

Qualitätskriterien in der Krankenhaus- planung

*Gutachten im Auftrag des Strategiezentrums Gesundheit
Nordrhein-Westfalen*

Dr. Stefan Loos

Dr. Bernd Deckenbach

Dr. Martin Albrecht

Dr. Monika Sander

Dr. Andreas Plate

Christoph Stöppler

Anke Schliwen

Dr. Brigitte Schwalbe

Berlin, 19. März 2012

IGES Institut GmbH

Friedrichstraße 180, 10117 Berlin

Tel.: 030 – 23 08 09-0; E-Mail: kontakt@iges.de; www.iges.de

Inhalt

1	Hintergrund und Zielsetzung des Gutachtens.....	10
2	Notwendigkeit und Nutzen von Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung: Recherche und Darstellung des aktuellen Wissens- und Diskussionsstands.....	11
2.1	Versorgungspolitischer Kontext	11
2.2	Bestandsaufnahme: Qualitätsprobleme in der stationären Krankenhausversorgung.....	15
2.2.1	Ergebnisqualität im Krankenhaus	15
2.2.2	Strukturqualität.....	20
2.2.3	Fazit.....	29
2.3	Beschreibung bestehender Qualitätssicherungssysteme in der Krankenhausversorgung	30
2.4	Welche Defizite der bestehenden Qualitätssicherungssysteme werden diskutiert?	42
2.4.1	Allgemeine Herausforderungen externer Qualitätssicherung	43
2.4.2	Spezifische Probleme der bestehenden Qualitätssicherungssysteme	44
2.5	Erörterung von rechtlichen Fragestellungen.....	47
2.5.1	Einleitung	47
2.5.2	Festschreibungen von Qualitätsanforderungen im Krankenhausplan.....	48
2.5.3	Verhältnis Bundes- und Landesrecht bei der Krankenhausplanung.....	57
2.5.4	Gewährleistung von Strukturqualitätsanforderungen per Telemedizin.....	62
2.6	Zusammenfassung und Fazit	67
3	Bestandsaufnahme und Bewertung möglicher Qualitätskriterien	70
3.1	Datengrundlagen.....	70
3.2	Vorgehen.....	71
3.3	Ergebnisse der Analyse von Richtlinien des G-BA	74
3.3.1	Identifikation der relevanten Richtlinien	74
3.3.2	Inhaltliche Beschreibung der relevanten Richtlinien	75
3.3.3	Regelungsinhalte	76
3.3.4	Quantitative Relevanz und Entwicklung.....	78

3.3.5	Evidenzbasis der Strukturvorgaben in den Quellen	80
3.3.6	Fazit	80
3.4	Ergebnisse der Analyse des OPS-Katalogs	82
3.4.1	Vorgehen	82
3.4.2	Inhaltliche Beschreibung der relevanten OPS Codes.....	82
3.4.3	Regelungsinhalte	88
3.4.4	Quantitative Relevanz und Entwicklung.....	90
3.4.5	Evidenzbasis der Strukturvorgaben in den Quellen	99
3.4.6	Fazit	99
3.5	Ergebnisse der Analyse von Zertifikaten.....	101
3.5.1	Vorgehen	101
3.5.2	Inhaltliche Beschreibung der ausgewählten Zertifikate	101
3.5.3	Regelungsinhalte	107
3.5.4	Quantitative Relevanz und Entwicklung.....	108
3.5.5	Evidenzbasis der Strukturvorgaben in den Quellen	112
3.5.6	Fazit	112
3.6	Ergebnisse der Analyse von Vorgaben zur externen Qualitätssicherung gem. § 135a SGB V	113
3.6.1	Vorgehen	113
3.6.2	Inhaltliche Beschreibung der relevanten Qualitätsindikatoren	114
3.6.3	Quantitative Relevanz und Entwicklung.....	114
3.6.4	Evidenzbasis der Strukturvorgaben in den Quellen	116
3.6.5	Fazit	116
3.7	Ergebnisse der Analyse von S3-Leitlinien der AWMF.....	116
3.7.1	Vorgehen	116
3.7.2	Inhaltliche Beschreibung der relevanten Leitlinien	117
3.7.3	Regelungsinhalte	122
3.7.4	Quantitative Relevanz und Entwicklung.....	124
3.7.5	Evidenzbasis der Strukturvorgaben in den Quellen	127
3.7.6	Fazit	127
3.8	Ergebnisse der Analyse von Krankenhausplänen anderer Bundesländer	128
3.8.1	Vorgehen	128
3.8.2	Rechtliche Grundlagen und Thematisierung von Qualitätskriterien in den aktuellen Krankenhausgesetzen und -plänen	129
3.8.3	Inhaltliche Beschreibung der ausgewählten Vorgaben in den Krankenhausplänen	130
3.8.4	Regelungsinhalte	133
3.8.5	Quantitative Relevanz und Entwicklung.....	138
3.8.6	Fundierung der Strukturvorgaben in den Quellen.....	141

