären.⁴ Zu den konkreten Anforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene sei im Einzelnen auf die Richtlinie und ihre Anlagen verwiesen.

2.3.3 Onkologie/Brustzentren

In sieben Bundesländern existieren Qualitätsvorgaben zum Bereich Onkologie/Brustzentren; in Schleswig-Holstein gibt es zwei entsprechende Vorgaben, so dass insgesamt acht Vorgaben zu diesem Themenkomplex resultieren (vgl. Tab. 6).

In allen genannten Ländern sind im Rahmen der Krankenhausplanung sowohl die Strukturqualität als auch die Prozessqualität geregelt. In vier Ländern gibt es darüber hinaus krankenhauplanerische Vorgaben zur Ergebnisqualität. Die Vorgaben betreffen in erster Linie Anforderungen zur Ausweisung von Tumorzentren bzw. onkologischen Schwerpunkten im Allgemeinen sowie speziell für Brustzentren.

⁴ In Bundesländern, wo auf die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des G-BA im Krankenhausplan hingewiesen wird, sind alle Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien der Erfassungsmatrix kodiert worden.

Inhaltlich orientieren sich die Vorgaben zum einen an Leitlinien, Empfehlungen o. ä. von Fachgesellschaften, wie der Deutschen Krebsgesellschaft oder der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie, an Vorgaben des G-BA sowie an den entsprechenden Disease Management-Programmen. Zum anderen wird auf in den Landeskrankenhausplänen selbst enthaltene Vorgaben verwiesen, beispielsweise auf das Hessische Onkologiekonzept oder die Rahmenbedingungen für die Anerkennung von Brustzentren in Nordrhein-Westfalen.

Dementsprechend finden zahlreiche Struktur- und Prozesskriterien der Erfassungsmatrix Berücksichtigung, daneben partiell auch Kriterien der Ergebnisqualität.

Tab. 6: Qualitätsvorgaben in der Onkologie

Thema der Qualitätsvorgabe	Onkologie/ Brustzentren (Häufigkeiten nach BL)
Strukturqualität	8
Personal	5
Baulich-technische Ausstattung	5
Mengen	4
Organisation	7
Sonstige Strukturanforderungen	7
Prozessqualität	7
Behandlung	7
Pflege	6
Therapeutische Versorgung	7
Patientenüberleitung in/ aus Krankenhaus	6
Sonstige Prozessanforderungen	7
Ergebnisqualität	4
Patientenbezogene Ergebnisse	3
Organisationsbezogene Ergebnisse	3
Sonstige Ergebnisanforderungen	2

2.3.4 Schlaganfall/Stroke Unit

In insgesamt sieben Bundesländern gibt es krankenhauserische Qualitätsvorgaben für die Schlaganfallversorgung bzw. für die Einrichtung von Stroke Units. In der Mehrzahl dieser Länder sind die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität erfasst (vgl. Tab. 7). Inhaltlich lassen sich dabei zwei Schwerpunkte ausmachen:

In drei Ländern wird ausdrücklich auf die Leitlinie der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft verwiesen. Die Leitlinie definiert umfangreiche und differenzierte Vorgaben an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Schlaganfallversorgung bzw. die Einrichtung hierauf spezialisierter Stroke Units. Die entsprechenden Kriterien müssen durch ein Zertifizierungsverfahren der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft nachgewiesen werden.⁵

In vier weiteren Bundesländern wird auf landesspezifische Konzepte oder Programme zur Schlaganfallversorgung verwiesen. Diese enthalten vor allem differenzierte Vorgaben zur Strukturqualität der Schlaganfallversorgung.

Zu Einzelheiten der Qualitätsvorgaben zu Schlaganfall/Stroke Units sei vor allem auf die Leitlinie der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft und ihr Zertifizierungsverfahren verwiesen.

⁵ In Bundesländern, wo auf die Leitlinie der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft im Krankenhausplan verwiesen wird, sind grundsätzlich alle Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien gemäß der Erfassungsmatrix kodiert worden.

Tab. 7: Qualitätsvorgaben für Schlaganfall

Thema der Qualitätsvorgabe	Schlaganfall/ Stroke Unit (Häufigkeiten nach BL)
Strukturqualität	7
Personal	7
Baulich-technische Ausstattung	7
Mengen	6
Organisation	5
Sonstige Strukturanforderungen	5
Prozessqualität	6
Behandlung	5
Pflege	3
Therapeutische Versorgung	5
Patientenüberleitung in/ aus Krankenhaus	4
Sonstige Prozessanforderungen	5
Ergebnisqualität	5
Patientenbezogene Ergebnisse	4
Organisationsbezogene Ergebnisse	4
Sonstige Ergebnisanforderungen	5

2.3.5 Palliativversorgung

In sechs Bundesländern existieren Qualitätsvorgaben zur stationären Palliativversorgung im Krankenhaus. In vielen dieser Bundesländer sind Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität festgelegt, hingegen nur in Ausnahmefällen an die Ergebnisqualität (vgl. Tab. 8).

Tab. 8: Qualitätsvorgaben für die Palliativversorgung

Thema der Qualitätsvorgabe	Palliativversorgung (Häufigkeiten nach BL)
Strukturqualität	6
Personal	6
Baulich-technische Ausstattung	4
Mengen	2
Organisation	4
Sonstige Strukturanforderungen	4
Prozessqualität	5
Behandlung	3
Pflege	3
Therapeutische Versorgung	3
Patientenüberleitung in/ aus Krankenhaus	3
Sonstige Prozessanforderungen	4
Ergebnisqualität	2
Patientenbezogene Ergebnisse	1
Organisationsbezogene Ergebnisse	1
Sonstige Ergebnisanforderungen	2

Inhaltlich gibt es in den meisten dieser Bundesländer explizit oder implizit eine Orientierung am OPS-Code 8-982 zur palliativmedizinischen Komplexbehandlung. Darin ist eine Reihe von Mindestmerkmalen zur Durchführung der Palliativversorgung aufgeführt, wie beispielsweise die Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basis-Assessments, die aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal, die Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans, wöchentliche multidisziplinäre Besprechungen, die Behandlung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin sowie der Einsatz von ausgewählten Berufsgruppen.

In Nordrhein-Westfalen werden die inhaltlich strengeren Anforderungen des OPS-Code 8-98e zur spezialisierten stationären palliativmedizinischen Komplexbehandlung für die Krankenhausplanung als verbindlich erklärt.

Zu den konkreten Vorgaben sei im Einzelnen auf den OPS-Katalog verwiesen.

2.3.6 Sonstige Fachbereiche

Die Verteilung der sonstigen Fachbereiche, die in weniger als fünf Bundesländern Gegenstand der Qualitätsplanung sind, kann im Einzelnen der Tab. 9 entnommen werden.

Hier dominieren in erster Linie Strukturkriterien. Prozesskriterien und vor allem Ergebniskriterien sind in erster Linie erfasst, wenn in den jeweiligen Landeskrankenhausplänen auf externe Qualitätsvorgaben, wie Leitlinien, verwiesen wird.⁶

In der Tab. 9 sind nur Fachbereiche erfasst, die in mindestens zwei Bundesländern Gegenstand krankenhausesplanerischer Qualitätsvorgaben waren. Einzelnennungen in den Bundesländern betrafen daneben u.a. noch die Pneumologie, Thoraxchirurgie, Dialyse und Diabetes.

⁶ Die Kategorisierung orientiert sich wiederum an der Zuordnung der Landeskrankenhausgesellschaften, teilweise inhaltlich angepasst.

Tab 9: Qualitätsvorgaben für sonstige Fachgebiete (in jeweils mindestens 2 Bundesländern)

Thema der Qualitätsvorgabe (Häufigkeiten nach BL)	Frührehabilitation	Orthopädie/ Unfallchirurgie	Kardiologie	Gefäßchirurgie/-medizin	Psychiatrie/ Psychosomatik	Adipositaschirurgie	Schmerzbehandlung/-medizin	Kinder-/Jugendmedizin
Strukturqualität	4	4	4	3	2	2	2	1
Personal	3	4	3	3	2	2	2	1
Baulich-technische Ausstattung	1	3	3	3	0	1	2	0
Mengen	1	4	1	3	1	1	2	1
Organisation	2	4	3	3	2	1	2	1
Sonstige Strukturanforderungen	2	3	1	3	1	1	2	0
Prozessqualität	3	3	2	2	2	1	2	0
Behandlung	3	3	1	2	1	1	2	1
Pflege	2	3	1	2	0		2	0
Therapeutische Versorgung	2	3	1	2	0	1	2	0
Patientenüberleitung in/ aus Krankenhaus	1	3	1	2	2	1	2	0
Sonstige Prozessanforderungen	3	3	2	2	0	0	2	1
Ergebnisqualität	1	3	2	2	0	1	2	1
Patientenbezogene Ergebnisse	1	2	1	2	0	1	2	0
Organisationsbezogene Ergebnisse	1	3	2	2	0	1	0	1
Sonstige Ergebnisanforderungen	1	2	1	2	0	0	0	0

2.4 Nennung weiterer Qualitätsvorgaben

Ergänzend sollten die Landeskrankenhausgesellschaften in der Erfassungsmatrix weitere Qualitätsvorgaben aufführen, die (bislang) nicht im Landeskrankenhausgesetz oder Landeskrankenhausplan aufgeführt waren oder sind. Dies betrifft vor allem aktuell in der Diskussion befindliche Qualitätsvorgaben für die Krankenhausplanung des jeweiligen Bundeslandes, z.B. mit Blick auf ggf. anstehende Neufassungen des Landeskrankenhausgesetzes oder Landeskrankenhausplans, aber auch in der Vergangenheit diskutierte Qualitätsvorgaben, die nicht in die Planung eingeflossen sind.

Insgesamt gingen hierzu 37 Beiträge der Landeskrankenhausgesellschaften ein, die wiederum inhaltsanalytisch nach wesentlichen Gemeinsamkeiten der Qualitätsvorgaben aufbereitet wurden. Da sich krankenhauserplanerische Qualitätsvorgaben vielerorts noch im Diskussionsstadium befinden, waren die entsprechenden Inhalte teilweise noch nicht besonders konkret; auf eine detaillierte Wiedergabe der entsprechenden Ergebnisse kann daher verzichtet werden. Mit Blick auf die Nennung weiterer Qualitätsvorgaben konnten länderübergreifend vor allem zwei wesentliche Trends identifiziert werden: die Erweiterung der Krankenhauspläne vor allem um Vorgaben zur Strukturqualität sowie die Zentralisierung von Leistungen.

- Vorgaben zur Strukturqualität

In einer Reihe von Bundesländern wird derzeit diskutiert, die Krankenhausplanung um Vorgaben vor allem zur personellen Strukturqualität zu erweitern. Dies betrifft insbesondere die Personalausstattung, Personalschlüssel und die Personalqualifikation. Mit Blick auf die Personalzahlen werden dabei insbesondere eine Mindestpersonalausstattung bzw. Personalschlüssel thematisiert, vor allem für den Pflegedienst (z. B. Pflegekräfte pro Bett oder Mindestbesetzungen nach Fällen). Für die Personalqualifikation sind vielerorts vor allem Fachqualifikationsquoten (also der Anteil an Fachweitergebildeten je Berufsgruppe, vor allem in der Pflege) sowie verschiedene Vorgaben zur Facharztvorhaltung im Gespräch (etwa Anzahl und Präsenz oder Verfügbarkeit von Fachärzten pro Fachabteilungen oder Fachgebiet).

Darüber hinaus sind weitere Mindestvoraussetzungen für die Strukturqualität in der Diskussion, etwa mit Blick auf eine Mindestgröße von Fachabteilungen oder Fachbereichen, Mindestfallzahlen, medizintechnisch-apparative Ausstattungen oder bauliche Vorgaben, ggf. ergänzt um ausgewählte Prozessvorgaben etwa zum Überleitungs- oder Qualitätsmanagement.

- Zentralisierung von Leistungen

Der zweite wesentliche Trend in der aktuellen Diskussion besteht darin, bestimmte Leistungsbereiche auf ausgewiesene Krankenhäuser zu konzentrieren. Dabei soll es sich in erster Linie um Zentren oder Einrichtungen höherer Versorgungsstufen handeln oder um Krankenhäuser, die für den jeweiligen Leistungsbereich eine Zertifizierung nachweisen können (vor allem von Fachgesellschaften). Beispiele, die hier seitens der Landeskrankenhausgesellschaften angeführt wurden, waren etwa Traumazentren, Stroke Units, die onkologische, pädiatrische oder geriatrische Schwerpunktversorgung sowie die Notfallmedizin.

Krankenhäuser, welche die qualitativen Anforderungen für den jeweiligen Leistungsbereich nicht erfüllen, keine Zentren oder Schwerpunkte sind oder keiner höheren Versorgungsstufe angehören, würden demnach keinen oder allenfalls einen eingeschränkten Versorgungsauftrag für den jeweiligen Leistungsbereich erhalten.

2.5 Bewertung der Qualitätsvorgaben aus Krankenhaussicht

Neben der Erfassung der Qualitätsvorgaben in den Landeskrankenhausplänen sollten die Projektverantwortlichen der Landeskrankenhausgesellschaften die entsprechenden Vorgaben in ihrem Bundesland einer Bewertung unterziehen. Konkret sollten sie (maximal) jeweils drei Qualitätsvorgaben aus den Landeskrankenhausplänen benennen, die aus Sicht der Landeskrankenhausgesellschaft besonders problematisch oder sinnvoll sind. Die jeweilige Auswahl war kurz zu begründen oder zu erläutern.

Insgesamt gingen hierzu 36 Beiträge der Landeskrankenhausgesellschaften ein; dabei überwogen die kritischen Beiträge (23) die positiven Beiträge (13). Die entsprechenden Beiträge sind dann inhaltsanalytisch aufbereitet worden, entsprechend wesentlicher inhaltlicher Gemeinsamkeiten der jeweiligen Bewertungen. Für die Qualitätsvorgaben, die aus Sicht der Lan-

deskrankenhausgesellschaften besonders problematisch waren, konnten insgesamt vier zentrale Kritikpunkte identifiziert werden (Mindestgrößen/-mengen, Personalvorgaben, Folgekosten, Übernahme externer Vorgaben). Bei Qualitätsvorgaben, die positiv bewertet wurden, ist dies vor allem mit einer größeren Planungs-, Finanzierungs- und Rechtssicherheit begründet worden. Nachfolgend sind die Inhaltsanalysen zusammengefasst:

- Mindestgrößen und Mindestmengen

Eine Reihe von Krankenhausplänen enthält Vorgaben zur Mindestgröße von Abteilungen oder Fachbereichen, in der Regel anhand vorgegebener Mindestbettenzahlen. Beispielsweise sieht die Bayrische Krankenhausplanung für die Palliativversorgung im Krankenhaus eine Mindestgröße von sechs Betten vor, für die geriatrische Versorgung eine Mindestgröße von 20 Betten. Im Bereich der Intensivmedizin sollte in Nordrhein-Westfalen eine Einheit im Idealfall acht bis zwölf Betten umfassen, in Berlin mindestens zehn Intensivbehandlungsplätze vorhalten, falls ein Krankenhaus an der Notfallversorgung teilnimmt.⁷

Aus Sicht der Landeskrankenhausgesellschaften sind entsprechende Mindestvorgaben bzw. ihre Auswahl willkürlich festgelegt. Sie sind weder sachgerecht noch evidenzbasiert. Wenn sie zu hoch angesetzt sind, gefährden sie die wohnortnahe und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen. Des Weiteren tragen sie innovativen medizinischen oder organisatorischen Entwicklungen nur unzureichend Rechnung (z. B. Bildung von interdisziplinären Zentren) oder können entsprechende Entwicklungen sogar verhindern oder erschweren.

Analoge Einwände gelten auch für landesspezifische Mindestmengenregelungen für bestimmte Indikationen, z.B. die o.g. Mindestmengen für Geburten oder eine Mindestmenge von 50 Fällen für die Adipositaschirurgie in Mecklenburg-Vorpommern. Der Zusammenhang zwischen Menge und Qualität ist vielfach fraglich und offen, die Festsetzung von Schwellenwerten

⁷ Nach Berechnungen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen erreichen beispielsweise mehr als 22% der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen eine Soll-Bettenstärke von acht Intensivbetten aktuell nicht (KGNW, 2014). Bei konsequenter Umsetzung würde diese Vorgabe somit zu massiven Einschränkungen oder Gefährdungen in der intensivmedizinischen Versorgung im Land führen. Aus Sicht der Landesregierung hat diese Vorgabe allerdings nur Orientierungsfunktion. Gleichwohl zeigt das Beispiel die Notwendigkeit von Machbarkeitsuntersuchungen und Auswirkungsabschätzungen für krankenhauplanerische Qualitätsvorgaben. Vgl. hierzu ausführlich Kap. 3.1.2 und 3.3.1.

insofern willkürlich. Krankenhäuser unterhalb einer vorgegebenen Mindestmenge können eine überdurchschnittliche Qualität erbringen und umgekehrt Krankenhäuser oberhalb der Mindestmenge eine unterdurchschnittliche Qualität. Erreichen zu viele Krankenhäuser die Mindestmenge nicht, kann wiederum die wohnortnahe Versorgung oder die Versorgung mit dieser Leistung dem Grund nach gefährdet sein.

- Personalvorgaben

Viele Krankenhauspläne enthalten Personalvorgaben, etwa in Form von Personalschlüsseln, Qualifikationsanforderungen oder Fachkraftquoten. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere auf die Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene des G-BA verwiesen: dort sind sehr weitgehende Pflegepersonalschlüssel für das Verhältnis von Intensivpflegekräften und intensivtherapiepflichtigen und intensivüberwachungspflichtigen Frühgeborenen je Schicht vorgegeben sowie hohe Fachkraftquoten für den Anteil an Fachweitergebildeten in der pädiatrischen Intensivpflege. Wie oben erwähnt, haben die entsprechenden Vorgaben der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene auch Eingang in zahlreiche Krankenhauspläne gefunden.

Mit Blick auf diese und andere Personalvorgaben wird seitens der Landeskrankenhausgesellschaften vor allem moniert, dass bei der Aufnahme entsprechender Vorgaben in den Krankenhausplan Machbarkeits- oder Praktikabilitätsaspekte kaum eine Rolle spielen. So würde etwa in der Frühgeborenenversorgung die Umsetzung der genannten Personalvorgaben einen deutlichen Mehrbedarf an Pflegekräften bzw. an fachweitergebildeten Pflegekräften in der pädiatrischen Intensivpflege erfordern (vgl. Blum, 2014). Weder ist das entsprechende Personal am Arbeitsmarkt verfügbar, noch reichen die Aus- und Weiterbildungskapazitäten derzeit aus, um den Bedarf mittelfristig decken zu können.

Aus Sicht der Landeskrankenhausgesellschaften sind Personalvorgaben in den Landeskrankenhausplänen, analog zu den Mindestgrößen und Mindestmengen, vielfach willkürlich festgelegt und weder sachgerecht noch evidenzbasiert. Darüber hinaus wird kritisiert, dass Personalanzahlzahlen, ggf. in Verbindung mit Qualifikationsvorgaben, vor dem Hintergrund der Organisationshoheit des Krankenhauses, aber auch teilweise angesichts der einschlägigen

Rechtsprechung, ein sachlich kaum gerechtfertigtes oder verhältnismäßiges Vorgabemuster darstellen.

Einen weiteren Kritikpunkt bildet die Tatsache, dass eine adäquate Refinanzierung des laut Krankenhausplan vorzuhaltenden Personals nicht gesichert ist.

- Finanzierung

Krankenhausplanerische Qualitätsvorgaben können Folgekosten auslösen, sei es direkt durch Investitionen vor allem in Gebäude, Technik oder Personal, sei es indirekt über erforderliche Anpassungen von Organisationen oder Prozessen. Dies ist insbesondere bei zahlreichen Strukturvorgaben der Fall, die schon heute in den Krankenhausplänen aufgeführt sind (vgl. Kap. 2.3).

Auf der einen Seite wird hier von den Landeskrankenhausgesellschaften kritisiert, dass eine Refinanzierung der Kosten für die Umsetzung nicht oder nur zum Teil vorgesehen ist; sei es, weil die daraus resultierenden zusätzlichen Investitionskosten nicht über die öffentlichen Fördermittel gedeckt sind, sei es, weil die dadurch bedingten zusätzlichen Betriebskosten (noch) nicht über die Leistungsentgelte finanziert sind (vgl. ausführlich Kap. 3.1.3).

Gleichwohl wird auf der anderen Seite oftmals der Nachweis bestimmter Voraussetzungen als Bedingung für die krankenhauplanerische Berücksichtigung eines bestimmten Versorgungsauftrags gefordert. Der Krankenhausträger ist für die Erlangung des Versorgungsauftrags daher faktisch gezwungen, in entsprechende Vorleistung zu treten (z. B. Personalaquise, bauliche Voraussetzungen).

- Übernahme externer Vorgaben

In die Krankenhausplanung halten zusehends Versorgungskonzepte, Leitlinien, Empfehlungen etc. der verschiedenen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften Einzug. Darüber hinaus bilden die Zertifizierungen dieser Fachgesellschaften teilweise die Grundlage für einen entsprechenden Versorgungsauftrag (vgl. Kap. 2.2).