3.8.7	Fazit	141
3.9	Prüfung auf besonderen Handlungsbedarf	142
3.9.1	Notfallversorgung.....	142
3.9.2	Elektive Leistungen.....	149
4	Ergebnis: Grundlagen für Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung	153
4.1	Beurteilung möglicher Qualitätskriterien nach Quelle	153
4.2	Beurteilung möglicher Qualitätskriterien nach Regelungsbereichen	155
4.3	Beurteilung möglicher Qualitätskriterien nach Versorgungsbereichen	156
5	Folgerungen für die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen	162
	Literaturverzeichnis.....	166
	Anhang	174

Abbildungen

Abbildung 1:	Regionale und qualitative Versorgungsunterschiede am Beispiel der radikalen Prostataentfernung: alters- und geschlechtsstandardisierte OP-Häufigkeiten im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt (= 1,0)	13
Abbildung 2:	Schematische Darstellung zu möglichen Zielen und Wirkungen der Anwendung von Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung.....	14
Abbildung 3:	Entwicklung der Anzahl der Ärzte in Krankenhäusern in NRW, insgesamt und nach Position, 2000-2010	23
Abbildung 4:	Entwicklung der Anzahl der Patientenzugänge je Arzt in NRW, 2000-2010.....	24
Abbildung 5:	Entwicklung der Anzahl der Ärzte in ausgewählten Facharztgruppen, 2000-2010.....	25
Abbildung 6:	Entwicklung der Anzahl des nichtärztlichen Personals in NRW, 2000-2010.....	27
Abbildung 7:	Entwicklung der Anzahl des nichtärztlichen Personals in Bezug auf den Patientenzugang in NRW, 2000-2010	28
Abbildung 8:	Ablauf eines Strukturierten Dialoges.....	34

Abbildung 9: Anteile der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit traumatischer Notfalldiagnose an allen Fällen mit traumatischer Notfalldiagnose in den einzelnen Krankenhäusern, NRW, 2010	145
Abbildung 10: Anteile der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit kardiologischer Notfalldiagnose an allen Fällen mit kardiologischer Notfalldiagnose in den einzelnen Krankenhäusern, NRW, 2010	146
Abbildung 11: Anteile der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit pulmonologischer Notfalldiagnose an allen Fällen mit pulmonologischer Notfalldiagnose in den einzelnen Krankenhäusern, NRW, 2010	146
Abbildung 12: Anteile der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit neurologischer Notfalldiagnose an allen Fällen mit neurologischer Notfalldiagnose in den einzelnen Krankenhäusern, NRW, 2010	147
Abbildung 13: Anteile der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit Herzinfarkt an allen Fällen mit Herzinfarkt in den einzelnen Krankenhäusern, NRW, 2010	148
Abbildung 14: Anteile der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit Hauptdiagnosen S00-T98 an allen Fällen mit Hauptdiagnosen S00-T98 in den einzelnen Krankenhäusern, NRW, 2010	149

Tabellen

Tabelle 1: Entwicklung ausgewählter Facharztgruppen im Krankenhaus auf Kreisebene, 2000-2010	26
Tabelle 2: Durch die Telematik im Gesundheitswesen betroffene Rechtsgebiete	63
Tabelle 3: In die Bestandsaufnahme möglicher Qualitätskriterien einbezogene Datenquellen	70
Tabelle 4: Darstellung der Auswertungsmaske für das Exzerpieren von Qualitätskriterien.....	71
Tabelle 5: Übersicht über die extrahierten G-BA-Richtlinien.....	75
Tabelle 6: Übersicht zu den Regelungsinhalten der G-BA-Richtlinien im Hinblick auf die Strukturqualität.....	76
Tabelle 7: Anzahl G-BA-Richtlinien, die Vorgaben zu den verschiedenen Berufsgruppen gemacht haben.....	77
Tabelle 8: Art und Vorgaben zur Personalausstattung, die von G-BA-Richtlinien, gemacht werden.....	77
Tabelle 9: Quantitative Relevanz der Richtlinien des G-BA im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010	79