Diese Entwicklung wird von den Landeskrankenhausgesellschaften äußerst kritisch gesehen. Wesentliche Kritikpunkte in diesem Zusammenhang bilden insbesondere die mangelnde Evidenzbasierung, die fehlende wissenschaftliche Evaluation der Adaption von Leitlinien oder Zertifizierungskriterien für krankenhauplanerische Zwecke und die potenzielle Einflussnahme sachfremder Interessen von Fach- und Zertifizierungsgesellschaften auf die Krankenhausplanung als hoheitliche Aufgabe (vgl. ausführlich Kap. 3.4.2). Daneben wird vor allem eine fehlende Verbindung weitreichender krankenhauplanerischer Struktur- und Prozessvorgaben in Leitlinien und Zertifizierungen zur Refinanzierung von Krankenhausleistungen bemängelt.

Auch die Aufnahme von Leitlinien als sog. Orientierungsgrößen im Rahmen der Krankenhausplanung, wie dies vor allem in Nordrhein-Westfalen der Fall ist (MGEPA, 2014), trifft auf deutliche Kritik. Qualitätsvorgaben als Orientierungsgrößen lassen breite Interpretationsspielräume zu und sind kaum justiziabel. Der Verweis auf Leitlinien als Orientierungsgrößen erzeugt bei den Krankenhäusern folglich erhebliche Unsicherheiten mit Blick auf die Verbindlichkeit der Vorgaben oder eine etwaige Sanktionierung von diesbezüglichen Planabweichungen.

- Rechts-, Finanzierungs- und Planungssicherheit

Trotz der überwiegend kritisch gehaltenen Bewertungen der Qualitätsvorgaben trafen ausgewählte Inhalte der Krankenhauspläne aber auch auf eine positive Resonanz bei den Landeskrankenhausgesellschaften. Diese waren insbesondere mit einer verbesserten Rechts- Finanzierungs- und Planungssicherheit verbunden.

So wurden beispielsweise krankenhauplanerische Qualitätsvorgaben in Anlehnung an den OPS-Katalog teilweise positiv bewertet. Bestimmte OPS-Codes enthalten Vorgaben vor allem zur Strukturqualität der Versorgung, z. B. zur Personalqualifikation und -verfügbarkeit. In diesem Zusammenhang wurde positiv vermerkt, dass solche Qualitätsvorgaben aktuell nicht über das hinausgehen, was im Rahmen der Abrechnung ohnehin zu erfüllen ist. Gemäß dem Krankenhausplan Mecklenburg-Vorpommern können etwa Krankenhäuser, welche die geforderte Strukturqualität in der Palliativmedizin (entsprechend OPS 8-982) bzw. in der Geriatrie (entsprechend OPS 8-550) erfüllen, die Leistungen erbringen, ohne dass hierzu eine krankenhauplanerische Entscheidung notwendig wäre.

Auch die Berücksichtigung von G-BA-Vorgaben in der Krankenhausplanung wurde, vorbehaltlich der o. g. Machbarkeits- und Finanzierungsaspekte, von einigen Krankenhausgesellschaften als sinnvoll bewertet. Die entsprechenden Vorgaben sind auf der Grundlage gültiger Rechtsnormen legitimiert und für die Krankenhäuser leistungsrechtlich verbindlich. Die Darstellung ist geeignet, die Erfüllung von Qualitätsvorgaben für den Krankenhausbereich transparent zu machen. Ferner halten sie noch am ehesten einer gerichtlichen Überprüfung von Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung stand.

Sofern im Einzelfall (konkrete) Anforderungen an komplementäre Versorgungsbereiche im Krankenhausplan aufgeführt sind (z. B. mit Blick auf die ambulante Notfallversorgung im vertragsärztlichen Bereich), stieß auch dies auf Zustimmung. Durch die Berücksichtigung komplementärer Versorgungsbereiche im Krankenhausplan werden sektorübergreifende Versorgungskonzepte durch Benennung der jeweiligen Verantwortlichkeiten unterstützt. Auch Konzepte zur strukturierten Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern verschiedener Versorgungsstufen werden bei zielgerichteter Ausgestaltung als sinnvoll erachtet, z. B. die Zusammenarbeit von Maximalversorgern (koordinierende Krankenhäuser) mit anderen Einrichtungen (kooperierende Krankenhäuser) im Rahmen des Hessischen Onkologiekonzepts.

Schließlich wurde auch die Verbindung von Qualitätsvorgaben mit Finanzierungszusagen positiv bewertet. So ermöglicht etwa in Baden-Württemberg die Ausweisung von onkologischen und geriatrischen Schwerpunkten oder Zentren im Krankenhausplan derzeit eine Zuschlagsfinanzierung.

3 Anforderungen an eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung

Das wesentliche Projektziel war es, Grundvoraussetzungen zu definieren und zu bewerten, die allgemeine oder grundlegende Anforderungen an Qualitätsindikatoren oder -vorgaben im Rahmen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung darstellen. Zu diesem Zweck sind Workshops des Projektbeirats und ein schriftliches Reviewverfahren unter den Projektverantwortlichen der Landeskrankenhausesellschaften durchgeführt worden (vgl. Kap. 1.4.3). Die Ergebnisse sind nachfolgend in Thesenform aufbereitet (vgl. auch Baum, 2014, DKG, 2014b, KGNW, 2014).

3.1 Grundlagen

- Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung bietet, über die bereits heute existierenden Maßnahmen der internen und externen Qualitätssicherung hinaus, Chancen einer Weiterentwicklung der stationären Versorgungsqualität. Bei unzureichender Ausgestaltung birgt sie aber auch Risiken vor allem hinsichtlich der Bedarfsgerechtigkeit, Flächendeckung, Leistungsfähigkeit und Finanzierung der Krankenhausversorgung in Deutschland. Vor diesem Hintergrund muss eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung zielorientiert sein, grundlegende fachlich-methodische Anforderungen erfüllen sowie finanzierbar sein.

3.1.1 Ziele

- Qualität und Qualitätstransparenz haben für die deutschen Krankenhäuser einen sehr hohen Stellenwert. Die interne und externe Qualitätssicherung im Krankenhaus ist in Deutschland weit fortgeschritten. Schon heute kommen die Krankenhäuser ihrer gesetzlichen Verpflichtung nach, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vorzuhalten, sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu beteiligen und turnusmäßig Qualitätsberichte zu erstellen. Freiwillige Verfahren der Qualitätsbewertung und Zertifizierung sind weit verbreitet. Ein systematisches klinisches Risikomanagement ist etabliert oder befindet sich vielerorts im Aufbau. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss sich in die vorhandenen Qualitätssicherungsansätze einfügen und darf diese nicht konterkarieren. Dabei ist eine sektorübergreifende Harmonisierung der Qualitätsvorgaben sicherzustellen.

-
- Für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung eines Landes sind konkrete Ziele oder Zielgrößen festzulegen. Die Qualitätsorientierung ist grundsätzlich in den betreffenden Gesetzen zu verankern und die Ziele oder Zielgrößen sind im Krankenhausplan zu konkretisieren. Voraussetzung für die Aufnahme von Qualitätsvorgaben in den Krankenhausplan sollten in erster Linie nachweisbare Qualitätsdefizite in der stationären Versorgung sein. Die Entwicklung, Umsetzung und Kontrolle krankenhauserischer Qualitätsvorgaben sollte auf eindeutigen und nachvollziehbaren Regeln und Bestimmungen basieren. Diese sind im Krankenhausplan bzw. den betreffenden Gesetzen ausdrücklich auszuweisen. Krankenhausplanerische Qualitätsvorgaben müssen insofern grundsätzlich praktikabel, operationalisierbar und justizierbar sein.
 - Ziel einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung ist die Aufrechterhaltung, Sicherung und Weiterentwicklung der stationären Versorgungsqualität der Bevölkerung auf hohem Niveau. Die Patienten müssen sich darauf verlassen können, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse behandelt zu werden. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sollte dazu beitragen, dass die Krankenhausversorgung in Deutschland qualitativ weiterhin hochwertig und sicher ist.
 - Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sollte weiterhin die Präferenzen der Patienten berücksichtigen. Deren Inanspruchnahmeverhalten ist schon bislang ein Indikator für die Akzeptanz und das Vertrauen in die Versorgungsqualität eines Krankenhauses. Insofern krankenhauserische Qualitätsvorgaben zur Leistungs- und Qualitätstransparenz im Krankenhaus beitragen, unterstützen sie auch künftig die informierten Auswahlentscheidungen von Patienten.
 - Mit der Erstellung von Landeskrankenhauserplänen sollen die Ziele des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verwirklicht werden (§ 6 in Verbindung mit § 1 KHG). Dies ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu gewährleisten, und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Eine qualitätsorien-

tierte Krankenhausplanung darf deswegen eine bedarfsgerechte Versorgung mit leistungsfähigen Krankenhäusern, vor allem eine wohnortnahe und flächendeckende Krankenhausversorgung, nicht gefährden

- Die Kernaufgabe der Krankenhausplanung besteht in der Bedarfsfeststellungs- und Versorgungsplanung. Krankenhausplanung ist in erster Linie die Planung erforderlicher Kapazitäten. Daher kann die Qualitätsorientierung in der Krankenhausplanung nur ein weiteres Ziel neben den bereits bestehenden Zielen sein. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung steht neben den übrigen Entscheidungskriterien für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan und muss mit diesen Kriterien in ein tragfähiges Gleichgewicht gebracht werden.
- Bereits heute berücksichtigt die Krankenhausplanung den „Qualitätsanspruch“ des Versicherten i.S.d. §§ 2, 12, 70 SGB V im Rahmen des „Leistungsfähigkeitsbegriffs“ bei der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan. Leistungsfähig ist ein Krankenhaus, wenn dessen Leistungsangebot dauerhaft die Anforderungen erfüllt, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem jeweils zu erfüllenden Versorgungsauftrag an ein Krankenhaus dieser Art zu stellen sind. In diesem Rahmen ist „Qualität“ bereits heute ein fester Bestandteil der Krankenhausplanung.
- In der Diskussion um eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sollte der Qualitätsbegriff nicht auf die Qualität einzelner Leistungen oder Leistungsbereiche verkürzt oder reduziert werden. Gerade im Kontext der Krankenhausplanung spielen die systemische Qualität bzw. ein systemischer Qualitätsbegriff weiterhin eine zentrale Rolle. Die Versorgungsqualität im Sinne eines systemischen Qualitätsbegriffes manifestiert sich in einem abgestuften System bedarfsnotwendiger Krankenhäuser, einer durchgängigen flächendeckenden Versorgung und funktionierenden Schnittstellen zu vor- und nachgelagerten Leistungsbereichen. In diesem Sinne ist die Qualitätsorientierung schon bislang eine genuine und prioritäre Aufgabe der Krankenhausplanung. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sollte deswegen auch künftig die systemischen Qualitätsziele unterstützen.

- Krankenhausplanerische Qualitätsvorgaben können – bei einer (im Folgenden dargestellten) gelungenen Ausgestaltung - zur Leistungs- und Qualitätstransparenz im Krankenhaus beitragen. Damit kann eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung das Vertrauen von Bürgern und Patienten in eine gute und sichere Krankenhausversorgung noch mehr stärken und weiter verbessern.

3.1.2 Fachlich-methodische Anforderungen

- Die Krankenhausplanung ist eine hoheitliche Aufgabe. Zuständig für die Umsetzung krankenhauserischer Maßnahmen im Zusammenhang mit Qualitätsvorgaben in der Krankenhausplanung ist deswegen allein die hierfür zuständige Landesbehörde. Dies gilt insbesondere für die krankenhauserbezogene Überprüfung von krankenhauserplanerischen Qualitätsvorgaben und daraus ggf. abzuleitenden Konsequenzen. Zur Vermeidung von Interessenkonflikten ist eine Delegation von Prüfaufgaben oder anderen Aufgaben im Rahmen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung an nicht-neutrale Dritte (z.B. an den MDK) strikt abzulehnen. Eine rechtliche Klarstellung der Zuständigkeit für die Wahrnehmung dieser hoheitlichen Aufgabe ist vorzunehmen.
- Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss maßvoll und angemessen sein und darf keine unrealistischen Forderungen aufstellen, welche die flächendeckende und wohnortnahe Krankenhausversorgung gefährden. Über den Ausschluss von Krankenhäusern oder Fachbereichen/-abteilungen können krankenhauserplanerische Qualitätsvorgaben eine bedarfsgerechte stationäre Versorgung beeinträchtigen. Die Einführung dieser Vorgaben muss daher in jedem Fall mit einer Abschätzung der Auswirkungen auf die Struktur, Verteilung und Dichte der Krankenhausversorgung verbunden sein. Dabei ist insbesondere auch die Sicherstellung einer wohnortnahen Notfallversorgung zu gewährleisten, zumal rund die Hälfte der Krankenhauspatienten keine Elektivpatienten sind.
- Krankenhausplanerische Qualitätsvorgaben sollten der Sicherstellung der ärztlichen Weiterbildung nicht entgegenstehen, also nicht mittelbar über partielle Versorgungsauschlüsse die Weiterbildungsmöglichkeiten der Krankenhäuser bzw. der Fachabteilungen nennenswert beeinträchtigen. Darüber hinaus darf durch eine sukzessive Einschränkung

des Versorgungsauftrages durch Leistungsausschlüsse die Personalakquise, die Personalqualifizierung und Personalentwicklung auf Dauer nicht so erschwert werden, dass langfristig Abteilungsschließungen und die Gefährdung der wirtschaftlichen Sicherstellung des gesamten Standorts die Folge sein können.

- Krankenhausplanerische Qualitätsvorgaben sollten auf der besten vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz basieren. Die einschlägigen wissenschaftlichen Referenzen für diese Vorgaben sind im Krankenhausplan oder ergänzenden Dokumenten hierzu ausdrücklich und umfassend darzustellen. Der Forschungsstand mit Blick auf die fraglichen Qualitätsvorgaben sollte durch unabhängige wissenschaftliche Reviewer aufbereitet und bewertet werden. Krankenhausplanerische Qualitätsvorgaben sind regelmäßig anhand der aktuellen Forschungsliteratur zu überprüfen, zu aktualisieren und ggf. zu revidieren.
- Bei der Übernahme evidenzbasierter Qualitätsindikatoren in die Krankenhausplanung sind grundlegende methodische Standards zu beachten, vor allem mit Blick auf Reliabilität, Validität, Diskriminationsfähigkeit und Risikoadjustierung von Qualitätsindikatoren. Krankenhausplanerische Qualitätsvorgaben müssen messbar oder objektivierbar sein. Sofern Qualitätsindikatoren definiert und eingesetzt werden, sind hierzu entsprechende Referenzbereiche/-werte auszuweisen, die in regelmäßigen Abständen angepasst werden müssen. Bei Rückgriff auf Qualitätsindikatoren(sets) aus bundesweiten Verfahren sind ggf. bestehenden Referenzbereiche/-werte im Rahmen der qualitätsorientierten Krankenhausplanung beizubehalten. Speziell bei Anforderungen an die Struktur- und Prozessqualität ist wichtig, dass eine positive Wirkung auf die Behandlungsqualität evidenzbasiert nachgewiesen ist.
- Mit Blick auf die Adaption evidenzbasierter Qualitätsvorgaben ist im jeweiligen Einzelfall zu prüfen, inwieweit sie speziell für die Zwecke einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung anwendbar sind. Denn Qualitätsvorgaben sind in aller Regel nicht für die Krankenhausplanung entwickelt worden. Umgekehrt ist die Krankenhausplanung bislang nicht standardmäßig auf objektivierbare Qualitätsziele ausgerichtet. Eine gezielte Überprüfung und Anpassung von Qualitätsvorgaben hinsichtlich krankenhauplanerischer Ziele ist deswegen angezeigt.

- Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung darf nicht für sachfremde Ziele instrumentalisiert werden wie beispielsweise eine Marktbereinigung im Krankenhausbereich oder Kürzungen bei den öffentlichen Fördermitteln oder Betriebserlösen (etwa im Sinne von Pay for Performance-Modellen). Gesundheitspolitische Fernziele, die den allgemeinen Standard der Krankenhausversorgung übersteigen, dürfen nicht mit Hilfe zwingender Mindestvoraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan durchgesetzt werden. Das bundeseinheitlich in § 2 Abs. 1 SGB V definierte Leistungsniveau darf nicht regionalisiert werden. Landesweite Qualitätsanforderungen haben nach § 137 Abs. 3 SGB V weiterhin ergänzenden Charakter.

3.1.3 Finanzierung

- Nach § 6 Abs. 1 KHG sind bei der Erstellung der Krankenhauspläne Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, zu berücksichtigen. Dies ist zwingend auch bei der Entwicklung und Umsetzung krankenhauserischer Qualitätsvorgaben zu beachten. Bei einer sachgemäßen Ausgestaltung der Finanzierungsmodalitäten begründet die Erfüllung dieser Vorgaben somit legitime Finanzierungsansprüche bei den öffentlichen Fördermitteln und in den Entgeltverhandlungen.
- Die Einführung von krankenhauserischen Qualitätsvorgaben muss daher mit einer Folgekostenabschätzung durch die verantwortlichen Landesbehörden verbunden sein. Etwaige Mehrkosten infolge krankenhauserischer Qualitätsvorgaben müssen komplett und dauerhaft refinanziert werden. Das gilt gleichermaßen für die Investitionskosten und die Betriebskosten. Für die Finanzierung zusätzlicher Investitionskosten sind die Länder im Rahmen der dualen Krankenhausfinanzierung unmittelbar verantwortlich. Ihrer Verantwortung für die Investitionsfinanzierung kommen die Länder insgesamt immer weniger nach. Dabei ist eine hinreichende Investitionsförderung durch die Länder eine wesentliche Voraussetzung für Qualität in der Krankenhausversorgung, die zugleich Verpflichtung der Länder und Rechtsanspruch der Krankenhäuser ist.
- Mit Blick auf die Betriebskostenfinanzierung stellen sich zwei besondere Probleme. Zum einen werden die Vergütungen der Betriebskosten bzw. die Pflegesätze nicht von den

Ländern finanziert. Das Risiko, die Folgekosten krankenhauserischer Qualitätsvorgaben extern (auf Krankenhäuser und/oder Kostenträger) abzuwälzen, ist damit gegeben. Zum anderen können aufgrund der retrospektiven Kalkulation der DRGs etwaige Mehrkosten infolge krankenhauserischer Qualitätsvorgaben einstweilen nicht in die Kalkulation der Fallpauschalen bzw. die Ermittlung des Landesbasisfallwerts einfließen. Die Umverteilung der Kosten innerhalb der DRGs führt zudem zu keiner zusätzlichen Finanzierung, sondern entzieht anderen DRGs kompensatorisch Bewertungsanteile. Eine additive Finanzierungsregel ist bislang nicht geschaffen worden, ist jedoch zwingende Voraussetzung für eine Folgekostentragung. Daher müssten derzeit entsprechende Mehrkosten von den Krankenhäusern ohne die periodengerechte Möglichkeit zur Refinanzierung getragen werden.

- Vor diesem Hintergrund sind die Länder zu verpflichten, vor einer etwaigen Aufnahme in den Krankenhausplan die Kosten krankenhauserischer Qualitätsvorgaben auf die Pflegesätze zu taxieren oder taxieren zu lassen. Für den Fall, dass diese Vorgaben nachweislich zur Erhöhung der Betriebskosten führen würden, sind Instrumente zu entwickeln und (bundes-)rechtlich zu verankern, die eine zusätzliche Finanzierung der Mehrkosten gewährleisten (z.B. über Zuschlagsregelungen und gleichzeitige Berücksichtigung bei der Ermittlung des Landesbasisfallwerts). Die Finanzierung ist dauerhaft sicherzustellen. Zu jedem Zeitpunkt ist darauf zu achten, dass Folgekosten krankenhauserischer Qualitätsvorgaben nicht durch eine Umverteilung vorhandener Mittel, sondern über zusätzliche Mittel finanziert werden.
- Besondere Finanzierungsprobleme entstehen bei landesspezifischen, also nicht bundesweit in allen Krankenhausplänen inhaltsgleichen Qualitätsvorgaben, falls sie die Betriebskosten nachweislich erhöhen (z.B. landesspezifische Personalschlüssel für bestimmte Leistungsbereiche). Die gesetzlichen Vorgaben zur Vereinbarung von Zuschlägen gemäß § 5 Krankenhausentgelt-Gesetz (KHEntgG) sehen bislang nur bundesweite Zuschlagsregelungen vor. Für eine angemessene Betriebskostenfinanzierung von diesbezüglichen Folgekosten landesspezifischer Qualitätsvorgaben müsste ggf. eine Rechtsgrundlage zur Vereinbarung und Abrechnung von Zuschlägen auf Landesebene geschaffen werden. Für

den Fall, dass landesspezifische Qualitätsvorgaben nachweislich zur Erhöhung der Betriebskosten führen, ist über landesbezogene Zuschläge wiederum die Finanzierung dieser Mehrkosten zu gewährleisten.

3.2 Qualitätsdimensionen

- Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung kann unterschiedlichste Leistungen oder Leistungsbereiche, Kennzahlen oder Indikatoren umfassen. Eine fundierte Bewertung entsprechender Qualitätsvorgaben kann erst im Lichte konkreter Vorschläge und Planungsvorgaben erfolgen, die künftig noch zu entwickeln sind. Derzeit kann eine grundsätzliche Bewertung nur anhand zentraler Qualitätsdimensionen vorgenommen werden. Dabei ist prinzipiell zwischen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der stationären Versorgung zu unterscheiden.

3.2.1 Strukturqualität

- Die Strukturqualität umfasst die strukturellen Voraussetzungen einer medizinischen Behandlung im Krankenhaus. Sie beschreibt potenziell günstige oder zuträgliche Rahmenbedingungen für eine gute (Prozess- und Ergebnis-) Qualität. Im Einzelnen fallen unter die Strukturqualität insbesondere die personelle Ausstattung (z.B. Mindestbesetzungen, Personalschlüssel, Fachkraftquoten, Qualifikationsniveau), die baulich-technische Ausstattung (etwa Vorhaltung bestimmter medizintechnischer Apparaturen oder Geräte, Vorgaben zur räumlichen Ausgestaltung von Organisationseinheiten), Mengenvorgaben (Mindestmengen, Betten, Intensivbetten etc.) sowie organisatorische Anforderungen (Anforderungen an Qualitätsmanagementsysteme oder die externe Qualitätssicherung, Erbringung bestimmter Leistungen in Abhängigkeit von der Vorhaltung bestimmter Teil-/Spezialgebiete).
- Die Strukturqualität ist vergleichsweise einfach zu erfassen, zu messen und zu überprüfen. Bestimmte methodische Probleme von Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität (z.B. Reliabilität oder Risikoadjustierung) stellen sich nicht in gleicher Weise dar. Indikatoren der Strukturqualität müssen in der Regel nicht auf den Einzelfall adaptiert oder risikoadjustiert werden, sondern gelten unabhängig vom individuellen Behandlungsfall. Es

überrascht daher nicht, dass auch in den aktuellen Krankenhausplänen strukturbezogene Qualitätsvorgaben dominieren und von den Befürwortern einer schnellen Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung favorisiert werden.

- Dabei sind Grenzen und Probleme von Indikatoren der Strukturqualität strikt zu beachten. Eine kritische Auseinandersetzung mit diesen Indikatoren ist daher zwingend erforderlich. So sind insbesondere die Zusammenhänge zwischen Strukturqualität auf der einen Seite und Prozess- und Ergebnisqualität auf der anderen Seite vielfach offen oder nur unzureichend evidenzbasiert. Weder bedingt die Erfüllung von Vorgaben zur Strukturqualität alleine eine gute Versorgungsqualität, noch schließt deren Nicht-Erfüllung eine gute Versorgungsqualität von vornherein aus. Strukturvorgaben sollten deswegen nur dann in die Krankenhausplanung aufgenommen werden, wenn sie nachweislich, d.h. evidenzbasiert, die Wahrscheinlichkeit einer guten Prozess- oder Ergebnisqualität deutlich erhöhen. Ein wissenschaftlicher Wirksamkeitsnachweis von Strukturvorgaben ist in jedem Fall zu fordern.
- Indikatoren der Strukturqualität beziehen sich vielfach auf die baulich-technische und personelle Infrastruktur des Krankenhauses. Sie sind überdies von der Planungsbehörde am leichtesten und am schnellsten festzulegen. Von daher ist das Risiko gegeben, dass gerade durch eine krankenhauserplanerische Umsetzung von Strukturkriterien erhebliche Zusatzkosten für den Ausbau der Infrastruktur und die Einstellung zusätzlichen Personals bei den Krankenhäusern entstehen könnten, die ggf. weder über die Leistungsentgelte noch über die öffentlichen Fördermittel gedeckt sind. Strukturvorgaben stehen im Widerspruch zu einem fallpauschalierten Entgeltsystem, wenn sie die Krankenhäuser mit beliebig detaillier- und steigerbaren Anforderungen wirtschaftlich alleine lassen. Sie lösen unmittelbar Kosten aus und erfordern auf der Finanzierungsseite ein Kostendeckungsprinzip, das mit den Fallpauschalen nur bedingt zu gewährleisten ist (vgl. Kap. 3.1.3).
- Vor diesem Hintergrund sollte die Einführung von qualitätsbezogenen Strukturvorgaben in die Krankenhausplanung eher behutsam für ausgewählte Leistungsbereiche (ggf. in erster Linie mit nachgewiesenen Defiziten) erfolgen. Die Finanzierung der Folgekosten ist

dabei zwingend zu gewährleisten. Des Weiteren ist den Krankenhäusern ggf. eine angemessene Zeit einzuräumen, um die Anforderungen an die Strukturqualität eventuell schrittweise erfüllen zu können. Dies ist insofern angezeigt, als die Umsetzung bestimmter Strukturkriterien (z.B. Personalausstattung und Personalqualifikation) eines längeren Vorlaufs bedarf.

3.2.2 Prozessqualität

- Die Prozessqualität bezieht sich auf die Maßnahmen, die im Laufe der Behandlung ergriffen werden. Eine hohe Behandlungsqualität liegt hier vor allem dann vor, wenn die Behandlung nach überprüfbaren Kriterien erfolgt, die dem Stand des Fachwissens in den beteiligten Professionen entspricht. Dementsprechend fallen unter die Prozessqualität in erster Linie die medizinische Behandlung (Diagnostik und Therapie), die pflegerische Versorgung (Pflegeplanung, Pflegeprozess, Pflegestandards) und die Versorgung durch andere therapeutische und technische Gesundheitsfachberufe sowie eine patientenorientierte Ablauforganisation im Krankenhaus bzw. die Patientenüberleitung ins und aus dem Krankenhaus.
- Die Prozessqualität besteht in der sachgemäßen Anwendung fachlichen Wissens und Könnens der Gesundheitsprofessionen auf den konkreten Behandlungsfall im Rahmen einer individuellen Behandlungssituation. Deswegen kann sie nicht unmittelbar Gegenstand einer patienten- und krankenhausesübergreifenden Krankenhausplanung durch eine Landesbehörde sein. Im Rahmen der Krankenhausplanung können deswegen nur mittelbar und allgemein Vorgaben oder Empfehlungen ausgesprochen werden, um die Behandlung nach definierten fachlichen Kriterien durchzuführen, und Prüfroutinen festgelegt werden, wie der Nachweis einer kriterienkonformen Behandlung zu erbringen ist.
- Krankenhausplanerische Prozessvorgaben können insofern nicht oder nur äußerst eingeschränkt handlungsleitend für die konkrete Versorgungssituation sein. Die Überprüfung der Prozessvorgaben in den Krankenhäusern, z.B. über (Stichproben-)Prüfungen durch oder im Auftrag der zuständigen Landesbehörden, wäre überdies mit großen methodischen Problemen und einem nicht unerheblichen bürokratischen Kontrollaufwand verbunden. Es muss zudem offen bleiben, inwieweit in den zuständigen Landesbehörden schon

heute die fachlichen und infrastrukturellen Voraussetzungen vorliegen, entsprechende Prüfroutinen zu entwickeln und umzusetzen.

- Vor diesem Hintergrund erheblicher praktischer und methodischer Umsetzungsprobleme sollte in der Einführungs- und Implementationsphase einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung die Prozessqualität der Versorgung nicht an erster Stelle stehen. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sollte daher Vorgaben zur Prozessqualität einstweilen nur auf sorgfältig ausgewählte Bereiche beschränken, etwa bei hochgradiger Standardisierung oder Standardisierbarkeit von Prozesskriterien weitgehend unabhängig von der individuellen Behandlungssituation und wenn sie nachweislich, d.h. evidenzbasiert, die Wahrscheinlichkeit einer guten Ergebnisqualität deutlich erhöhen.

3.2.3 Ergebnisqualität

- Die Ergebnisqualität beschreibt das Ergebnis des Behandlungsprozesses, in erster Linie patientenbezogene Ergebnisse etwa mit Blick auf den Gesundheitszustand (Mortalität, Morbidität, Komplikationen etc.) oder die Lebensqualität (z.B. Mobilität, Autonomie). Die Messung und Überprüfung der Ergebnisqualität erfolgt anhand von diesbezüglichen Indikatoren oder Kennzahlen (somatisch, psychisch, sozial, organisational etc.). Aus naheliegenden Gründen ist für die stationäre Versorgungsqualität letztlich die Ergebnisqualität entscheidend. Dies gilt im Grundsatz auch im Hinblick auf eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung.
- Für die Berücksichtigung von Vorgaben zur Ergebnisqualität in der Krankenhausplanung kommen im Grundsatz zwei Optionen in Betracht: Zum einen können vorhandene Ergebnisse, etwa der externen stationären Qualitätssicherung auf Landes- oder Bundesebene, genutzt werden, um darauf basierend die Notwendigkeit krankenhauserischer Entscheidungen abzuleiten. Zum anderen können neu zu entwickelnde ergebnisbezogene Größen originär von den Bundesländern als Vorgaben in den Krankenhausplan aufgenommen werden, deren Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung die Ausgestaltung des Versorgungsauftrags eines Krankenhauses beeinflussen.

- Unterschiede in der Ergebnisqualität zwischen verschiedenen Krankenhäusern können durch einen unterschiedlichen Patienten- und Risikomix bedingt sein. Methodische Probleme bei der Risikoadjustierung von Indikatoren der Ergebnisqualität erschweren einen krankenhäusübergreifenden Vergleich der Ergebnisqualität. Auch eine (implizite oder explizite) Risikoselektion, etwa bei der Aufnahme oder Verlegung von Patienten, kann zu einer verzerrten Messung der Ergebnisqualität führen. Eine vermeintlich unter- oder überdurchschnittliche Ergebnisqualität kann deswegen durch eine unterschiedliche Risikostruktur oder unzureichende Risikoadjustierung bedingt sein und sachlich zu Fehlentscheidungen hinsichtlich des Versorgungsauftrags bzw. des Versorgungsausschlusses von Krankenhäusern führen. Auch die Frage der konkreten Auswahl und Gewichtung verschiedener Ergebnisindikatoren für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung ist bislang ungeklärt. So kann ein Krankenhaus, selbst bei identischen Leistungsbereichen, eine unterschiedliche Ergebnisqualität aufweisen, je nachdem wie Ergebnisindikatoren ausgewählt und gewichtet werden.
- Vor diesem Hintergrund sollte die Methodenentwicklung nachdrücklich vorangetrieben werden. Für den Fall, dass die genannten methodischen Probleme hinreichend gelöst werden, kann eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung ggf. einen Beitrag zur Sicherung und Verbesserung der Ergebnisqualität leisten. Mittelbar kann die Ergebnisqualität schon heute in der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden. Beispielsweise könnten mittels einer Problemanalyse, etwa basierend auf Ergebnisdaten der externen Qualitätssicherung, Leistungsbereiche identifiziert werden, die Gegenstand einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung sein könnten oder sollten. Für diese Leistungsbereiche sind ggf. Qualitätsvorgaben festzulegen, die, je nach Erfordernis oder Sinnhaftigkeit, Struktur-, Prozess- oder Ergebniskriterien umfassen können. Längerfristig kann die Ergebnisqualität auch eine Grundlage krankenhäusplanerischer Entscheidungen bilden. Dies setzt jedoch voraus, dass der Planungsprozess standardisiert im Sinne der nachfolgend dargestellten Anforderungen erfolgt.

3.3 Planungsprozess

- Der Prozess der Landeskrankenhausplanung lässt sich in verschiedene Phasen unterteilen. Im Wesentlichen sind dabei drei zentrale Prozessphasen zu differenzieren: die Planerstellung, die Planentscheidung und die Planumsetzung. Mit Blick auf eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung betrifft die Planerstellung vor allem die Auswahl und Priorisierung von Leistungsbereichen, für die Qualitätsvorgaben festgelegt werden sollen. Die Planentscheidung betrifft die Aufnahme in den Krankenhausplan bzw. die Herausnahme aus dem Plan (auch) in Abhängigkeit von der Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung krankenhauserischer Qualitätsvorgaben. Die Planumsetzung bezieht sich in erster Linie auf die Implementation und Überprüfung dieser Vorgaben.

3.3.1 Planerstellung

- Auswahl und Priorisierung von Leistungsbereichen sollten im Rahmen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung systematisch erfolgen. Eine Auswahl nur nach politischen Opportunitäten ist ebenso abzulehnen wie eine mehr oder weniger wahllose Zusammenstellung heterogener Qualitätsvorgaben. Die Auswahl und Priorisierung von Leistungsbereichen sollte deswegen nach einem strukturierten Verfahren erfolgen, in dem Ablauf, Organisation, Zuständigkeiten, Verfahrensbeteiligte etc. eindeutig geregelt sind.
- Auswahl und Priorisierung von Leistungsbereichen für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sind eine hoheitliche Aufgabe des jeweiligen Bundeslandes. Dabei sind die Selbstverwaltungspartner anzuhören (ggf. auch andere an der Krankenhausversorgung im Lande Beteiligte etwa im Rahmen der heute schon bestehenden Landesplanungsausschüsse). Mögliche Kriterien, die für die Auswahl und Priorisierung von Leistungsbereichen ggf. von Relevanz sind, sind insbesondere die folgenden:
 - Leistungsbereiche mit einer (bekannt) größeren Qualitätsspanne
 - Leistungsbereiche mit allgemein anerkannten Qualitätsstandards
 - Gute Steuerbarkeit durch praktikable krankenhauserische Vorgaben
 - Epidemiologische Relevanz (Häufigkeit)
 - Aufwändige, komplexe oder spezialisierte Leistungsbereiche

Im Rahmen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung sind diese Kriterien seitens der Bundesländer nach Möglichkeit soweit zu konkretisieren, dass eine Auswahl und Priorisierung von Leistungsbereichen unterstützt oder erleichtert wird. Die konkrete Auswahl von Leistungsbereichen ist seitens der zuständigen Landesbehörde im Krankenhausplan oder anderweitig zu begründen.

- Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss den wissenschaftlichen Maßstäben der evidenzbasierten Medizin, vergleichbar z.B. der Vorgehensweise bei der Erarbeitung von G-BA-Vorgaben, genügen. Krankenhausplanerische Qualitätsvorgaben müssen sich daran messen lassen, ob sie tatsächlich geeignet, erforderlich und angemessen sind. Unter Zugrundelegung des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes bedeutet dies insbesondere, dass
 - vorausgehend Qualitätsdefizite identifiziert (Ist-Analyse),
 - evidenzbasierte und praktikable Lösungsmöglichkeiten (Qualitätsvorgaben) aufgezeigt sowie
 - Auswirkungen auf die Krankenhausversorgung im Land unter Bezugnahme auf die aktuelle Ist-Situation vorab abgeschätzt und begleitend evaluiert werden.

Im Rahmen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung sind diese Aspekte seitens der Bundesländer verfahrensmäßig soweit zu konkretisieren, dass darauf basierend eine gezielte Auswahl und Priorisierung von Leistungsbereichen ermöglicht wird.

- Vor einer Aufnahme krankenhauplanerischer Qualitätsvorgaben in den Krankenhausplan sind Machbarkeitsuntersuchungen durchzuführen, welche insbesondere den Grad der Betroffenheit, die Auswirkungen auf die flächendeckende Versorgung, die Finanzierbarkeit und die Praktikabilität zum Thema haben. Zu berücksichtigen sind dabei auch Themen wie Personalakquise sowie die inhaltliche und zeitliche Umsetzbarkeit. Die inhaltlichen und methodischen Anforderungen an Machbarkeitsuntersuchungen sind im Krankenhausplan oder anderweitig rechtsverbindlich auszuweisen. Die Ergebnisse der Machbarkeitsuntersuchungen sind zu veröffentlichen.

- Die Leistungen oder Leistungsbereiche, die Gegenstand einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung sind, müssen eindeutig und klar definiert sein (z.B. über Fach- oder Teilgebiete). Die Krankenhausplanung ist in den meisten Ländern eine mehr oder weniger weit gefasste Rahmenplanung und keine fein strukturierte Leistungsplanung. Der Versorgungsauftrag für ein bestimmtes Fachgebiet wird im Grundsatz „fachgebietsumfassend“ erteilt. Vor diesem Hintergrund darf die Planerstellung auch im Rahmen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung grundsätzlich nicht in Form einer umfassenden und detaillierten Leistungsplanung erfolgen (etwa ICD- oder OPS-basiert). Leistungsbezogene Planentscheidungen sollen allenfalls im Einzelfall in Form eines partiellen Versorgungsausschlusses für bestimmte Leistungen oder Leistungsbereiche bei fortwährenden Verstößen gegen krankenhauplanerische Qualitätsvorgaben entsprechend den nachfolgend dargestellten Kriterien möglich sein.

3.3.2 Planentscheidung

- Plankrankenhäuser, die krankenhauplanerische Qualitätsvorgaben für einen bestimmten Leistungsbereich erfüllen, haben im Grundsatz einen Anspruch auf Aufrechterhaltung des Versorgungsauftrags für diesen Leistungsbereich - unter Berücksichtigung aller anderen Kriterien (wie wirtschaftliche Sicherung und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern) nach einem sachgerechten, transparenten und justiziablen Auswahlverfahren zur Aufnahme in den Krankenhausplan.
- Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss letztlich sanktionsbewährt sein, d.h. fortwährende Verstöße gegen diesbezügliche Qualitätsvorgaben müssen in letzter Konsequenz krankenhauplanerisch sanktioniert werden können, etwa durch einen zeitlich befristeten partiellen Versorgungsausschluss eines Krankenhauses für einen bestimmten Leistungsbereich. Allerdings sollte ein partieller Versorgungsausschluss eines Krankenhauses für einen bestimmten Leistungsbereich stets die ultima ratio darstellen. Bevor es dazu kommt, sind deswegen die nachfolgend aufgeführten Möglichkeiten zur Erfüllung von krankenhauplanerischen Qualitätsvorgaben auszuschöpfen.
- Etwaige Versorgungsausschlüsse auch für ausgewählte Leistungsbereiche haben unter Umständen weitreichende Konsequenzen für den betroffenen Krankenhausträger, aber

auch für die zu versorgende Bevölkerung. Zum Schutz der Interessen der Beteiligten und insbesondere zur Vermeidung möglicher nicht begründeter, unverhältnismäßiger oder nicht im kausalen Zusammenhang zu etwaigen Qualitätsdefiziten stehender Folgen sollte ein verbindliches Verfahren mit Blick auf etwaige krankenhauserische Sanktionen etabliert werden. Dieses sollte ein klar definiertes, verhältnismäßiges und abgestuftes Maßnahmensystem mit dem Ziel der (Wieder-)Erreichung qualitativer Vorgaben vorsehen. Hierbei sollten die positiven Erfahrungen mit dem abgestuften Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung, u.a. mit den zunächst vertraulich geführten strukturierten Dialogen, nutzbar gemacht werden.

- Krankenhäuser, die krankenhauserische Qualitätsvorgaben für einen bestimmten Leistungsbereich nicht erfüllen, aber ansonsten die weiteren Kriterien für die Aufnahme in den Krankenhausplan erfüllen (insbesondere bedarfsgerecht sind), müssen in die Lage versetzt werden, die krankenhauserischen Qualitätsvorgaben für einen bestimmten Leistungsbereich zukünftig zu erfüllen. Den Krankenhäusern sollte in jedem Fall eine angemessene Übergangs- oder Karenzzeit zur Erfüllung dieser Vorgaben eingeräumt werden. Die Übergangsfristen oder Karenzzeiten sind ggf. in Abhängigkeit vom Leistungsbereich bzw. den jeweiligen Vorgaben zu variieren. Bis zum Ablauf der Karenzzeit ist ein partieller Versorgungsausschluss für die fraglichen Leistungsbereiche auszuschließen. Für die betroffenen Häuser könnte der Feststellungsbescheid mit diesbezüglichen Nebenbestimmungen für die fraglichen Leistungsbereiche verbunden sein, etwa in Form inhaltlicher Auflagen bzw. eines Widerrufsvorbehalts seitens der zuständigen Landesbehörde.
- Im Sinne der notwendigen Rechtssicherheit für betroffene Krankenhäuser sollte ein Feststellungsbescheid mit Auflagen zur Erreichung der Qualitätsvorgaben ausdrücklich mit einem Widerrufsvorbehalt versehen werden. Damit würde die Planungsbehörde ggf. dazu verpflichtet, die Zulassungsentscheidung in einem gesonderten verwaltungsrechtlichen Verfahren begründet zu widerrufen. Gegen den Widerrufsbescheid würden dem betroffenen Krankenhaus dann die entsprechenden verwaltungsrechtlichen Rechtsmittel zur Verfügung stehen, ohne – vorbehaltlich einer ggf. neu zu begründenden Anordnung der sofortigen Vollziehung – die Versorgung vor Klärung der rechtlichen Zulässigkeit des Widerrufs aufgeben zu müssen.