Tabelle 10:	OPS Codes, die Vorgaben zur Strukturqualität enthalten	83
Tabelle 11:	Zuordnung von OPS Codes zu Fachabteilungen	87
Tabelle 12:	Übersicht zu den Regelungsinhalten der OPS Codes im Hinblick auf die Strukturqualität	88
Tabelle 13:	Art und Vorgaben zur Personalausstattung, die von OPS Codes gemacht werden	88
Tabelle 14:	Anzahl OPS Codes, die Vorgaben zu den verschiedenen Berufsgruppen gemacht haben	89
Tabelle 15:	Quantitative Relevanz der OPS Codes 1-90 - 1-99 im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010	92
Tabelle 16:	Quantitative Relevanz der OPS Codes 8-97 - 8-98 im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010	95
Tabelle 17:	Quantitative Relevanz der OPS Codes 9-40 - 9-41 im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010	97
Tabelle 18:	Quantitative Relevanz der OPS Codes 9-60 - 9-69 im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2010	98
Tabelle 19:	Übersicht über die extrahierten Zertifikate	103
Tabelle 20:	Übersicht zu den Regelungsinhalten der Zertifikate im Hinblick auf die Strukturqualität	107
Tabelle 21:	Anzahl Zertifikate, die Vorgaben zu den verschiedenen Berufsgruppen enthalten	107
Tabelle 22:	Art und Vorgaben zur Personalausstattung, die von Zertifikaten gemacht werden	108
Tabelle 23:	Quantitative Relevanz der Zertifikate im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010	110
Tabelle 24:	Übersicht zu den Regelungsinhalten der Qualitätsindikatoren gem. § 137a Abs.2 Nr. 1 SGB V im Hinblick auf die Strukturqualität	114
Tabelle 25:	Quantitative Relevanz der Qualitätsindikatoren gem. § 137a Abs.2 Nr. 1 SGB V im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010	115
Tabelle 26:	Übersicht über die durchgesehenen und extrahierten S-3-Leitlinien	118
Tabelle 27:	Übersicht zu den Regelungsinhalten der S3-Leitlinien im Hinblick auf die Strukturqualität	123
Tabelle 28:	Quantitative Relevanz der S3-Leitlinien im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010	125

Tabelle 29:	Qualitätsorientierung als Grundlage der Krankenhausplanung in den aktuellen Krankenhausgesetzen und -plänen der Länder	129
Tabelle 30:	Übersicht über die von den Ländern mit Verweis auf andere Quellen regulierten Bereiche	132
Tabelle 31:	Übersicht zu den Regelungsinhalten von Krankenhausplänen anderer Bundesländer.....	134
Tabelle 32:	Anzahl Versorgungsbereiche, für die in den Krankenhausplänen Vorgaben zu den verschiedenen Berufsgruppen gemacht werden.....	136
Tabelle 33:	Art und Vorgaben zur Personalausstattung, die von in Krankenhausplänen gemacht werden	136
Tabelle 34:	Quantitative Relevanz der Vorgaben in Krankenhausplänen im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010	139
Tabelle 35:	Anteil der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit Notfalldiagnose an allen Fällen mit Notfalldiagnose nach Diagnosegruppen, 2010	144
Tabelle 36:	Entwicklung der Anzahl von möglicherweise elektiv erbrachten Leistungen und der Anzahl der diese Leistungen erbringenden Einrichtungen 2006, 2010	151
Tabelle 37:	Zusammenfassung der Analyseergebnisse für die verschiedenen Quellen.....	154
Tabelle 38:	Überblick über die Regelungsinhalte nach Quellenarten.....	155
Tabelle 39:	Überblick über die Vorgaben zur personellen Ausstattung nach Quellenarten	156
Tabelle 40:	Anzahl Quellen nach Versorgungsbereich und Quellenart.....	161