- Den Bundesländern ist die Möglichkeit einzuräumen, Ausnahmeregelungen mit Blick auf krankenhauplanerische Qualitätsvorgaben zu treffen, also unter bestimmten Bedingungen Krankenhäusern einen Versorgungsauftrag für einen bestimmten Leistungsbereich zu erteilen, selbst wenn es die jeweiligen Qualitätsvorgaben (noch) nicht erfüllt. Dies kann beispielweise derart erfolgen, dass ein Krankenhaus anderweitig eine gute Versorgungsqualität nachweist (etwa auf Basis von Routinedaten oder Daten der externen Qualitätssicherung). Auch eine (zumindest befristete) Ausnahmeregelung analog zum heutigen Sicherstellungszuschlag ist denkbar, etwa wenn ein Krankenhaus bzw. ein Leistungsbereich zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung im Einzugsgebiet notwendig und bedarfsgerecht ist.
- Krankenhäusern, die bestimmte krankenhauplanerische Qualitätsvorgaben nicht alleine oder nicht kurz- bis mittelfristig erfüllen können, sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, diese Vorgaben in Kooperation mit anderen Krankenhäusern (oder ggf. weiteren Leistungserbringern) zu erfüllen. Dies betrifft aus naheliegenden Gründen insbesondere die Erfüllung strukturbezogener Qualitätsvorgaben.
- Erfüllt ein Krankenhaus die krankenhauplanerischen Qualitätsvorgaben (ggf. auch nach Ablauf einer Übergangsfrist oder Karenzzeit) nicht, sollte sich ein Versorgungsausschluss ausdrücklich auf die Leistungsbereiche beschränken, deren Vorgaben das Krankenhaus nicht erfüllt (partieller Versorgungsausschluss). Die Nicht-Erfüllung bestimmter Qualitätsvorgaben sollte daher in der Regel die Schließung ganzer Fachbereiche /-abteilungen oder eines (bedarfsnotwendigen) Krankenhausstandortes ausschließen.
- Sanktionen aufgrund der Nicht-Erfüllung krankenhauplanerischer Qualitätsvorgaben sollen sich ausdrücklich auf einen partiellen Versorgungsausschluss für bestimmte Leistungsbereiche bzw. einen Feststellungsbescheid mit Auflagen beschränken. Finanzielle Sanktionen, z.B. Bonus- oder Malusregelungen, Bußgelder, Zu- /Abschläge von den Leistungsentgelten (Pay for Performance), sind abzulehnen. Diese sind bislang nicht Gegenstand der Krankenhausplanung und sollten es auch künftig nicht sein.

- Auch der partielle Versorgungsausschluss sollte ggf. zeitlich befristet sein. D.h. dem betroffenen Krankenhaus ist die Möglichkeit einzuräumen, die Qualitätsvorgaben nachträglich zu erfüllen und eine Zulassung für den jeweiligen Leistungsbereich zu erhalten, sobald die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind.
- Wird der Versorgungsauftrag für bestimmte Leistungsbereiche erstmalig einem Krankenhausstandort zugeordnet, so ist eine angemessene Karenzzeit für die Erfüllung bzw. den Nachweis der geforderten Qualitätsvorgaben einzuhalten. Es kann dem Krankenhausträger nicht zugemutet werden, die personellen und sächlichen Voraussetzungen auf eigenes Risiko zu schaffen, ohne zumindest mittelfristig den Versorgungsauftrag und mithin die Gewähr für die Abrechnung der entsprechenden Leistungen zu haben.

3.3.3 Planumsetzung

- Bei der Einführung krankenhauserischer Qualitätsvorgaben ist die Verhältnismäßigkeit zu beachten. Dies betrifft auf der einen Seite insbesondere die Anzahl der Vorgaben bzw. der regulierten Leistungsbereiche, die Komplexität und Praktikabilität der Vorgaben sowie die Kosten bzw. den Aufwand im Verhältnis zum Nutzen. Auf der anderen Seite gilt dies für die Prüfung und Fortschreibung krankenhauserischer Qualitätsvorgaben, die nicht in einer intensiven Kontrollbürokratie auf Landesebene münden sollte. Eine Vielzahl und Vielfalt von krankenhauserischen Qualitätsvorgaben und ihre Prüfung darf nicht zu einer unverhältnismäßigen Überregulierung der stationären Versorgung führen. Die Einführung dieser Vorgaben sollte deswegen mit einer Abschätzung des zusätzlichen Bürokratieaufwandes verbunden sein.
- Die Entwicklung, Umsetzung, Prüfung und Fortschreibung krankenhauserischer Qualitätsvorgaben stellen die Landesplanungsbehörden vor erhebliche fachliche, methodische und administrative Aufgaben. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sollte deswegen erst dann implementiert werden, wenn die infrastrukturellen Voraussetzungen hierfür auf Landesebene geschaffen worden sind.
- Die etwaige Prüfung krankenhauserischer Qualitätsvorgaben bei den Krankenhäusern seitens der Landesplanungsbehörden muss auf eindeutigen und nachvollziehbaren

Regeln basieren. Diese sind im Krankenhausplan oder anderweitig rechtsverbindlich auszuweisen. Im Einzelnen sind hier insbesondere Ablauf und Inhalte von Prüfverfahren, Zuständigkeiten, Rechte und Pflichten der Verfahrensbeteiligten sowie Karenzregelungen bei Nicht-Erfüllung von Qualitätsvorgaben festzulegen. Die Prüfung krankenhauserischer Qualitätsvorgaben ist eine hoheitliche Aufgabe der zuständigen Landesbehörde, die keineswegs an nicht-neutrale Einrichtungen (wie den MDK) delegiert werden darf.

- Krankenhausplanerische Qualitätsvorgaben sollten evaluiert werden. Zu diesem Zweck sind in angemessener Zeit nach Aufnahme in den Krankenhausplan Evaluationsstudien durchzuführen, welche - analog zu den Machbarkeitsuntersuchungen - insbesondere die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität gemäß definierter Zielparameter in den krankenhauserisch regulierten Bereichen zum Thema haben, darüber hinaus aber auch die Praktikabilität, die Finanzierbarkeit und die Auswirkungen auf die flächendeckende Versorgung untersuchen. Die Ergebnisse der Evaluationsstudien sind zu veröffentlichen. Aus den Ergebnissen der Evaluation sind ggf. entsprechende Konsequenzen abzuleiten, etwa mit Blick auf die Finanzierung oder Justierung von Qualitätsvorgaben.
- Landeskrankhauspläne basieren auf einer mittelfristigen Planung (von in der Regel mehreren Jahren). Für schnelle und flexible Anpassungen von krankenhauserischen Qualitätsvorgaben eignen sie sich nicht. Qualität ist eine dynamische Größe, die sich ständig wandelt und deshalb auch in ihrer Beschreibung und Begrifflichkeit laufend angepasst und aktualisiert werden muss. Insbesondere bei dynamischen Qualitätsvorgaben (z.B. vergleichbar den Referenzbereichen im Rahmen der externen Qualitätssicherung) könnte es zu kurzfristigen und fortwährenden Anpassungen kommen. Dies hätte zur Folge, dass die zugelassenen Krankenhäuser regelmäßig hinsichtlich der Erfüllung der Qualitätsvorgaben überprüft werden müssten und der Krankenhausplan ggf. in kurzen Zyklen (z.B. jährlich) aktualisiert werden müsste. Dies würde nicht nur die Planungssicherheit der Krankenhäuser, sondern auch die Versorgungssicherheit der Patienten beeinträchtigen.

3.4 Qualitätsvorgaben anderer Einrichtungen

- Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung trifft auf ein umfassendes und komplexes System von existierenden Qualitätsvorgaben anderer Institutionen und Organisationen. In erster Linie sind hier die Beschlüsse des G-BA und die Empfehlungen von Fachgesellschaften zu nennen, die schon heute vielfach den Bezugspunkt krankenhauserischer Qualitätsvorgaben bilden. Eine (partielle) Adaption der entsprechenden Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung kann dabei genauso Probleme aufwerfen wie eine eigenständige Entwicklung von Qualitätsvorgaben durch die Bundesländer selbst. In einem föderalistischen System stellen abweichende Qualitätsvorgaben verschiedener Bundesländer eine zusätzliche Herausforderung dar.

3.4.1 Qualitätsvorgaben des G-BA

- Der Bundesgesetzgeber hat sich mit der Errichtung des G-BA und anderer Institutionen der externen Qualitätssicherung (etwa der Institution nach § 137a SGB V bzw. künftig dem Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen) dafür entschieden, die Kompetenz für die Qualitätssicherung der Gemeinsamen Selbstverwaltung zu übertragen und in wesentlichen Aspekten bundeseinheitlich zu regeln. Der G-BA stellt die maßgebliche Institution dar, in der durch die Gemeinsame Selbstverwaltung bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben für die Krankenhäuser zu erfolgen haben. Dies wird mit den Eckpunkten der Bund-Länder-AG unterstrichen, wonach ein gesetzlicher Auftrag an den G-BA gerichtet werden soll, planungsrelevante Indikatoren als Grundlage für Planungsentscheidungen der Bundesländer zu entwickeln.
- Eine „Doppelstruktur“ der externen Qualitätssicherung im Rahmen der Krankenhausplanung auf Landesebene mit vergleichbaren Strukturen, Kompetenzen und Regelungsmöglichkeiten ist daher im Grundsatz systemfremd. Eine solche „Doppelstruktur“ führt potentiell zu mehr Bürokratie, einer deutlichen Überregulierung der stationären Versorgung, einem überhöhten Kontrollaufwand und ggf. inkonsistenten Qualitätsvorgaben zwischen Bundes- und Landesebene. Sie würde in letzter Konsequenz die Krankenhäuser mit Blick auf die Umsetzung der externen Qualitätssicherung überfordern.

- Insofern die Qualitätsvorgaben des G-BA rechtlich verbindlich sind, ist weder ganz noch teilweise eine separate Berücksichtigung dieser Qualitätsvorgaben in den Krankenhausplänen zwingend erforderlich. Eine fakultative Berücksichtigung von Qualitätsvorgaben des G-BA in der Krankenhausplanung kann als zusätzliches Instrument zur Durchsetzung der Maßnahmen des G-BA auf der Landesebene sinnvoll sein. Die Nicht-Erfüllung dieser Qualitätsvorgaben könnte dann - als ultima ratio bei fortwährenden Verstößen und Ausschöpfung von Karenzzeiten und Korrekturmöglichkeiten (vgl. Kap. 3.3.2) - ggf. auch zu einem partiellen Versorgungsausschluss führen, falls sie in die Krankenhausplanung Eingang finden.
- Hohe Qualitätsanforderungen des G-BA können auf Landesebene zu Konflikten mit dem dort verorteten Sicherstellungsauftrag führen. Deswegen sollte den Ländern die Möglichkeit eingeräumt werden, Ausnahmen von der Erfüllung der Qualitätsvorgaben des G-BA zuzulassen, etwa mit Blick auf einzelne Regelungen oder einzelne Krankenhäuser.
- Sofern für bestimmte Leistungsbereiche schon verbindliche Qualitätsvorgaben des G-BA existieren, sollte die Krankenhausplanung inhaltlich keine weitergehenden Regelungen treffen, die über die Bestimmungen der G-BA-Beschlüsse hinausgehen. Dies könnte zu sich widersprechenden oder unabgestimmten Qualitätsvorgaben bzw. einem Unter- oder Überbietungswettbewerb zwischen Bundes- und Landesebene führen.
- Im Rahmen ihrer Planungshoheit sollten die Länder die Möglichkeit haben, im Rahmen der Krankenhausplanung landesbezogene Qualitätsvorgaben für bestimmte Leistungsbereiche unter der Voraussetzung festzulegen, dass diese Leistungsbereiche nicht über den G-BA geregelt sind. Dabei sind die oben im Detail dargestellten Ziele einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung, die grundlegenden praktischen, fachlichen und finanziellen Anforderungen hieran sowie Verfahrensregeln im Planungsprozess strikt zu beachten (vgl. Kap. 3.1, 3.3, 3.4.3).
- Die Möglichkeit der Länder, eigene Qualitätsvorgaben für bestimmte Leistungsbereiche festzulegen, erfordert eine bundesrechtliche Verankerungsgrundlage. Darin sollten die Kompetenzen der Länder bzw. die Bedingungen, unter denen krankenhauserplanerisch von

Vorgaben des G-BA abgewichen werden kann, eindeutig und abschließend geregelt sein. Analog dazu sollte auch eine Rechtsgrundlage dafür geschaffen werden, in der Landeskrankenhausplanung von G-BA-Vorgaben abzuweichen, wenn die Planungsziele des Landes gefährdet sind.

3.4.2 Qualitätsvorgaben von Fachgesellschaften

- Krankenhausplanerische Qualitätsvorgaben müssen evidenzbasiert sein. Es erscheint daher naheliegend, bei ihrer Entwicklung und Definition auf anerkannte Standards zu rekurrieren. Mögliche Quellen, die schon heute für die Bestimmung von Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung genutzt werden, bilden vor allem Leitlinien, Stellungnahmen oder Vorgaben von Fachgesellschaften oder anderen Organisationen. Eine vorgabenkonforme Leistungserbringung kann ggf. mittels Zertifizierungsverfahren von oder durch Fachgesellschaften oder andere Organisationen nachgewiesen werden. Auch das Erfordernis von Zertifizierungen bzw. Verweise auf entsprechende Zertifikate haben bereits Eingang in die Krankenhausplanung gefunden. Allerdings sind Bezugnahmen auf Leitlinien, Zertifizierungen etc. in der Krankenhausplanung nicht unproblematisch.
- Leitlinien sind Regeln guten ärztlichen Handelns, die von ärztlichen Fachgremien für typische Sachverhalte aufgestellt werden. Sie bezwecken eine Sicherung und Verbesserung von Standards des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens. Leitlinien (oder andere Vorgaben und Empfehlungen von Fachgesellschaften) haben insofern nicht die Krankenhausplanung zum Gegenstand und sind nicht für krankenhauplanerische Zwecke konzipiert worden. Deswegen können bzw. dürfen sie nicht ohne weiteres (1:1) auf die Krankenhausplanung übertragen werden, sondern sind diesbezüglich zu überprüfen.
- Leitlinien beschreiben praxisorientierte Entscheidungs- und Handlungskorridore für das diagnostische und therapeutische Vorgehen bei bestimmten Indikationen. Dabei sind sie flexibel auf die Bedingungen des jeweiligen Behandlungsfalls anzuwenden. Sie eignen sich deswegen nur begrenzt für krankenhauplanerische Zwecke, die aus naheliegenden Gründen vom Einzelfall und seinen spezifischen Anforderungen und Bedingungen abstrahieren müssen. Leitlinien beschreiben Prozesse für individuelle Behandlungsleistungen

lege artis. Parameter der Landeskrankenhausplanung legen Grundlagen und Voraussetzungen für die Sicherstellung der kollektiven Krankenhausversorgung der Bevölkerung fest. Sachlogisch können deswegen Leitlinien und Krankenhausplanung nur sehr bedingt miteinander verknüpft werden.

- Leitlinien enthalten in der Regel umfassende und differenzierte Vorgaben vor allem zur Prozessqualität der Behandlung. Die konkrete Anwendung und Übertragung von Leitlinien auf den Einzelfall ist Aufgabe der Ärzte und ggf. anderer Gesundheitsfachberufe im Krankenhaus. Deren Therapiefreiheit bzw. die Fachexpertise darf deswegen nicht durch krankhausplanerische Vorgaben beschränkt oder unterminiert werden. Die Anwendung von Leitlinien auf den Einzelfall kann und darf nicht durch die Krankenhausplanung präjudiziert werden.
- Auch Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften können durchaus von Partikularinteressen gesteuert sein, in der Fachwelt nicht unumstritten sein oder in Konkurrenz zueinander stehen. Die Verabschiedung von Empfehlungen und Leitlinien kann vom jeweiligen Engagement des Kreises der Fachgesellschaften, von der Zusammensetzung der zuständigen Gremien von Fachgesellschaften oder von individuellen Wunsch- oder Maximalvorstellungen verantwortlicher Mitglieder beeinflusst sein.
- Sollen dennoch Leitlinien oder ggf. anderweitige Vorgaben und Empfehlungen von Fachgesellschaften in die Krankenhausplanung einfließen, ist eine gezielte Adaption an die Krankenhausplanung zwingend erforderlich. Dabei ist eine grundsätzliche Eignung vor allem von strukturellen Teilaspekten von Leitlinien für die Krankenhausplanung im Einzelnen zu prüfen. Sofern Leitlinien teilweise und vor allem mit Bezug auf strukturelle Qualitätsanforderungen Eingang in die Krankenhausplanung finden, müssen sie fachlich auf der bestmöglichen Evidenz basieren (S 3-Leitlinien).
- Vor diesem Hintergrund bedarf die Übernahme von Leitlinien bzw. einzelner Teile aus Leitlinien in die Krankenhausplanung zwingend eines strukturierten Bewertungsverfahrens unter Einbeziehung der Selbstverwaltungspartner und der Fachgesellschaften. Eine Orientierung an den vorhandenen und bewährten Bewertungsverfahren im Rahmen der

externen Qualitätssicherung, etwa des G-BA, des IQWiG oder der Institution nach § 137a SGB V, erscheint dabei aus inhaltlichen, methodischen und praktischen Gründen sinnvoll.

- Leitlinien werden unabhängig von der Krankenhausplanung entwickelt bzw. überarbeitet. Für den Fall, dass Leitlinien oder deren Bearbeitungen (partiell) in die Krankenhausplanung einfließen, ist deswegen darauf zu achten, dass die Krankenhäuser die entsprechenden Planungsvorgaben ggf. in einer angemessenen Karenzzeit umsetzen können.
- Der Nachweis der Leitlinienkonformität oder der Erfüllung anderweitiger Empfehlungen von Fachgesellschaften kann in ausgewählten Leistungsbereichen ggf. über eine entsprechende Zertifizierung erfolgen, bei der die Konformität von Strukturen und Prozessen eines Krankenhauses mit externen Normen durch oder im Auftrag einer Fachgesellschaft überprüft und ggf. bescheinigt wird. Im Rahmen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung wäre die Bescheinigung einer entsprechenden Konformität ggf. (eine) Voraussetzung für den Versorgungsauftrag bzw. den Feststellungsbescheid mit Blick auf den überprüften Leistungsbereich. Eine solche Verknüpfung von Zertifizierungen mit der Krankenhausplanung ist allerdings aus den nachfolgend dargestellten Gründen kritisch zu sehen und nur in ausgewählten Leistungsbereichen denkbar.
- Die wissenschaftliche Evidenz der Aussagen der Fachgesellschaften im Rahmen von Zertifizierungsverfahren entspricht nicht oder allenfalls bedingt dem Standard der G-BA-Vorgaben, die einer Prüfung durch das BMG und ggf. der Sozialgerichte standhalten müssen. Maßstab des G-BA (vgl. z. B. § 137 c Abs. 1 SGB V) ist dabei der Leistungsanspruch des Versicherten (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGBV) unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V). Eine auf Zertifizierungsverfahren von Fachgesellschaften basierende Krankenhausplanung würde ggf. insofern nicht den richtigen Maßstäben und Standards folgen und wäre insoweit anfechtbar.
- Im Wege der Krankenhausplanung sollten die Krankenhäuser nicht generell verpflichtet werden, Zertifizierungen durchführen zu müssen. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung darf nicht dazu führen, dass der Versorgungsauftrag bzw. der Feststellungsbe-

scheid von zahlreichen oder weitreichenden Zertifikaten von Fachgesellschaften oder anderen Organisationen abhängig gemacht wird. Zertifizierungsverfahren von Fachgesellschaften beruhen auf dem Prinzip der Freiwilligkeit und beinhalten nicht selten Maximalanforderungen an die Leistungserbringung, die ggf. auch als „Alleinstellungsmerkmale“ im Wettbewerb dienen können. Dies deckt sich in der Regel nicht mit dem Ziel einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Krankenhausversorgung der Bevölkerung mit leistungsstarken Krankenhäusern.

- Die Krankenhausplanung ist eine hoheitliche Aufgabe, die nicht von externen Zertifizierungen abhängig gemacht werden darf. Die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung würde bei einem krankenhauserischen Verweis auf eine Zertifizierung von Fachgesellschaften (oder anderen Organisationen) implizit in die Hände Externer gegeben, die keine einschlägige gesetzliche Legitimation hierfür besitzen. Es entstünden entsprechende - auch in der Dynamik unwägbar - Abhängigkeiten von den jeweiligen Organisationen. Wenn diese Organisationen um die krankenhauserische Relevanz ihrer Vorgaben und Empfehlungen wissen, könnte deren Formulierung künftig auch von strategisch-taktischen Erwägungen mit Blick auf Ziele und Ausgestaltung der Krankenhausplanung geprägt sein. Jegliche längerfristige Planungssicherheit ginge für die Beteiligten (Planungsbehörden, Krankenhäuser etc.) verloren. Es bestünde das Risiko einer dynamisch-instabilen Krankenhausplanung, die Nachteile für die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Krankenhausleistungen bewirken würde.
- Für den Fall, dass der Versorgungsauftrag bzw. der Feststellungsbescheid mit Blick auf bestimmte Leistungsbereiche von einer nachgewiesenen und anerkannten Zertifizierung einer Fachgesellschaft abhängig gemacht werden, sollten hinsichtlich der erforderlichen Zertifizierungen die gleichen Bedingungen wie für andere krankenhauserische Qualitätsvorgaben gelten: D.h. den betroffenen Krankenhäusern sollten Karenzzeiten für die Zertifizierung sowie die Möglichkeit einer gemeinsamen Zertifizierung mit Kooperationskrankenhäusern eingeräumt werden. Ausnahmeregelungen zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung oder anderweitige Nachweise der Versorgungsqualität (z.B. Daten

der externen Qualitätssicherung) sollten möglich sein. Für besondere Zertifizierungsinhalte ist die Finanzierung der damit verbundenen zusätzlichen Kosten dauerhaft sicherzustellen.

3.4.3 Unterschiedliche Qualitätsvorgaben der Bundesländer

- Die Krankenhausplanung ist gemäß KHG die Aufgabe der Bundesländer. Der Krankenhausplan ist das wichtigste Steuerungsinstrument, um eine bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung im jeweiligen Bundesland sicherzustellen. Entsprechend ihrer Planungshoheit haben die Bundesländer die landesrechtlichen Vorgaben zur Krankenhausplanung bzw. die Krankenhauspläne schon in der Vergangenheit unterschiedlich ausgestaltet. Das föderalistische Prinzip bzw. die Planungshoheit der Bundesländer steht auch hinsichtlich einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung im Grundsatz außer Frage.
- Auswahl und Priorisierung von Leistungsbereichen für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sowie die Festlegung inhaltlicher Qualitätsvorgaben obliegen im Grundsatz den einzelnen Bundesländern entsprechend ihrer Planungshoheit und den individuellen Rahmenbedingungen vor Ort. In diesem Zusammenhang ist insbesondere hervorzuheben, dass mit Blick auf die Gesamtstruktur der Versorgung in einem Bundesland auch länderspezifische Unterschiede bei der Verankerung von Qualitätsparametern in der Landeskrankenhausplanung Berücksichtigung finden können und sollten (z.B. Stadtstaat oder Flächenland, Krankenhaus- und Bevölkerungsdichte, Infrastruktur an ambulanten und weiteren Gesundheitseinrichtungen, Verkehrsinfrastruktur etc.).
- Nichtsdestotrotz gilt es, einen Unter- oder Überbietungswettbewerb der Bundesländer bei krankenhauplanerischen Qualitätsvorgaben aus ordnungs-, versorgungs- und gesellschaftspolitischen Gründen zu verhindern. Zwischen verschiedenen Bundesländern sollte zumindest eine partielle Abstimmung von krankenhauplanerischen Qualitätsvorgaben erfolgen, soweit dies möglich und sinnvoll ist. Dies wäre auch wünschenswert, um dem bundeseinheitlichen „Qualitätsanspruch“ der Versicherten bzw. Patienten (etwa im Sinne der §§ 2, 12, 70 SGB V) gerecht werden zu können. Verschiedene Qualitätsvorgaben in den einzelnen Bundesländern könnten überdies länderübergreifend zu unterschiedlichen

Qualitäts- und Versorgungsniveaus führen, die in einem bundeseinheitlichen Entgeltsystem nicht mehr abgebildet sind. Es ist zudem fraglich, ob eine geschuldete gleichwertige Versorgungsqualität für alle Patienten mit unterschiedlichen Vorgaben in den einzelnen Bundesländern sichergestellt werden kann.

- Unterschiedliche Qualitätsstandards bzw. ein „Qualitätsgefälle“ zwischen den Bundesländern nach Maßgabe einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung sind im Hinblick auf einheitliche Lebensverhältnisse in allen Bundesländern nicht wünschenswert. Deutlich abweichende krankenhauserische Qualitätsvorgaben in den Ländern nach Art, Umfang und Komplexität sind daher nicht anzustreben. Eine Verständigung zwischen den Bundesländern über die Grundzüge einer Qualitätsorientierung im Rahmen der Krankenhausplanung erscheint vor diesem Hintergrund sinnvoll. Dies betrifft insbesondere die Grundsätze, Methoden und Ziele einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung, die nach Möglichkeit länderübergreifend festzulegen sind.
- Inhaltlich erscheint eine entsprechende Abstimmung vor allem dann angezeigt, wenn identische Leistungsbereiche betroffen sind. Der in den Eckpunkten der Bund-Länder-AG vorgesehene gesetzliche Auftrag an den G-BA, planungsrelevante Indikatoren als Grundlage für Planungsentscheidungen der Bundesländer zu entwickeln, dürfte einer inhaltlichen Angleichung krankenhauserischer Qualitätsvorgaben im Grundsatz förderlich sein.
- Nachgewiesene positive Erfahrungen mit krankenhauserischen Qualitätsvorgaben in einzelnen Bundesländern können ggf. von anderen Bundesländern übernommen werden. Dies begünstigt eine länderübergreifend vergleichbare Versorgungsqualität bei den fraglichen Leistungsbereichen bzw. trägt länderübergreifend zur Qualitätssicherung in der Krankenhausversorgung bei.
- Die Bundesländer haben in der Vergangenheit mit unterschiedlicher Intensität die Krankenhäuser investiv gefördert (zusätzlich und auch mit Fördermitteln nach Artikel 14 GSG). Der Status Quo mit Blick auf die Vorhaltung und Ausstattung von Krankenhäusern ist daher

unterschiedlich. Selbst vergleichbare krankenhauserische Qualitätsvorgaben, vor allem hinsichtlich der Strukturqualität, können daher in den Bundesländern mit unterschiedlichem Umsetzungsaufwand verbunden sein. Unterschiedliche Ausgangsbedingungen diesbezüglich zwischen den Bundesländern sind deswegen vor dem Start einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung vollständig auszugleichen.

4 Internationaler Vergleich

Im internationalen Vergleich existieren bereits Ansätze einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung. Deswegen sollte im Projekt eine Kurzdarstellung entsprechender Ansätze für zwei ausgewählte Länder erfolgen. In Abstimmung mit den Auftraggebern fiel die Wahl dabei auf Österreich und die Schweiz. Der Bezug und der Vergleich zu den Möglichkeiten in Deutschland wird eingehender in der abschließenden Diskussion hergestellt (vgl. Kap. 5.3). Zur besseren Einordnung der nachfolgenden Kurzdarstellungen für Österreich und die Schweiz sei hier schon vorwegnehmend gesagt:

Der wesentliche Unterschied zu Deutschland besteht darin, dass viele Qualitätsvorgaben und Qualitätskriterien, die in Österreich und der Schweiz im Rahmen der Krankenhausplanung festgelegt sind, hierzulande anderweitig außerhalb der Landeskrankenhausplanung geregelt sind (bundeseinheitlich vor allem über das SGB V und andere Gesetze oder über die Gemeinsame Selbstverwaltung im G-BA). Von daher sind die jeweiligen Systeme der Krankenhausplanung und der Qualitätssicherung auch kaum vergleichbar. In Deutschland muss die Qualität nicht erst mittels der Krankenhausplanung in die stationäre Versorgung implementiert werden. Vielmehr kann eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung auf ein weit entwickeltes Qualitätssicherungssystem in den deutschen Krankenhäusern aufbauen. Deswegen dienen die nachfolgend dargestellten Konzepte einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung in den beiden Nachbarländern auch nicht als „Blaupause“ für die Krankenhausplanung in Deutschland.

4.1 Schweiz

4.1.1 Grundlagen

Mit der Einführung von leistungsbezogenen Fallpauschalen ist in der Schweiz ebenfalls die Spitalplanung und die Planung der hochspezialisierten Medizin novelliert worden. Seit dem 1. Januar 2012 ist die neue kantonale Spitalplanung umzusetzen. Die einzelnen Kantone sind für die Erstellung der Spitalplanung auf Grundlage von Qualität und Wirtschaftlichkeit verantwortlich und verwenden diese Kriterien als Entscheidungsgrundlage für die Zuteilung von Leistungsaufträgen an die Spitäler (Bundesrat, 2013, Kanton Zürich, 2011, 2015).

Zuständig für die bedarfsgerechte Spitalversorgung in der Schweiz sind vor allem die 26 Kantone. Hierzu erteilen die Gesundheitsdirektionen der Kantone den Spitälern für bestimmte Leistungsgruppen einen Leistungsauftrag und weisen die Leistungsaufträge der Spitäler anhand von Spitallisten aus. Leistungen von Spitälern, die keinen Leistungsauftrag erhalten haben, werden nicht über die obligatorische Krankenversicherung vergütet.

Für die leistungs- und qualitätsorientierte Spitalplanung wird eine schrittweise Vorgehensweise angewendet (Kanton Zürich, 2011): Zunächst werden Leistungsgruppen von medizinisch vergleichbaren Leistungen definiert und hierfür Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen festgelegt (vgl. im einzelnen Kap. 4.1.2 ff.). Im nächsten Schritt wird der stationäre Versorgungsbedarf des Kantons für die Leistungsgruppen ermittelt. In der Bedarfsprognose werden Einflussfaktoren wie die demografische, medizintechnische, epidemiologische und ökonomische Entwicklung berücksichtigt. Im Anschluss daran können sich die Spitäler auf die ausgeschriebenen Leistungsgruppen bewerben. Nach der Bewerbung wird von der jeweiligen Gesundheitsdirektion des Kantons geprüft, ob die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen für die Erbringung der Leistung erfüllt sind.

Anhand der eingegangenen Bewerbungen für die Leistungsgruppen, der jeweiligen Prüfungen sowie der Bedarfsprognosen werden die Spitäler zur Deckung des kantonalen Versorgungsbedarfs ermittelt und, darauf aufbauend, die Leistungsaufträge für die Spitalliste erteilt. Für bestimmte hochspezialisierte Leistungen (vgl. Kap. 4.1.2) erfolgt der entsprechende Planungsprozess kantonsübergreifend bzw. durch Erstellung interkantonalen Spitallisten (IVHSM, 2008).

4.1.2 Leistungsgruppen

Vorreiter für die Spitalplanung nach den Kriterien der Qualität und Wirtschaftlichkeit war der Kanton Zürich. Dieser entwickelte in Kooperation mit zahlreichen Fachexperten ein Leistungsgruppenkonzept für die Spitalplanung. Im Jahr 2011 empfahl die Gesundheitsdirektorenkonferenz allen Kantonen das Züricher Modell. Mittlerweile hat die Mehrzahl der Kantone das Modell übernommen.

Grundlage der Spitalplanung nach dem Züricher Modell bilden die sog. Spitalplanungs-Leistungsgruppen (SPLG), die nach verschiedenen Fachbereichen unterteilt sind und für die leistungsgruppenspezifische Anforderungen definiert werden (Kanton Zürich, 2011). Als Basis der Entwicklung der Leistungsgruppen dienten das Schweizer DRG-System, der Schweizerische Operationskatalog (CHOP) und das Internationale Diagnoseverzeichnis (ICD). Damit die Leistungsgruppen eine optimale Basis für zukünftige Leistungsaufträge bilden, sollten sie folgende Anforderungen erfüllen:

- medizinisch sinnvolle Einheiten bilden, also Leistungen zusammenfassen, die üblicherweise zusammen erbracht werden
- mit einer zweckmäßigen Spitalorganisation kompatibel sein
- klar und eindeutig definiert sein
- Leistungen ähnlicher Komplexität zusammenfassen

Zwei besondere Leistungsgruppen sind das „Basispaket (BP)“ und das „Basispaket Elektiv (BPE)“. Das „Basispaket (BP)“ bildet die Grundlage für alle Spitäler mit einer Notfallstation und umfasst alle Leistungen der Basisversorgung in den Bereichen „Innere Medizin“ und „Allgemeine Chirurgie“. Das „Basispaket Elektiv (BPE)“ ist die Grundlage für Leistungserbringer ohne Notfallstation; Spitäler mit BPE können nur Leistungsgruppen mit vorwiegend elektiven Eingriffen in den Bereichen Ophthalmologie, HNO, Orthopädie/Rheumatologie, Gynäkologie und Urologie anbieten.

Eine Übersicht über die insgesamt rund 125 Leistungsgruppen kann auszugsweise der Tab. 10 entnommen werden.

Für die sog. hochspezialisierte Medizin (HSM) sind die Kantone beauftragt, eine gesamtschweizerische Planung vorzunehmen. Mit der Konzentration entsprechender Leistungen wird eine höhere Auslastung hochspezialisierter Einrichtungen sowie eine bessere Qualität und Steuerung von kostenintensiven Leistungen intendiert. Die hochspezialisierte Medizin umfasst Bereiche oder Leistungen, die u.a. durch ihre Seltenheit, ihren hohen personellen und technischen Aufwand und komplexe Behandlungsverfahren definiert sind (Kanton Zürich, 2011, IVHSM, 2008). Eine Übersicht über die Haupt- und Teilbereiche der hochspezialisierten Medizin gibt Tab. 11.

Tab. 10: Leistungsgruppen nach dem Züricher Modell

Hauptbereich Leistungsbereich	Leistungsgruppe Bezeichnung (Beispiele)
Grundversorgung	
Basispaket (BP)	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Basispaket Elektiv (BPE)	Basispaket für elektive Leistungserbringer
Nervensystem und Sinnesorgane	
Dermatologie	Dermatologische Onkologie, Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren (HNO)	Hals- und Gesichtschirurgie, Mittelohrchirurgie
Neurochirurgie	Neurochirurgie bzw. Spezialisierte Neurochirurgie
Neurologie	Zerebrovaskuläre Störungen Epileptologie
Ophthalmologie	Ophthalmologie, Strabologie, Orbitaprobeme, Glaukom
Innere Organe	
Endokrinologie	Endokrinologie
Gastroenterologie	Gastroenterologie, Spezialisierte Gastroenterologie
Viszeralchirurgie	Oesophaguschirurgie, Bariatrische Chirurgie
Hämatologie	Aggressive Lymphome und akute Leukämien, Autologe
Gefäße	Gefäßchirurgie periphere Gefäße, Gefäßchirurgie, Carotis
Herz	Herzchirurgie, Kardiologie, Elektrophysiologie
Nephrologie	Nephrologie (akute wie auch chronische Nierenversagen)
Urologie	Radikale Prostatektomie, Radikale Zystektomie
Pneumologie	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie, Polysomnographie
Thoraxchirurgie	Thoraxchirurgie, Maligne Neoplasien des Atmungssystems
Transplantationen	Transplantationen solider Organe (IVHSM)
Bewegungsapparat	
Bewegungsapparat chirurgisch	Orthopädie, Arthroskopie des Knies, Knochentumore
Rheumatologie	Rheumatologie, Interdisziplinäre Rheumatologie
Gynäkologie und Geburtshilfe	
Gynäkologie	Maligne Neoplasien der Vulva, Vagina, Zervix, Corpus uteri usw.
Geburtshilfe	Geburtshäuser (ab 37. SSW), Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)

Tab. 10: Leistungsgruppen nach dem Züricher Modell (Fortsetzung)

Hauptbereich Leistungsbereich	Leistungsgruppe Bezeichnung (Beispiele)
Neugeborene	Grundversorgung Neugeborene (Level I und IIA, ab 34. SSW und $\geq 2000g$), Neonatologie (Level IIB, ab 32. SSW und $\geq 1250g$)
Übrige	
(Radio-) Onkologie	Onkologie, Radio-Onkologie, Nuklearmedizin
Schwere Verletzungen	Spezialisierte Unfallchirurgie, Ausgedehnte Verbrennungen
Querschnittsbereiche	
	Kindermedizin Kinderchirurgie, Akutgeriatrie Kompetenzzentrum, Palliative Care Kompetenzzentrum

Quelle: Kanton Zürich, 2011

Tab. 11: Leistungsbereiche der hochspezialisierten Medizin

Hauptbereich	Beispiele der Teilbereiche
Viszeralchirurgie	Oesophagusresektion, Leberresektion, Pankreasresektion
Pädiatrie und Kinderchirurgie, inkl. Kinderonkologie	
• Transplantationen	Lungen-, Leber- Nierentransplantationen bei Kindern
• Pädiatrische Onkologie	Behandlung mit bösartigen Krebserkrankungen, Neuroblastomen, Extremitäten (Beine, Arme)
• Pädiatrische Hämatologie	Autologe hämatopoietische Stammzelltransplantationen
• Schwere Verletzungen	Behandlung von schweren Verbrennungen bei Kindern
• Weitere pädiatrische Behandlungen	Trachealchirurgie, Elektive, Leber- und Gallengangschirurgie, Neugeborenen-Intensivpflege Behandlung von schweren Traumata und Polytrauma
Neurochirurgie	Chirurgische Behandlung der refraktären Epilepsie, Vasculäre Erkrankungen des zentralen Nervensystems
Behandlung von Hirnschlägen	Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen
Behandlung von Schwerverletzten	Schwere Verbrennungen, Behandlung von Schwerverletzten
Cochlea Implantate	Hals-Nase-Ohren
Protonentherapie	Protonentherapie
Hämatologie	Allogene hämatopoietischen Stammzelltransplantationen
Organtransplantationen	Herz-, Leber-, Lungen-, Pankreas-, Nierentransplantationen

Quelle: Interkantonale Spitalliste zur hochspezialisierten Medizin, 2014

Sowohl für die Spitalplanungs-Leistungsgruppen als auch für die Leistungen in der hochspezialisierten Medizin können sich Spitäler um entsprechende Leistungsaufträge bewerben. Im Rahmen einer sog. Evaluation wird durch die zuständigen Organe geprüft, ob die Anforderungen für die Leistungserbringung erfüllt sind. Aus den Prüfungen entstehen die Spitallisten der Leistungsgruppen. Die dort aufgeführten Spitäler werden überdies regelmäßig auditiert. Die generellen und leistungsgruppenspezifischen Anforderungen sowie das Evaluations- und Auditverfahren sind nachfolgend dargestellt.

4.1.3 Generelle Anforderungen

Jeder Leistungserbringer hat unabhängig seines Leistungsspektrums generelle Anforderungen hinsichtlich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Aufnahmebereitschaft und Erreichbarkeit als Grundvoraussetzung für die Vergabe eines Leistungsauftrags zu erfüllen (Kanton Zürich, 2011, 2015).

In Bezug auf die generellen Qualitätsanforderungen muss jedes Listenspital über ein schriftliches Qualitätssicherungs-, Patientenversorgungs-, Notfall- und Hygienekonzept verfügen sowie regelmäßig an etablierten Qualitätsmessungen teilnehmen. Zudem sind ein Critical Incident Reporting System (CIRS) sowie multiprofessionelle Entlassungspfade einzuführen. Auch regelmäßige Befragungen von Patienten und Einweisern sowie Reanimationsübungen gehören zu den generellen Qualitätsanforderungen. Im Übrigen hat jedes Listenspital eine interdisziplinäre Hygienekommission zu etablieren. Eine Konkretisierung dieser Anforderungen ist bundesrechtlich nicht geregelt, sondern bleibt optional den Kantonen vorbehalten.

Mit Blick auf die Wirtschaftlichkeit wird die Effizienz der Leistungserbringung geprüft. Grundlage hierfür bilden die durchschnittlichen schweregradbereinigten Fallkosten je Kanton. Spitäler, deren Fallkosten mehr als 15 Prozent über diesen Durchschnittskosten liegen, werden als unwirtschaftlich eingeordnet.

Neben der Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit sind in der Spitalplanung außerdem sonstige generelle Anforderungen aufgeführt. Danach müssen Listenspitäler in erster Linie fähig und bereit sein, alle Patienten unabhängig vom Versicherungsstatus aufzunehmen und zu behandeln. Eine große Rolle spielt darüber hinaus die schnelle und gute Erreichbarkeit der

Listenspitäler, gemäß definierter Wegezeiten. Ergänzend muss eine quantitativ wie qualitativ angemessene Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen gewährleistet sein.

Die Kurzbeschreibungen zu den generellen Anforderungen sind in Tab.12 zusammengefasst.

Tab. 12: Generelle Anforderungen an Listenspitäler

Anforderungen	Beschreibung
Qualitätsanforderungen	
Qualitätssicherungskonzept	Erarbeitung Konzepte und Programme über die Anforderungen an die Qualität der Leistungen
Teilnahme an etablierten Qualitätsmessungen	z.B. an dem Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ)
Spitalweite Führung eines Critical Incident Reporting System (CIRS)	Alle Mitarbeitenden werden CIRS geschult; Analyse der Eingabemeldungen von CIRS, anonyme Weiterleitung der Spitalleitung, Umsetzung der notwendiger Veränderungen
Multiprofessionelle Entlassungspfade	Systematisierung des Entlassungsprozesses; Gewährleistung der unabhängigen, kontinuierlichen und ambulanten Versorgung des Patientenschnitts
Durchführung von Patienten- und Zuweiserbefragungen	Regelmäßige Durchführung vergleichbaren Befragungen von Patienten und Einweisern; öffentliche Veröffentlichung der Ergebnisse
Durchführung von Reanimationsübungen	Teilnahme von Ärzten, Pflegenden und Therapeuten alle zwei Jahre an Reanimationsübungen bzw. Nachschulungen
Spitalhygiene/ Infektiologie	Etablierung am Spital einer interdisziplinären Hygienekommission; das Vorhandensein ein dokumentiertes Hygienekonzept sowie ein Konzept zum präventiven Antibiotikagebrauch; Führung einer Surveillance von nosokomialen Infektionen und von Resistenzentwicklungen
Wirtschaftlichkeitsanforderungen	
Wirtschaftlichkeitsprüfungen	Alle Listenspitäler wurden einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterzogen, die anhand eines Kostenvergleichs zwischen den Spitälern vorgenommen wird; Verpflichtung von Lieferung der Kostenträgerrechnung
Sonstige generelle Anforderungen	
Aufnahmebereitschaft	Aufnahme und Behandlung alle Patienten innerhalb nützlicher Frist unabhängig ihres Versichertenstatus
Erreichbarkeit der potenziellen Listenspitäler	Bevorzugung derjenigen Leistungserbringer, die bei gleichem medizinischem Angebot schneller und besser zu erreichen sind.
Aus- und Weiterbildung	Forderung eines Nachweises betreffend Aus- und Weiterbildung im Verhältnis zum gesamtkantonalen Bedarf

Quelle: Kanton Zürich, 2011.