1 Hintergrund und Zielsetzung des Gutachtens

Vor dem Hintergrund einer zunehmenden – teilweise jedoch kontrovers diskutierten – Bedeutung von Qualitätskriterien als Bestandteil der Krankenhausplanung und angesichts der Fortschreibung des Krankenhausplanes für das Land Nordrhein-Westfalen hat das Strategiezentrum Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen das IGES Institut mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt.¹

Bisher werden Qualitätskriterien im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen nur in eingeschränktem Umfang vorgegeben (z. B. für Brustzentren). Ziel dieses Gutachtens ist es, eine Grundlage zu schaffen, um die Möglichkeiten und den Nutzen zusätzlicher Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung im Vorfeld der Fortschreibung des Krankenhausplanes beurteilen zu können. Einen wesentlichen Beitrag hierzu leistet die umfassende Bestandsaufnahme von Qualitätsvorgaben, die im Rahmen teilweise sehr unterschiedlicher Regelungskontexte für stationäre Behandlungen gemacht werden.

¹ Die weibliche Form ist der männlichen Form in diesem Gutachten gleichgestellt; lediglich aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung wurde die männliche Form gewählt.

2 Notwendigkeit und Nutzen von Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung: Recherche und Darstellung des aktuellen Wissens- und Diskussionsstands

Ziel dieses Abschnitts ist die Darstellung und Abwägung der Argumente, die für und gegen eine (breitere) Aufnahme von Qualitätskriterien in die Krankenhausplanung sprechen. Für eine solche breitere Aufnahme von Qualitätskriterien in die Krankenhausplanung spräche, dass

- es relevante Qualitätsprobleme in der stationären Krankenhausversorgung gibt,
- die vorhandenen Instrumente zur Qualitätssicherung nicht oder nur unzureichend in der Lage sind, diese Probleme zu beseitigen,
- die Festlegung von Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung dazu beitragen kann, diese Probleme zu beseitigen,
- die Festlegung von Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung grundsätzlich rechtlich zulässig ist und
- der Nutzen einer Festlegung von Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung größer ist als evtl. damit verbundene unerwünschte Nebenwirkungen.

Zur Strukturierung der Recherche und Darstellung des aktuellen Wissens- und Diskussionsstandes wurde zunächst der versorgungspolitische Kontext ermittelt, in dem die öffentliche Diskussion über Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung stattfindet.