4.1.4 Leistungsspezifische Anforderungen

Über die generellen Anforderungen hinaus wurden in den Züricher Spitallisten leistungsspezifische Anforderungen für die Leistungsgruppen und für Querschnittsbereiche definiert:

Je Leistungsgruppe können leistungsspezifische Anforderungen für bestimmte Aspekte der Strukturqualität vorgegeben sein, etwa hinsichtlich Facharztqualifikation und –verfügbarkeit, Versorgungsstufen oder Leistungsmengen. Tab. 13 fasst die maßgeblichen Strukturkriterien zusammen. Die konkrete Ausgestaltung variiert je nach Leistungsgruppe.

Tab. 13: Leistungsspezifische Anforderungen an Listenspitäler

Bereiche	Leistungsspezifische Anforderungen an die Strukturqualität
Facharzt und Verfügbarkeit	Spezifischer Facharzt je nach Leistungsbereich vorgeschrieben
	4 Levels der zeitlichen Verfügbarkeit: je nach Dringlichkeit der Behandlungen
Notfallstation	3 Levels: je nach Dringlichkeit der Behandlungen
Intensivstation	3 Levels: je nach Komplexität der Intensiv-Behandlungen
Verknüpfte Leistungen	medizinisch eng verbundene Leistungen müssen zusammen (am gleichen Standort) erbracht werden
Tumorboard	Tumorboard erforderlich bei Leistungen an Karzinompatienten
Mindestfallzahlen	Bei rund 30 Leistungsgruppen wird eine Mindestfallzahl von 10 Fälle pro Spital vorgeschrieben
	Höhere Mindestfallzahlen bei 3 Leistungsgruppen: Koronarchirurgie = 100, Bariatrische Chirurgie = 50, Bösartige Lungentumore = 30
Sonstige Anforderungen	z.B. Wundambulatorium, Epileptologie, Ernährungs- und Diabetesberatung, Ambulante Hämodialyse und Peritonealdialyse, Patientenüberwachung, Intubation und Beatmung, Gynäkologische Endokrinologie und psychiatrische Betreuung usw.

Quelle: Kanton Zürich, 2011

Zu den sog. Querschnittsbereichen zählen das Basispaket und das Basispaket Elektiv. Die Anforderungen an die beiden Basispakete fasst Tab.14 zusammen. Darüber hinaus gehören dazu Bereiche, deren Leistungen nicht organspezifisch gruppiert werden können, wie beispielsweise Pädiatrie, Kinderchirurgie, Geriatrie oder die Palliativversorgung, für die jeweils bereichsspezifische Anforderungen definiert sind.

Tab. 14: Anforderungen an die Basispakete

	Basispaket (BP)	Basispaket Elektiv (BPE)
Fachärzte und Abteilungen im Spital	Medizinische Klinik geleitet durch Facharzt	Ärztliche Betreuung rund um die Uhr
	Innere Medizin	Im Haus
	Chirurgische Klinik geleitet durch Facharzt	
	Chirurgie	
	Anästhesie	
Notfall	Level 1	
Intensivstation	Level 1	
Laborbetrieb	365 Tage; 24 Stunden	7 bis 17 Uhr
Radiologie mit Röntgen und CT	365 Tage; 24 Stunden	
	CT-Befund in 30 Minuten durch Assistenzarzt	
	Radiologie (mind. 2 Jahre Erfahrung als Assistenzarzt Radiologie) oder bei medizinischer Notwendigkeit durch Facharzt	
Kooperationen		Spital mit Basispaket
Kooperation mit Spital oder Konsiliararzt	Infektiologie	Infektiologie
	Psychiatrie oder Psychosomatik	
Palliative-Care-Basisversorgung	Basisversorgung ¹	

Quelle: Kanton Zürich, 2011

Tab. 15 veranschaulicht die leistungsspezifischen Anforderungen am Beispiel des Leistungsbereichs der Viszeralchirurgie. Grundvoraussetzung für alle sechs Leistungsgruppen in der Viszeralchirurgie ist das Basispaket (BP). Möchte ein Leistungserbringer z.B. einen Leistungsauftrag für die Leistungsgruppe „VIS1 Viszeralchirurgie“ haben, muss er das Basispaket anbieten und über Fachärzte für Viszeralchirurgie verfügen, die jederzeit innerhalb von 60 Minuten die notwendige diagnostische oder therapeutische Intervention im Spital gewährleisten können (Verfügbarkeit Level 2). Zudem muss er über eine Intensiv- und Notfallstation mit vorgegebenen Level verfügen, die Leistungsgruppe „GAE1 Gastroenterologie“ anbieten sowie an einem Tumorboard teilnehmen. Möchte ein Leistungserbringer beispielsweise die Leistungsgruppe „VIS1.1 Große Pankreaseingriffe“ oder die Leistungsgruppe „VIS1.2 Große Lebereingriffe“ anbieten, muss er zudem die Leistungsgruppe „END1 Endokrinologie“ in Kooperation anbieten sowie die Mindestfallzahl von jährlich 10 Fällen erreichen.

Tab. 15: Leistungsspezifische Anforderungen für die Viszeralchirurgie

		Basispaket	FMH Facharzt	Verfügbarkeit Facharzt	Notfallstation	Intensivstation	Verknüpfung „In-house“	Verknüpfung Kooperation	Tumorboard	Mindestfallzahlen
VIS 1	Viszeralchirurgie	BP	Viszeralch.	2	2	1	GAE 1		Ja	
VIS 1.1	Große Pankreaseingriffe	BP	Viszeralch.	2	2	2	GAE 1.1	END1+ VIS 1.2	Ja	10
VIS 1.2	Große Lebereingriffe	BP	Viszeralch.	2	2	2	GAE 1.1	END1+ VIS1.1	Ja	10
VIS 1.3	Oesophaguschirurgie	BP	Viszeralch.	2	2	3			Ja	10
VIS 1.4	Bariatrische Chirurgie	BP	Viszeralch.	2	2	2		END1		50
VIS 1.5	Tiefe Rektumeingriffe	BP	Viszeralch.	2	2	2			Ja	10

Quelle: Kanton Zürich, 2011

In der hochspezialisierten Medizin sind je nach Leistung unterschiedliche Anforderungen vor allem an die Strukturqualität festgelegt, z.B. gelten im Bereich der großen seltenen viszeralkirurgischen Eingriffe für die Oesophagusresektion die folgenden Anforderungen:

- Operateur/in mit Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie;
- Personelle und strukturelle Voraussetzungen um postoperative Komplikationen selbstständig und ohne Spitalverlegung zu behandeln:
 - 24 h Verfügbarkeit einer Endoskopie mit Erfahrung in Stenting
 - 24 h Verfügbarkeit eines qualifizierten Viszeralchirurgen mit der Möglichkeit einer chirurgischen Intervention innerhalb 1 Std; Minimalanforderung: 2 Ärztinnen/Ärzte mit Schwerpunkt Viszeralchirurgie oder entsprechender Ausbildung
 - Onkologie im Haus;
- Durch die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) anerkannte Intensivstation im Haus
- Verfügbarkeit einer diagnostischen und interventionellen Radiologie 24 h

4.1.5 Evaluationsverfahren

Für die Aufnahme in den Spitalplan müssen alle Bewerber ein Evaluationsverfahren durchlaufen (vgl. Abb. 1). Zu diesem Zweck wird in einem ersten Schritt die Erfüllung der generellen Anforderungen hinsichtlich Qualität, Wirtschaftlichkeit, Aufnahmebereitschaft und Erreichbarkeit wie folgt geprüft (Kanton Zürich, 2011):

- Die Evaluation der generellen Qualitätsanforderungen erfolgt primär auf Basis der von den Spitälern übermittelten Dokumente zu den geforderten Qualitätsanforderungen.
- Wirtschaftlichkeitsanforderungen wurden anhand eines Kostenvergleichs zwischen den Spitälern überprüft. Dabei wird der unterschiedliche Patientenmix der Spitäler berücksichtigt, indem die Fallkosten durch den DRG-Casemix dividiert werden. Grundlage ist deshalb insbesondere die fallbezogene Kostenträgerrechnung. Spitäler, deren entsprechende Fallkosten mehr als 15 Prozent über den Durchschnittskosten liegen, erhalten keinen Leistungsauftrag.

-
- Für die Evaluation der Erreichbarkeit werden für jeden Spitalstandort und jedes Gemeindegebiet die zeitlich günstigste Fahrzeit mittels Kurzwegsuche ermittelt und unter Berücksichtigung der gemeindespezifischen geografischen Verteilung der Wohn- bzw. Arbeitsplätze zu einer gewichteten Fahrzeit zusammengefasst. Die Fahrzeiten sind in vier Zeitintervalle (< 15 Minuten, 15-20 Minuten, 20-30 Minuten sowie > 30 Minuten) unterteilt. Abschließend wurden die gemeindespezifischen Einwohner- und Arbeitsplatzzahlen aufgrund der ermittelten kürzesten Fahrzeit den vordefinierten Fahrzeitintervallen zugewiesen.
 - Zur Sicherstellung der Aus- und Weiterbildung wird von jedem Bewerber ein Nachweis bezüglich seiner Aus- und Weiterbildungsleistungen eingefordert.

Erfüllt ein Spital eine dieser generellen Anforderungen nicht, scheidet es aus dem Evaluationsverfahren aus und erhält keinen Leistungsauftrag. Bewerber, die alle generellen Anforderungen erfüllen, werden in einem zweiten Schritt auf die Erfüllung der leistungsspezifischen Anforderungen überprüft. Ein Leistungsauftrag für eine Leistungsgruppe wird erteilt, wenn alle leistungsspezifischen Anforderungen je Leistungsgruppe erfüllt sind, also Facharztverfügbarkeit, Intensiv- und Notfallstation etc. (vgl. Abb. 1, Kap. 4.1.2 ff.). Auch die Evaluation leistungsspezifischer Anforderungen erfolgt auf Basis der von den Spitälern übermittelten Dokumente hierzu.

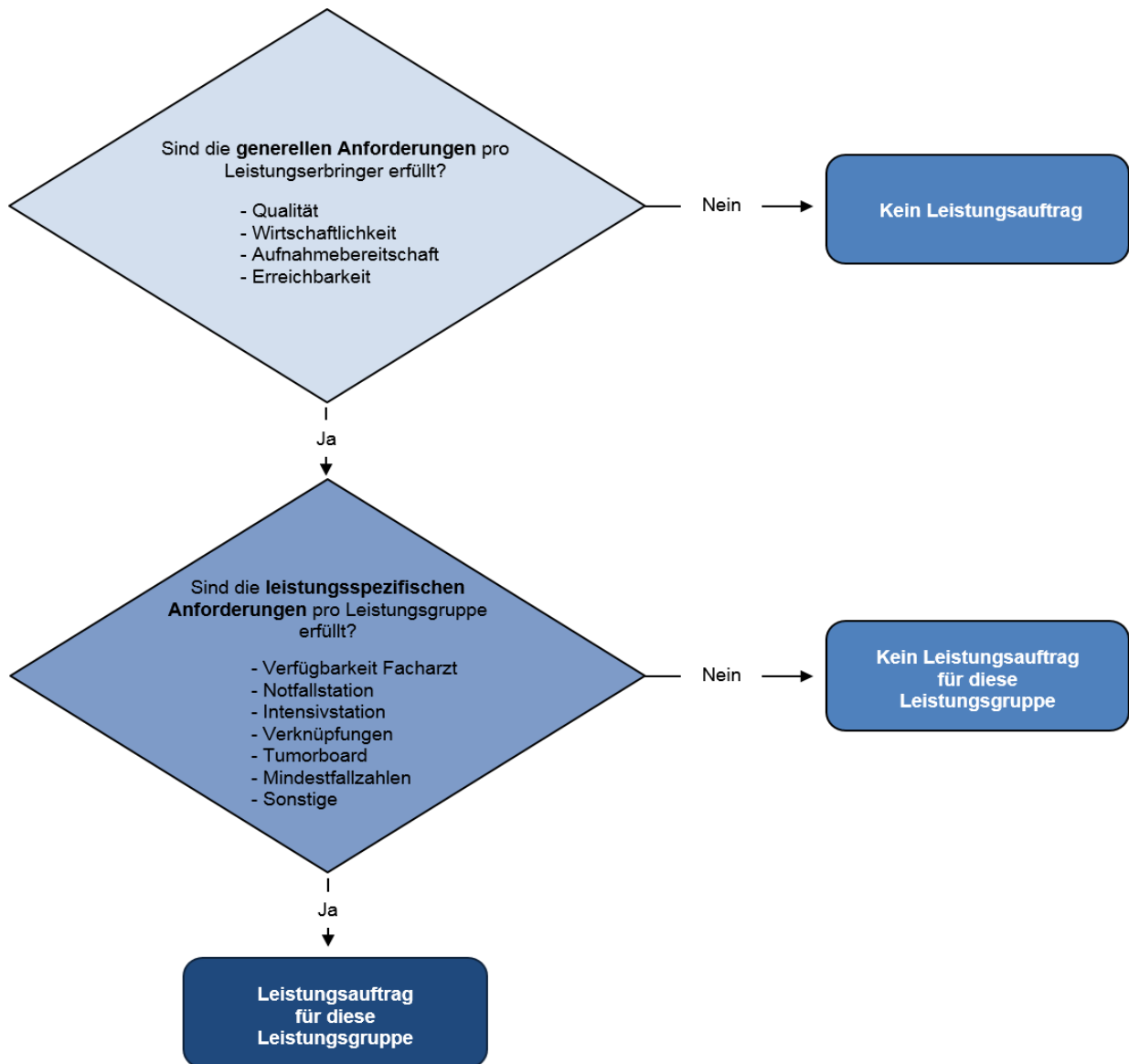


Abb.1: Evaluationsverfahren in der Züricher Spitalplanung

4.1.6 Auditverfahren

Die (kontinuierliche) Einhaltung der Qualitätsanforderungen wird in den Züricher Listenspitälern anhand von externen Audits überprüft (Qualitäts-Controlling). Die Audits erfolgen in den

Spitälern vor Ort durch ein unabhängiges und anerkanntes Audit-Institut im Auftrag der Gesundheitsdirektion des Kantons. Das Audit umfasst im Wesentlichen drei Schritte (Kanton Zürich, 2011):

- **Auditvorbereitung:** Jedes Spital und das Audit-Institut erhalten sechs Wochen vor dem Audittermin eine für das Spital individualisierte Audit-Checkliste, welche das Vorgehen definiert und die im Audit vom Spital vorzulegenden Nachweisdokumente aufführt.
- **Auditabwicklung:** Auditteilnehmer sind der Auditor und die Spitalvertreter. Für die verschiedenen Audit-Module oder Themen sind die jeweiligen Fragen gemäß Audit-Checkliste zu beantworten.
- **Ergebnisbeurteilung:** Die abschließende Bewertung erfasst die Erfüllung bzw. Nicht-Erfüllung der auditierten Qualitätsanforderungen. Werden Abweichungen von den Anforderungen festgestellt, müssen sie vom Spital innerhalb vorgegebener Fristen behoben werden. Wird die Abweichung von Spital nicht (fristgerecht) behoben, legt die Gesundheitsdirektion Maßnahmen fest, die bis zu einem Entzug des hiervon betroffenen Leistungsauftrages führen können.

4.1.7 Auswirkungen

Krankenhäuser, welche eine der generellen Anforderungen (Qualität, Wirtschaftlichkeit, Aufnahmebereitschaft und Erreichbarkeit) nicht erfüllen, scheiden von vornherein aus dem Bewerbungsverfahren für Leistungsbereiche aus. Bei Nicht-Erfüllung der leistungsspezifischen Anforderungen wird kein Leistungsauftrag für die jeweilige Leistungsgruppe erteilt.

Der über die Züricher Spitalliste erteilte Leistungsauftrag wird grundsätzlich unbefristet vergeben und kann in der Regel lediglich im Rahmen einer Überarbeitung der Spitalliste angepasst oder entzogen werden. In begründeten Ausnahmefällen kann der Leistungsauftrag befristet für drei Jahre erteilt werden, z.B. wenn Mindestfallzahlen nur knapp erreicht wurden. Die Spitallisten werden periodisch überprüft und ggf. angepasst sowie die Leistungsgruppen und deren Anforderungen weiterentwickelt.

Spitäler ohne Leistungsauftrag für eine Leistungsgruppe können diese Leistungsgruppe (faktisch) auf Dauer nicht mehr anbieten. Spitäler mit Leistungsauftrag sind verpflichtet (Leistungspflicht), die Anforderungen für die Erbringung der Leistung und die Qualitätsanforderungen zu erfüllen. Eine Informationspflicht der Gesundheitsdirektion besteht, wenn eine Leistungsanforderung nicht mehr erfüllt werden kann.

Die Gesundheitsdirektion überprüft die Einhaltung der Anforderungen des Leistungsauftrags und der Qualitätsanforderungen anhand der eingereichten Dokumente, regelmäßiger Audits sowie der leistungsgruppenbezogenen Fallzahlen des Bundesamtes für Statistik. Bei Verstößen gegen die Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsanforderungen können Verwarnungen, finanzielle Sanktionen und im Wiederholungsfall ein vorübergehender oder vollständiger Ausschluss von der Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung erfolgen.

Ein Ziel der neuen leistungs- und qualitätsorientierten Spitalplanung in der Schweiz war, die Behandlungen auf Spitäler zu konzentrieren, welche die kantonalen Qualitätsanforderungen erfüllen. Dies hat zu Versorgungsausschlüssen oder Leistungskonzentrationen geführt:

Beispielsweise sind im Kanton Zürich 6 von 34 Bewerbern von der Züricher Spitalliste ausgeschlossen worden, weil sie mindestens eine der generellen Anforderungen nicht erfüllt haben. Darüber hinaus wurde in der Mehrzahl der Spitäler der Leistungsauftrag für eine oder mehrere beworbene Leistungsgruppen nicht oder allenfalls befristet bzw. mit Auflagen erteilt.

Im Kanton Zürich hat der Einsatz der Züricher Spitalliste dazu geführt, dass bei komplexen Lungenoperationen, die im Jahr 2010 noch in 12 Spitälern durchgeführt wurden, bereits im Jahr 2012 95 Prozent aller Fälle an den vier großen Züricher Spitälern mit Leistungsauftrag behandelt wurden. Im Bereich der hochspezialisierten Medizin sind für die Speiseröhren(-teil)entfernung, die zuvor an 48 Schweizer Spitälern durchgeführt wurde, nur noch 16 Leistungsaufträge vergeben worden.

4.2 Österreich

4.2.1 Grundlagen

In Österreich ist der Bundesstaat im Rahmen der sog. Grundsatzgesetzgebung für die Krankenhausversorgung und Krankenhausplanung verantwortlich. Die Bundesländer sind für die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung der Bundesgesetzgebung zuständig. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) ist der verbindliche Rahmenplan für die integrierte Versorgungsplanung der Gesundheitssektoren (BMG, 2012). Er enthält die Rahmenvorgaben zur Planung der Spitäler und stellt die Grundlage für die entsprechenden Detailplanungen auf regionaler Ebene dar (Regionale Strukturpläne Gesundheit).

Im ÖSG werden beispielweise Planrichtwerte für die Anzahl der stationären Aufenthalte pro Indikationsgruppe und Versorgungsregion vorgegeben, die dann auf regionaler Ebene umzusetzen sind. Für stationäre Leistungen sind Qualitätskriterien in Form von Struktur- und Prozessindikatoren sowie Mindestfrequenzen festgelegt. Der ÖSG wird regelmäßig (alle zwei bis drei Jahre) revidiert.

Die Länder haben die medizinische Versorgung der Bevölkerung durch Krankenanstalten sicherzustellen. Sie sind verpflichtet, einen Krankenanstaltenplan zu erstellen, welcher sich an den Vorgaben des ÖSG hinsichtlich der Kapazitätsvorgaben und der Qualitätsvorgaben orientiert:

Zur Ermittlung der Kapazitätsvorgaben für die bettenführenden Strukturen werden etwa die regionale Bevölkerungsstruktur und Besiedlungsdichte, die demografische Entwicklung, die Erreichbarkeitsverhältnisse im Straßenverkehr, Auslastung bestehender stationärer Einrichtungen sowie die Entwicklungstendenzen in der Medizin berücksichtigt. Hieraus wurden fachrichtungsspezifische Planrichtwerte für die Erreichbarkeit in Minuten, den Bettenbedarf bzw. die Mindestbettenanzahl pro Abteilung festgelegt.

Die Detailplanung auf Grundlage eines Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG) ist in den Ländern unterschiedlich ausgestaltet. In den meisten Bundesländern sind die Krankenanstaltenplanungen der RSG durch Verordnung des jeweiligen Landes als Landeskrankenanstal-

tenplan erlassen worden. Die Landeskrankenanstaltenpläne sind Grundlage für die krankenanstaltenrechtliche Bedarfsprüfung der Länder und die darauf basierende Vergabe von Bescheiden für die Krankenanstalten.

Darüber hinaus werden in einer überregionalen Versorgungsplanung sog. Referenzzentren pro Versorgungsregion festgelegt. Referenzzentren (RFZ) sind spezialisierte Strukturen von regionaler und überregionaler Bedeutung grundsätzlich innerhalb von Krankenanstalten auf Ebene der Schwerpunktversorgung bzw. der Zentralversorgung, in denen die Erbringung komplexer medizinischer Leistungen gebündelt wird (z.B. Herz- oder Transplantationschirurgie).

Qualitätsvorgaben im ÖSG sind grundsätzlich von allen Krankenhäusern einzuhalten. Sie sind somit auch für die RSG der Länder verbindlich. Vereinfacht gibt es in Österreich zwei Regelungsebenen für krankenhausplanerische Qualitätsvorgaben: die Organisation Krankenhaus und einzelne Krankenhausleistungen.

Die Krankenhausversorgung wird im Rahmen von sog. fachrichtungsspezifischen Organisationsformen (z.B. Referenzzentrum, Abteilung, Tagesklinik) und sog. interdisziplinären Betriebsformen erbracht (z.B. interdisziplinäre Bettenstation, Zentralaufnahme, Ambulanz). Für jede dieser Organisations- und Betriebsformen sind im ÖSG allgemeine Qualitätsvorgaben festgelegt, etwa zum Personal (z.B. Facharztstandard/-verfügbarkeit), zum vorzuhaltenden Leistungsangebot, zu den Betriebszeiten oder zur Infrastruktur (z.B. Mindestbettenzahl oder Mindestausstattung an Medizintechnik).

Darüber hinaus sind im ÖSG Planungsgrundsätze und Qualitätskriterien für ausgewählte Fachgebiete aufgeführt. Hier sind fachspezifische Vorgaben für die Personalausstattung und Personalqualifikation, die apparative Ausstattung, das Leistungsangebot etc. definiert worden (vgl. Kap 4.2.2).

Über diese organisationsbezogenen Qualitätsvorgaben hinaus gibt es noch Qualitätskriterien für ausgewählte medizinische Einzelleistungen. Das Durchführen komplexer medizinischer Leistungen ist Fachabteilungen vorbehalten, welche die erforderlichen Qualitätskriterien in Bezug auf die Strukturqualität und die Mindestfrequenzen erfüllen (vgl. Kap. 4.2.3).

4.2.2 Qualitätskriterien für Fachgebiete

Für zahlreiche Fachgebiete sind im ÖSG fachspezifische Qualitätskriterien ausgewiesen (BMG, 2012). Die fachspezifischen Kriterien sind wiederum differenziert nach den sog. *Intensiv- und Normalpflegebereichen*, welche die meisten medizinischen Fachgebiete umfassen (z.B. Anästhesiologie, Pädiatrie, Chirurgie, Innere Medizin, Augen- und HNO-Heilkunde etc.), den speziellen *Versorgungseinrichtungen* (z.B. Psychosomatik, Akutgeriatrie, Hospiz- und Palliativversorgung) sowie den *Referenzzentren* (Additivfächer der Chirurgie und Innere Medizin wie z.B. Herz-, Thoraxchirurgie, Kinderkardiologie, Onkologie).

Je nach Fachgebiet sind spezifische Anforderungen zur räumlichen und technischen Infrastruktur, zur Personalausstattung und -qualifikation oder Planungsvorgaben hinsichtlich verbindlicher Mindestfallzahlen oder des Versorgungsauftrags nach Versorgungstufen vorgesehen. In der Regel dominieren mithin krankenhausesplanerische Qualitätsvorgaben zur Strukturqualität. Partiiell finden aber auch die Prozess- und Ergebnisqualität Berücksichtigung.

Beispielhaft sind in der Tab. 16 die Qualitätsvorgaben für (anästhesiologisch geleitete) Intensivbereiche aufgeführt. Dort sind für Intensivüberwachungseinheiten sowie verschiedene Versorgungsstufen von Intensivbehandlungseinheiten (nach „Intensiv-Scoring“ mit TISS-Punkten) personelle, infrastrukturelle und apparative Qualitätskriterien definiert. Krankenhäuser mit entsprechenden Intensiveinheiten müssen diese Kriterien verbindlich erfüllen.

Tab. 16: Qualitätskriterien für den Intensivbereich Anästhesiologie, Auszug

	Intensivüberwachungseinheit (UE/IMCU)	Intensivbehandlungseinheit (IE/ICU)		
		Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Personal				
Ärztliches Personal (Verfügbarkeit)	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin muss in der KA verfügbar sein	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin in der KA muss in der KA verfügbar sein	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder eine/r Turnusärztin/-arzt, die/der rund um die Uhr für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein/e Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder eine/r Turnusärztin/-arzt in Rufbereitschaft verfügbar sein	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder eine/r Turnusärztin/-arzt, die/der rund um die Uhr für die Intensivbehandlungseinheit zuständig ist; zusätzlich muss ein/e Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder eine/r Turnusärztin/-arzt in KA anwesend sein
Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	DGKP	DGKP mit Intensivausbildung	DGKP mit Intensivausbildung	DGKP mit Intensivausbildung
Infrastruktur				
Mindestbettenanzahl 4,5	4	6	6	6
Betriebszeit	rund um die Uhr	rund um die Uhr	rund um die Uhr	rund um die Uhr
Apparative Ausstattung				
EKG-Monitor mit Zentraleinheit	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
NIBP unblutig	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
Invasive Druckmessung	in KA verfügbar	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (3 Kanäle)
ZVD-Messung	in KA verfügbar	pro Bett	pro Bett	pro Bett
O ₂ -Insufflation	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
Pulsoximetrie	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
Temperaturmessung	in KA verfügbar	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)	pro Bett (2 Kanäle)
Absaugung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett

Tab. 16: Qualitätskriterien für den Intensivbereich Anästhesiologie, Auszug (Fortsetzung)

	Intensivüberwachungseinheit (UE/IMCU)	Intensivbehandlungseinheit (IE/ICU)		
		Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3
Beatmungsmöglichkeit manuell, mit O ₂ -Anreicherung	pro Bett	pro Bett	pro Bett	pro Bett
Beatmungsgerät	1 Gerät in KA verfügbar	Anzahl der Betten minus 3 Geräte pro Intensiveinheit	Anzahl der Betten minus 1 Gerät pro Intensiveinheit	pro Bett
Transportbeatmung und -überwachung	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
Infusions- u. Infusions-spritzenpumpen	mind. 4 Geräte pro Bett	mind. 4 Geräte pro Bett	mind. 6 Geräte pro Bett	mind. 8 Geräte pro Bett
Notfall-Labor	in KA verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar	in IE verfügbar
Kapnometrie	-	pro Beatmungsplatz	pro Beatmungsplatz	pro Beatmungsplatz

Quelle: BMG, 2012,

4.2.3 Qualitätskriterien für Einzelleistungen

Auch für ausgewählte medizinische Einzelleistungen existieren in Österreich spezifische Qualitätskriterien (BMG, 2012). Grundlage hierfür bildet der Österreichische Katalog medizinischer Einzelleistungen mit entsprechenden Schlüsseln für medizinische Prozeduren (z.B. Operationsschlüssel). Für ausgewählte Prozeduren sind im ÖSG im Rahmen einer sog. Leistungsmatrix bestimmte Qualitätskriterien hinterlegt. Die Leistungsmatrix ist ein Planungsinstrument zur Leistungssteuerung, das gestützt auf Qualitätskriterien die Voraussetzungen für das Leistungsspektrum von Krankenanstalten definiert.

Nachfolgend sind die Qualitätskriterien der Leistungsmatrix zusammengefasst, die im leistungserbringenden Krankenhaus mindestens vorhanden sein müssen bzw. vom Krankenhaus sicherzustellen sind:

- **Basisversorgungsleistung (BV):** Als Basisversorgungsleistung werden solche Leistungen verstanden, die keine besonderen Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur und das Komplikationsmanagement stellen („Routineleistungen“). Für Prozeduren, die darunter fallen, werden in der Regel keine weitergehenden Qualitätskriterien festgelegt.
- **Mindestversorgungsstruktur (MVS):** Organisationsform der bettenführenden Einheit (z.B. Abteilung, Referenzzentrum), die in einem für die jeweilige medizinische Einzelleistung zuständigen Fachgebiet im leistungserbringenden Krankenhaus mindestens vorhanden sein muss.
- **Referenzzentrum (RFZ):** spezialisierte Versorgungseinheit mit gebündelter Erbringung komplexer medizinischer Leistungen.
- **Mindest-Krankenanstaltentyp zur Versorgung von Kindern (KTyp):** Bettenführende Einheiten für Kinder- und Jugendheilkunde (KI) bzw. Kinder- und Jugendchirurgie (KCH), die zur Versorgung von Kindern im Alter unter 15 Jahren im leistungserbringenden Krankenhaus mindestens vorhanden sein müssen.
- **Kinderorthopädisches Zentrum (KOZ):** pädiatrische Versorgung sowie Verfügbarkeit von pädiatrischen Intensivstationen (Intensivbehandlungseinheit, Intensivüberwachungseinheit), die im leistungserbringenden Krankenhaus mindestens vorhanden sein müssen.
- **Intensivmedizinische Versorgung (INT):** Bettenführende Einheiten zur intensivmedizinischen Versorgung (Intensivbehandlungseinheit, Intensivüberwachungseinheit), die im leistungserbringenden Krankenhaus mindestens vorhanden sein müssen.
- **Histopathologische Befundung (HP):** Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitt, die vom leistungserbringenden Krankenhaus sicherzustellen ist.

- *Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalten-Standort (MFS):* Mindestfrequenz in Bezug auf die jeweilige medizinische Einzelleistung, die im mehrjährigen Durchschnitt vom leistungserbringenden Krankenhaus erreicht werden muss.

Tab. 17 veranschaulicht die in der Leistungsmatrix aufgeführten Qualitätskriterien am Beispiel der Ösophagus-Resektion.

Tab. 17: Auszug aus der Leistungsmatrix: Ösophagus-Resektionen

MEL	Medizinische Einzelleistung	BV	Qualitätskriterien						MFS
			MVS	RFZ	KTyp	KOZ	INT	HP	MFS
HE110	Resektion des Ösophagus – offen	N	ABT		1		IS	X	10
HE120	Resektion des Ösophagus – laparoskopisch /thorakoskopisch	N	ABT		1		IS	X	10
HE130	Resektion des Ösophagus – abdomino-thorakal	N	ABT		1		IS	X	10

Da medizinische Einzelleistungen im Bereich der Ösophagus-Resektion grundsätzlich besondere Anforderungen an die medizinisch-technische Infrastruktur und an das Komplikationsmanagement stellen, sind sie in der Leistungsmatrix nicht den *Basisversorgungsleistungen* zugeordnet (BV = N). Als *Mindestversorgungsstruktur* muss die Ösophagus-Resektion in einer bettenführenden Fachabteilung mit definiertem Leistungsangebot (MVS = ABT), allerdings nicht in einem *spezialisierten Referenzzentrum* (RFZ) erbracht werden. Der *Mindest-Krankenanstaltentyp zur Versorgung von Kindern* (KTyp) entspricht der *Stufe 1*, welche die Vorhaltung eines "Kinderzentrums" mit Kinder- und Jugendheilkunde, Kinder- und Jugendchirurgie sowie Intensivbehandlungseinheit (PICU) und Neugeborenen-Intensivstation (NICU) vorsieht. Ein *Kinderorthopädisches Zentrum* (KOZ) ist für Ösophagus-Resektionen nicht erforderlich.

In Bezug auf die *Intensivmedizinische Versorgung* muss eine Intensivbehandlungseinheit vorgehalten werden (INT = IS). Ferner müssen die leistungserbringenden Krankenanstalten in diesen Leistungsgruppen die Möglichkeit der intraoperativen *histopathologischen Befundung*

mittels Gefrierschnitt sicherstellen ($HP = X$). Die verbindliche Mindestfrequenz beträgt für die Ösophagus-Resektionen 10 Fälle pro Jahr und Krankenhaus ($MFS = 10$).

4.2.4 Anforderungen an die Prozess- und Ergebnisqualität

Im ÖSG dominieren zwar Kriterien zur Strukturqualität. Darüber hinaus sind aber auch bestimmte Vorgaben zur Prozess- und Ergebnisqualität aufgeführt. Mit Blick auf die Prozessqualität betreffen sie insbesondere die Patientenüberleitung. So werden im Rahmen des sog. Nahtstellenmanagements (NSM) bei Übergängen von Patienten zwischen verschiedenen Organisationen des Gesundheitswesens die folgenden Prozesskriterien definiert:

- Sicherstellung der Voraussetzungen für ein effizientes Nahtstellenmanagement (z.B. Ressourcen, Festlegung der Zuständigkeiten und Aufgabenverteilung, kompatible EDV-Lösungen)
- Institutionalisierte Koordination zwischen den leistungsanbietenden Personen und Institutionen (z.B. Gesundheits- und Sozialsprengel, Sozialstützpunkte)
- Standardisierte Informationsweitergabe zwischen den leistungsanbietenden Personen und Institutionen.

Zudem sind drei Kriterien speziell für das Aufnahme- und Entlassmanagement vorgegeben, für die entsprechende Qualitätsleitlinien auf Bundesebene hinterlegt sind:

- Sicherstellung eines effektiven und effizienten Aufnahme- und Entlassungsmanagements (z.B. zur Vermeidung von ungeplanten Wiederaufnahmen)
- Standards zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (z.B. standardisierte Zuweisungsinformation, Arztbriefe, prästationäre Diagnostik)
- Institutionalisiertes Entlassungsmanagement an der Nahtstelle von Krankenhaus und niedergelassener Versorgung in der Region (z.B. Ressourcen für Entlassungsmanagement, kompatible EDV-Lösungen)

Weitere konkrete Einzelvorgaben für die Verbesserung der Prozessqualität können in den RSG der Länder gemacht werden (z.B. wird im RSG des Burgenlandes die Einführung eines

Qualitätsmanagementsystems als hilfreich für die Verbesserung der Prozessqualität angesehen).

Hinsichtlich der Ergebnisqualität sind die österreichischen Krankenhäuser gemäß ÖSG verpflichtet, sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu beteiligen. Neben der Erfassung der Routinedaten ist dort das Führen von Registern als weiteres Instrument zur Erfassung der Ergebnisqualität aufgeführt:

Mit den Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI) wurde ein bundesweit einheitliches System zur Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten etabliert. Auf Basis der A-IQI werden alle österreichischen Akutkrankenanstalten nach einem einheitlichen System hinsichtlich der Ergebnisqualität der medizinischen Behandlungen analysiert. Das Indikatorensystem ermöglicht auch die Analyse von Prozessen und Strukturen in den Spitälern. Die Teilnahme an Ergebnisqualitäts-Registern wurde als Qualitätsvorgabe ebenfalls im ÖSG verankert. Für ausgewählte Fachbereiche sind Vorgaben zur Teilnahme an den Registern aufgenommen.

4.2.5 Evaluation

Verstöße gegen die Qualitätskriterien und andere Vorgaben des ÖSG bzw. des RSG können sowohl auf Landesebene als auch auf Krankenhausebene sanktioniert werden:

Auf Landesebene ist mit Blick auf das Verhältnis von Bund und Ländern folgender Sanktionsmechanismus vorgesehen: Maßgebliche Verstöße der Länder gegen den ÖSG bzw. ihren RSG, insbesondere bei Nicht-Einhaltung der Qualitätskriterien, können durch finanzielle Sanktionen geahndet werden. Der Bund kann in diesem Fall einem Bundesland finanzielle Mittel solange vorenthalten, bis das Land nachweist, dass Maßnahmen zur Erreichung der Qualitätsvorgaben durchgeführt wurden.

Sanktionen für einzelne Krankenhäuser können wegen der Planungshoheit der Länder nur über die Bescheide an die Krankenhäuser erfolgen, sprich in Form einer Zurücknahme bzw. Änderung der Bewilligung des Leistungsangebots einer Krankenanstalt. Die entsprechende bundesrechtliche Grundlage sieht allerdings ausdrücklich vor, dass die den Krankenanstalten

erteilten bzw. bestehenden Bewilligungen „unter größtmöglicher Schonung wohlervorbener Rechte“ zu ändern oder zurückzunehmen sind.

Die Weiterentwicklung des ÖSG sieht die Erstellung eines periodischen Evaluierungsberichts zum Stand der Umsetzung vor. Der Evaluierungsbericht soll u.a. folgende Elemente beinhalten (BMG, 2012):

- Überprüfung, inwieweit die Detailplanungen auf regionaler Ebene vorliegen und der im ÖSG vorgegebenen Rahmenplanung entsprechen
- Darstellung, inwieweit die Leistungserbringung in den einzelnen Krankenanstalten zu den Bestimmungen der Leistungsmatrix kompatibel ist
- Überprüfung der Notwendigkeit von Veränderungen in der Angebotsstruktur der Akut-Krankenanstalten unter Berücksichtigung der Entwicklung in den nicht akutstationären Bereichen
- periodische Evaluierung der Einhaltung der Kriterien des Nahtstellenmanagements in jeder Versorgungsregion
- Prüfung auf Einhaltung und Zweckmäßigkeit im ÖSG festgelegter Qualitätskriterien.

Als Instrument zur Evaluierung dient ein laufendes sog. ÖSG-Monitoring auf Basis von Jahresmeldungen, das um einem RSG-Monitoring ergänzt wird. Eine umfassende Evaluation zu Umsetzung und Auswirkungen des ÖSG auf die Krankenhausversorgung in Österreich liegt u.W. noch nicht vor, sodass diesbezüglich noch keine verlässlichen Aussagen auf breiter statistischer Basis getroffen werden können.

5 Diskussion

Gemäß dem aktuellen Koalitionsvertrag, dem Eckpunkte-Papier der Bund-Länder-AG zur Krankenhausreform 2015 sowie dem Entwurf zum Krankenhaus-Strukturgesetz soll künftig auch die Qualität ein Entscheidungskriterium der Krankenhausplanung bilden. Vor diesem Hintergrund war es das Ziel des vorliegenden Projektes, Grundvoraussetzungen für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung aus Krankenhaussicht zu entwickeln und zu formulieren. Zur besseren Einordnung der Ergebnisse erfolgten daneben eine Analyse der qualitätsorientierten Vorgaben in den Krankenhausplänen aller Bundesländer sowie ein internationaler Vergleich mit Ansätzen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung in ausgewählten Ländern. Nachfolgend werden die wesentlichen Ergebnisse zusammengefasst und bewertet.

5.1 Aktueller Sachstand

Schon heute gibt es in vielen Bundesländern krankenhauserische Qualitätsvorgaben. Im Rahmen einer thematischen Analyse der Landeskrankenhauserische Pläne konnten insgesamt 13 Fachgebiete oder Krankheitsbilder mit Mehrfachnennungen für mehrere Bundesländer identifiziert werden. Die am häufigsten geregelten Bereiche bilden vor allem die Geriatrie und die Neonatologie/Geburtshilfe. Differenziert nach Bundesländern gibt es in Nordrhein-Westfalen und Berlin die meisten qualitätsbezogenen Themenbereiche.

Aufgrund der Heterogenität der Themen sowie unterschiedlicher Umsetzungsgrade einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung sind die Qualitätsvorgaben länderübergreifend kaum vergleichbar. Selbst bei identischen Themen gibt es inhaltlich mehr oder weniger große Abweichungen zwischen verschiedenen Bundesländern. Eine Vergleichbarkeit zwischen den Bundesländern ist vor allem dann gegeben, wenn in den Krankenhausplänen explizit auf G-BA-Richtlinien oder OPS-Codes Bezug genommen wird, d. h. die Vorgaben konkret genannt sind.

Grundlage oder Bezugspunkt krankenhauserischer Qualitätsvorgaben bilden aktuell insbesondere Fachplanungen oder Fachprogramme der Bundesländer, Leitlinien und Zertifikate von Fachgesellschaften sowie Richtlinien des G-BA.

Differenziert nach Qualitätsdimensionen beziehen sich die meisten Vorgaben auf die Strukturqualität (Personal, Ausstattung, Mengen etc.). Infolge des Bezugs auf Leitlinien oder G-BA-Richtlinien ist aber auch die Prozessqualität vergleichsweise häufig thematisiert. Im Unterschied zur Strukturqualität, die relativ einfach zu quantifizieren bzw. zu objektivieren ist, sind die Vorgaben zur Prozessqualität in der Regel allgemeiner gehalten, insofern hier zwar standardisierte Prozesse gefordert sind, ohne diese aber immer im Detail zu konkretisieren.

Aspekte der Ergebnisqualität sind deutlich seltener Gegenstand einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung. Sofern dies der Fall ist, beziehen sich die entsprechenden Vorgaben überwiegend auf eine verpflichtende Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung, die auch Ergebniskriterien beinhalten. In aller Regel werden allerdings in den Krankenhausplänen keine quantitativen Vorgaben zur Ergebnisqualität gemacht, etwa im Sinne von Mindeststandards, Referenzwerten, Benchmarks o. ä.

Die Ausgestaltung der Qualitätsvorgaben ist vielfach weder sachgerecht noch evidenzbasiert: Die Auswahl oder Priorisierung von Themenbereichen wird in den Krankenhausplänen zu meist nicht näher begründet. Die Herleitung bzw. Legitimation der konkreten Qualitätskriterien ist anhand der Krankenhauspläne oftmals nicht nachvollziehbar. Machbarkeits- oder Praktikabilitätsaspekte spielen keine erkennbare Rolle. Folgekosten krankenhauserischer Qualitätsvorgaben bleiben unberücksichtigt. Eine den entsprechenden Ansätzen zugrunde liegende Systematik ist nicht erkennbar.

Die Übernahme externer Vorgaben in die Krankenhauspläne, vor allem von Leitlinien und Zertifizierungen von Fachgesellschaften, ist in der jetzigen Form kritisch zu sehen. Leitlinien bzw. Zertifikate sind nicht für krankenhauserische Zwecke entwickelt worden und können deswegen nicht ohne weiteres für die Krankenhausplanung adaptiert werden. Deswegen ist der

krankenhausplanerische Verweis auf Leitlinien und Zertifikate für die Krankenhäuser mit erheblichen Unsicherheiten hinsichtlich der Verbindlichkeit der Vorgaben oder sogar einer etwaigen Sanktionierung von diesbezüglichen Planabweichungen verbunden.

Bislang spielt die Qualität in der Krankenhausplanung primär indirekt eine Rolle, insofern die Planungsbehörden die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern in ihren Planentscheidungen zu berücksichtigen haben und dabei mittelbar auch Qualitätsaspekte einbezogen werden. So impliziert etwa die Rahmenplanung nach Versorgungsstufen oder Krankenhausstandorten, dass Leistungen in Einrichtungen erbracht werden, die hierfür eine qualitativ hinreichende Infrastruktur aufweisen.

Insgesamt ist eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Deutschland bislang sowohl inhaltlich als auch methodisch wenig entwickelt. Dies ist insofern nachvollziehbar, als die Qualität bislang kein maßgebliches Entscheidungskriterium der Krankenhausplanung war, sondern seit jeher über den Begriff der Leistungsfähigkeit Einfluss auf krankenhausplanerische Entscheidungen hat. Zudem ist die Qualitätssicherung rechtlich wie ordnungspolitisch in wichtigen Aspekten außerhalb der Krankenhausplanung angesiedelt.

Die Unzulänglichkeiten und Probleme in den vorhandenen Ansätzen zeigen, dass mit Blick auf die Berücksichtigung von Qualität als einem weiteren Kriterium der Krankenhausplanung eine deutliche Systematisierung und Fundierung des bisherigen Vorgehens dringend erforderlich ist.

5.2 Künftige Anforderungen

In der vorliegenden Studie sind grundlegende Anforderungen an eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung formuliert worden, die ggf. in der Diskussion und Weiterentwicklung der Krankenhausplanung Berücksichtigung finden können.

Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung steht neben den übrigen Entscheidungskriterien für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan (bedarfsgerechte Versorgung mit leistungsfähigen und eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial

tragbaren Pflegesätzen). Sie muss deswegen mit diesen Kriterien in Einklang gebracht werden. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung darf folglich eine bedarfsgerechte, wohnortnahe und flächendeckende Krankenhausversorgung nicht gefährden. Vielmehr soll sie diese sichern und vor dem Hintergrund des gesetzlichen Auftrages verbessern helfen.

Die Möglichkeit der Bundesländer, im Rahmen ihrer Planungshoheit ergänzend zu den Vorgaben des G-BA landesbezogene Qualitätsvorgaben festzulegen, steht außer Frage. Eine Vielzahl krankenhauserischer Qualitätsvorgaben und ihrer Prüfung darf jedoch nicht zu einer unverhältnismäßigen Überregulierung der stationären Versorgung führen. Unterschiedliche landesspezifische Qualitätsvorgaben sollen nicht zu einem signifikanten Qualitätsgefälle zwischen den Bundesländern führen.

Krankenhauserische Qualitätsvorgaben sollten grundlegenden fachlichen Anforderungen genügen: Sie müssen praktikabel, operationalisierbar und justizierbar sein. Qualitätsorientierte Planungsvorgaben sollten auf der besten vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz basieren. Zu diesem Zweck ist der aktuelle Forschungsstand durch unabhängige wissenschaftliche Reviewer aufzubereiten und zu bewerten. Auch evidenzbasierte Qualitätsvorgaben sind speziell für die Zwecke der Krankenhausplanung zu adaptieren. Grundlegende methodische Standards sind dabei zu beachten.

Bei der Entwicklung und Umsetzung krankenhauserischer Qualitätsvorgaben sind Finanzierungsaspekte unbedingt zu berücksichtigen. Etwaige Mehrkosten infolge entsprechender Planungsvorgaben müssen komplett refinanziert werden. Das gilt gleichermaßen für die Investitionskosten und die Betriebskosten. Solange erhöhte Betriebskosten nicht über die Fallpauschalkalkulation abgedeckt sind, sind sie über bundesweite oder ggf. landesspezifische Zuschläge zu finanzieren. Dabei darf keinesfalls eine absenkende Berücksichtigung bei der Vereinbarung des Landesbasisfallwertes erfolgen.

Der Planungsprozess für eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sollte hochgradig standardisiert werden: Die Auswahl und Priorisierung von Leistungsbereichen muss anhand definierter Kriterien gut begründet sein. Prospektiv vor Aufnahme krankenhauserischer Qualitätsvorgaben in den Krankenhausplan sind Machbarkeitsuntersuchungen durchzuführen,

welche insbesondere die Auswirkungen auf die flächendeckende Versorgung, die Finanzierbarkeit und die Praktikabilität zum Thema haben. Die etwaige Überprüfung und Kontrolle krankenhauserischer Qualitätsvorgaben bei den Krankenhäusern seitens der Landesplanungsbehörde muss auf eindeutigen, nachvollziehbaren und justiziablen Regeln basieren. Retrospektiv sind in angemessener Zeit nach Aufnahme in den Krankenhausplan Evaluationsstudien durchzuführen, welche die Auswirkungen der Planungsvorgaben auf die stationäre Versorgung und die erzielten Ergebnisse und Verbesserungen für die Bevölkerung bewerten.

Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung muss letztlich sanktionsbewährt sein, d.h. fortwährende Verstöße gegen diesbezügliche Qualitätsvorgaben müssen in letzter Konsequenz krankenhauserisch sanktioniert werden. Ein darauf ggf. basierender Versorgungsausschluss sollte sich ausdrücklich auf den Leistungsbereich beschränken, dessen Vorgaben das Krankenhaus nicht erfüllt. Ein partieller Versorgungsausschluss eines Krankenhauses für einen bestimmten Leistungsbereich sollte aber stets die ultima ratio darstellen. Bevor es dazu kommt, sollten den betroffenen Krankenhäusern angemessene Übergangs- oder Karenzzeiten zur Erfüllung von Qualitätsvorgaben eingeräumt werden.

Die Krankenhausplanung ist eine hoheitliche Aufgabe. Die wesentlichen Aspekte des Planungsprozesses können deswegen nicht an nicht-neutrale Dritte delegiert werden (wie dem MDK oder externe Zertifizierer). Das gilt für alle maßgeblichen Schritte des Planungsprozesses, also die Planentwicklung, die Planentscheidung und die Planumsetzung. Auch die Verwendung von Leitlinien, Stellungnahmen oder Vorgaben von Fachgesellschaften sollte eher behutsam erfolgen. Sofern dies überhaupt geschieht, ist eine gezielte Adaption von Leitlinien für die Zwecke der Krankenhausplanung in jedem Fall zwingend erforderlich.

5.3 Übertragbarkeit internationaler Ansätze

Im internationalen Vergleich existieren teilweise schon weitergehende Ansätze einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung, deren Adaption auch für Deutschland diskutiert wird (vgl. Augurzky et al., 2014). Daher wurde im Projekt beispielhaft die Krankenhausplanung in Österreich und der Schweiz untersucht. Trotz im Detail unterschiedlicher Ansätze und Inhalte einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung gibt es große Gemeinsamkeiten zwischen diesen beiden Ländern:

Sowohl in Österreich als auch in der Schweiz fallen die Qualitätsvorgaben in den Krankenhausplänen umfassend aus. Faktisch sind in beiden Ländern nahezu alle medizinischen Fachgebiete erfasst. In Österreich erfolgt dies orientiert an der traditionellen Struktur medizinischer Fachgebiete bzw. Fachabteilungen. In der Schweiz wurden eigens für eine novellierte Krankenhausplanung differenziertere Leistungsgruppen entwickelt. In beiden Ländern gibt es für (fast) jedes krankenhauserfasste Fachgebiet bzw. für jede Leistungsgruppe krankenhauserfasste Qualitätsvorgaben.

Nach Qualitätsdimensionen dominieren in der österreichischen wie der schweizerischen Krankenhausplanung Qualitätskriterien zur Strukturqualität. Dies betrifft insbesondere Vorgaben zum Personal (Personalausstattung, Personalverfügbarkeit und Personalqualifikation), zur apparativen Ausstattung (Vorhaltung bestimmter medizintechnischer Geräte), zum Leistungsangebot (vorzuhaltende Leistungen und Leistungsbereiche) sowie Mengenvorgaben (Mindestbesetzungen, Mindestmengen, Mindestbettenzahlen etc.). Vorgaben zur Prozessqualität beziehen sich in erster Linie auf das Überleitungsmanagement und das Qualitätsmanagement. Hinsichtlich der Ergebnisqualität ist vor allem die Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung gefordert, ohne dass hierfür konkrete Ergebnisindikatoren im Krankenhausplan vorgegeben sind.

In Österreich und der Schweiz sind die Versorgungs- bzw. Leistungsplanung und die Qualitätsplanung eng miteinander verknüpft. So sind in der Schweiz die Leistungsgruppen anhand von detaillierten DRG-, Operations- und Diagnoseschlüsseln entwickelt worden. Damit unterliegen alle entsprechenden Leistungen oder Fälle zwangsläufig den korrespondierenden Qualitätsanforderungen je Leistungsgruppe. In Österreich sind sogar für ausgewählte medizinische Einzelleistungen Qualitätskriterien definiert. Die Berechtigung zur Leistungserbringung ist dort vom Nachweis der Kriterienerfüllung abhängig.

In beiden Vergleichsländern ist die Qualitätsplanung aber auch in die Bedarfsplanung eingebettet. D.h. neben der Qualitätsplanung gibt es eine Kapazitätsplanung nach Standorten und Leistungsbereichen vor allem in Abhängigkeit vom Bedarf (Demografie und Morbidität), der

Wohnortnähe (Erreichbarkeit) und der medizinischen Entwicklung. Qualitäts- und Bedarfsplanung werden dabei so austariert, dass im Grundsatz gleichermaßen eine bedarfsgerechte wie qualitätsgesicherte Leistungserbringung gewährleistet ist.

In Österreich wie in der Schweiz wird die Nicht-Erfüllung krankenhauplanerischer Qualitätsvorgaben über die konkrete Ausgestaltung der Versorgungsaufträge bzw. die diesbezüglichen Bescheide an die Krankenhäuser sanktioniert. Krankenhäuser, welche von den Planungsvorgaben abweichen, erhalten keinen Versorgungsauftrag (mehr) für den jeweiligen Leistungsbe- reich oder die jeweilige Einzelleistung. Allerdings bestehen in beiden Ländern Ausnahme- oder Karenzregelungen. So sind in der Schweiz Karenzzeiten vorgegeben, binner derer Planabweichungen behoben werden können bzw. müssen, um einen Versorgungsauftrag zu erhalten. In Österreich sind bestehende Ansprüche und Rechte von Krankenhäusern hinsichtlich des vor- handenen Leistungsangebots im Rahmen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung wohlwollend zu berücksichtigen.

Vergleicht man die qualitätsorientierte Krankenhausplanung in Österreich und der Schweiz mit der Krankenhausplanung in Deutschland, fallen insbesondere die folgenden Aspekte auf: Hin- sichtlich der konkreten Ausgestaltung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung unter- scheiden sich diese Länder deutlich. Während in Österreich und der Schweiz krankenhauplanerische Qualitätsvorgaben systematisch und umfassend für fast alle medizinischen Fach- gebiete bestehen, beschränken sich die Qualitätsvorgaben in den hiesigen Krankenhausplä- nen auf vergleichsweise wenige Fachgebiete und Krankheitsbilder mit heterogenen Qualitäts- kriterien. Darüber hinaus gibt es in Deutschland keine differenzierte Leistungsplanung, die leistungsbezogen mit der Qualitätsplanung verknüpft ist und diesbezügliche Qualitätskriterien festlegt. Des Weiteren ist die Qualität hierzulande bislang kein (maßgebliches) Entschei- dungskriterium der Krankenhausplanung und damit für die Erteilung von Versorgungsaufträgen bzw. Feststellungsbescheiden.

Allerdings sind die Länder mit Blick auf die Organisation von Krankenhausplanung und Quali- tätssicherung auch nur bedingt vergleichbar: So sind etwa viele Qualitätsvorgaben und Quali- tätskriterien, die in Österreich und der Schweiz im Rahmen der Krankenhausplanung festge- legt sind, in Deutschland anderweitig außerhalb der Krankenhausplanung geregelt (z.B. über

das SGB V und andere Gesetze oder über die Gemeinsame Selbstverwaltung im G-BA). Dies betrifft u.a. die Einrichtung eines Qualitätsmanagement- und Risikomanagementsystems, die Teilnahme an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung, die Etablierung eines Versorgungs- oder Entlassungsmanagements, die Mindestmengenregelung oder die Qualitätsrichtlinien des G-BA zu komplexen medizinischen Leistungen. Die entsprechenden Vorgaben sind für die Krankenhäuser verbindlich, ohne dass es dazu einer krankenhauserischen Ausweisung bedarf.

Überdies ist eine Reihe von Qualitätsvorgaben, die in Österreich und der Schweiz einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung zugeordnet sind, in Deutschland schon bislang explizit oder implizit im Rahmen der traditionellen Versorgungs- und Bedarfsplanung berücksichtigt. So spielt etwa in allen Krankenhausplänen die Wohnortnähe und die Erreichbarkeit von Krankenhäusern eine zentrale Rolle. Des Weiteren hat die Krankenhausplanung neben dem ausreichenden Bedarf auch die Versorgung durch leistungsfähige Krankenhäuser zu gewährleisten; über den Leistungsfähigkeitsbegriff fließen implizit struktur-, prozess- und ergebnisorientierte Vorgaben in die Krankenhausplanung ein. Die Rahmenplanung für Versorgungsstufen, Standorte und Fachabteilungen bedingt, dass Leistungen in Einrichtungen erbracht werden, die hierfür über eine adäquate personelle, organisatorische und technische Infrastruktur verfügen (ohne dass dies einzelleistungs- oder leistungsgruppenbezogen spezifiziert wird). Auch Basis- oder Querschnittsthemen der Qualitätsplanung in Österreich und der Schweiz sind standardmäßig Gegenstand der Krankenhausplanung in Deutschland (etwa Notfallversorgung, Hygiene oder Facharztstandard bei ärztlichen Leitungskräften).

Eine umfassende und systematische Evaluation der qualitätsorientierten Krankenhausplanung für Österreich und die Schweiz liegt u.W. noch nicht vor. Mithin ist bislang offen, welche Auswirkungen diese Planungsansätze auf die Behandlungsqualität für die Patienten sowie die Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Finanzierung der Krankenhausversorgung in diesen beiden Ländern haben. Von daher lässt sich die Frage, ob und, wenn ja, welche Elemente einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung dort auch für Deutschland zielführend adaptierbar sind, zum jetzigen Zeitpunkt nicht empirisch fundiert beantworten. Von einer unkritischen Reflektion oder gar einer anstandslosen Übertragung dieser Ansätze auf die hiesigen Verhältnisse ist deswegen abzuraten. Sofern eine (partielle) Adaption dieser Ansätze für die

deutsche Krankenhausplanung diskutiert werden sollte, sind vielmehr die o.g. Anforderungen an eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung umfassend zu berücksichtigen (vgl. Kap. 3, 5.2).

5.4 Ausblick

Eine Übertragung der dargestellten internationalen Ansätze auf die Krankenhausplanung in Deutschland ist weder sinnvoll noch erforderlich. Im internationalen Vergleich ist die Qualitätssicherung in Deutschland rechtlich und ordnungspolitisch anders verortet. In Deutschland stellt der G-BA die maßgebliche Institution dar, in der durch die gemeinsame Selbstverwaltung bundeseinheitliche Qualitätsvorgaben für die Krankenhäuser zu erfolgen haben. Eine Doppelstruktur der Qualitätssicherung im Rahmen der Krankenhausplanung auf Landesebene mit vergleichbaren Strukturen, Kompetenzen und Regelungsmöglichkeiten ist daher im Grundsatz systemfremd. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung sollte daher die ordnungspolitische Grundsatzentscheidung zu Gunsten des G-BA nicht konterkarieren, sondern gezielt unterstützen.

Die interne und externe Qualitätssicherung im Krankenhaus ist in Deutschland weit fortgeschritten. Schon heute sind die Krankenhäuser gesetzlich dazu verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement vorzuhalten, sich an Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu beteiligen und turnusmäßig Qualitätsberichte zu erstellen. Freiwillige Verfahren der Qualitätsbewertung und Zertifizierung sind weit verbreitet. Ein systematisches klinisches Risikomanagement ist etabliert oder befindet sich vielerorts im Aufbau. Angesichts des in Deutschland erreichten Niveaus der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements muss die Qualität nicht erst mittels der Krankenhausplanung in die stationäre Versorgung implementiert werden. Vielmehr kann und sollte eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung auf ein weit entwickeltes Qualitätssicherungssystem in den deutschen Krankenhäusern aufbauen.

Mit dem Koalitionsvertrag und, darauf basierend, dem Eckpunktepapier sowie dem Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes haben die Koalitionäre beschlossen, die Qualität als ein weiteres Kriterium bei der Krankenhausplanung der Länder gesetzlich einzuführen. Dazu wird u.a. ein gesetzlicher Auftrag an den G-BA gerichtet, planungsrelevante Indikatoren zu entwickeln, die geeignet sind, rechtssichere Kriterien und Grundlagen für Planungsentscheidungen

der Länder zu sein. Darüber hinaus wird der G-BA verpflichtet, den Ländern regelmäßig Auswertungsergebnisse und Bewertungskriterien zu den planungsrelevanten Indikatoren zur Verfügung zu stellen. Damit haben sich die Koalitionäre grundsätzlich dafür entschieden, eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung auf Landesebene eng mit dem bestehenden System der externen stationären Qualitätssicherung auf Bundesebene zu verknüpfen. Mit der Einbeziehung des G-BA werden insofern hohe Anforderungen an die Systematik und Rechtssicherheit der Entwicklung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gestellt.

Für die Umsetzung einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung sowie die Eigenentwicklung von Indikatoren auf Landesebene sind daher strenge Anforderungen an Systematik und Rechtssicherheit zu stellen. Eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung wird sich daran messen lassen müssen, inwieweit sie diesen Anforderungen tatsächlich genügt und zu einer Weiterentwicklung der stationären Versorgungsqualität beiträgt.

Literatur

AQUA-Institut: Qualitätsreport 2013. Göttingen 2014 (www.aqua-institut.de)

Augurzky, B., Beivers, A. Straub, N., Veltkamp, C.: Erarbeitung von Umsetzungsvorschlägen der Positionen der Krankenkassen zur Krankenhausplanung. Essen 2013

Baum, G.: Qualität, Krankenhausplan und Sanktionen. *das Krankenhaus*, 2014 (8), S. 697-704

Blum, K.: Perinatalbefragung zur pflegerischen Strukturqualität. Düsseldorf 2013 (www.dki.de)

Bundesministerium für Gesundheit: Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung. Berlin, Referentenentwurf vom 28.04.2015

Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012. Wien 2012

Bundesrat der Schweiz: Grundlagen der Spitalplanung und Ansätze zur Weiterentwicklung. o.O., 2013

Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform 2015: Eckpunkte zur Krankenhausreform 2015. Berlin 2014

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD für die 18.Legislaturperiode: Deutschlands Zukunft gestalten. Berlin 2103

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsplanung in den Bundesländern. Berlin 2014a

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Weiterentwicklung der Qualitätssicherung und der Patientensicherheit. Berlin 2014b

IGES: Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung. Berlin 2012

Interkantonale Vereinbarung über die hochspezialisierte Medizin (IVHSM) vom 14. März 2008

Kanton Zürich Gesundheitsdirektion: Zürcher Spitalplanung 2012: Strukturbericht. Zürich 2011

Kanton Zürich Gesundheitsdirektion: Audit-Leitfaden – Qualitäts-Controlling in Listenspitälern: Strukturbericht. Zürich 2013

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW): Stellungnahme der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) zum Entwurf „Krankenhausplan NRW 2015“. Düsseldorf 2013

Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA): Krankenhausplan NRW 2015. Düsseldorf 2014

Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren: Hochspezialisierte Medizin. <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=822> (aufgerufen am 22.10.2014)