2.1 Versorgungspolitischer Kontext

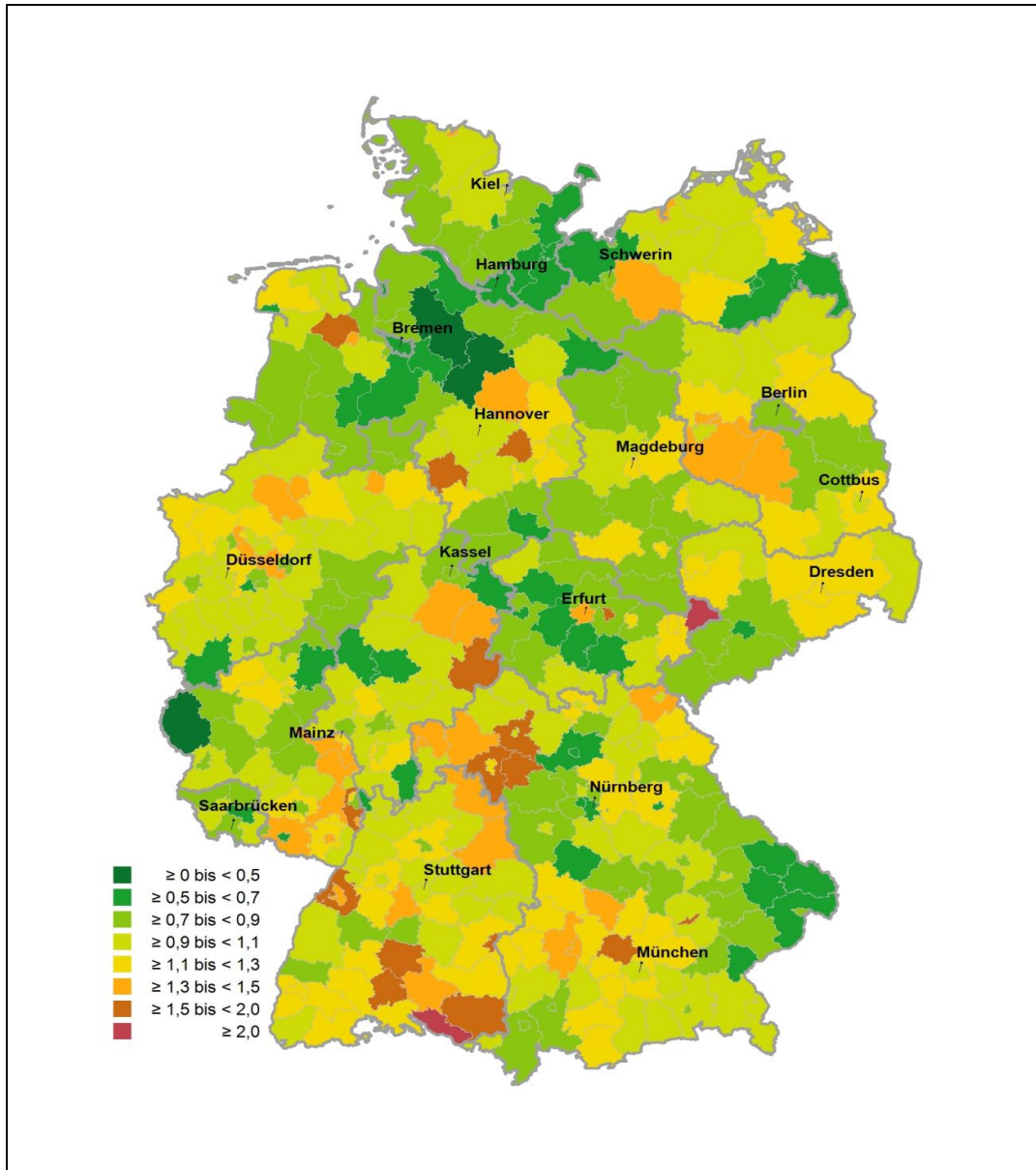
Den Ausgangspunkt bildet die Frage, ob Ausmaß und Struktur der Krankenhauskapazitäten dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung entsprechen und auf welche Weise versorgungsadäquate Krankenhausstrukturen erreicht werden können. In internationalen Vergleichen, z. B. auf Basis von OECD-Daten, zeigt sich, dass das Gesundheitssystem in Deutschland trotz eines deutlichen und kontinuierlichen Produktivitätsanstiegs nach wie vor über hohe Krankenhauskapazitäten verfügt (vgl. Albrecht et al. 2009: 16 ff.). Dieser Befund steht in einem engen Zusammenhang mit einem regelmäßig in der öffentlichen Diskussion konstatierten "Investitionsstau", aber auch mit Erscheinungsformen eines teilweise in der Tendenz ruinösen Wettbewerbs zwischen Krankenhäusern (vgl. Albrecht et al. 2009: 87 ff.).

Diese auf stark aggregierter Ebene zu erkennenden Hinweise auf suboptimale Krankenhausstrukturen werden ergänzt durch die zunehmende Identifizierung von regionalen und qualitativen Unterschieden in der stationären Versorgung, die sich teilweise nicht medizinisch begründen lassen. Grundlage hierfür bildet die Zunahme und Verbesserung der Messung von Unterschieden der Versorgungsqualität bei Krankenhäusern. Beispiele sind die Dokumentationen im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung und die für die Krankenhäuser obligatorischen Strukturierten Qualitätsberichte nach § 137 SGB V sowie die hierauf teilweise aufbauenden Informationsportale ("Weisse Liste", Krankenhausnavigator).

Beispielhaft lassen sich regionale und auch qualitative Versorgungsunterschiede im stationären Bereich anhand der Häufigkeitsverteilung der radikalen Prostataentfernung darstellen (Abbildung 1). Die Abbildung zeigt die OP-Häufigkeiten auf Kreisebene. Trotz indirekter Standardisierung nach Alter und Geschlecht liegt der Kreis mit der höchsten OP-Häufigkeit 110 % über dem Bundesdurchschnitt, der Kreis mit der geringsten Häufigkeit um 60 % unter dem Bundesdurchschnitt. Zudem treten geringere Häufigkeiten vor allem in größeren Städten auf. Diese regionalen Unterschiede werden u. a. damit erklärt, dass es regional unterschiedlich häufig zu PSA-Untersuchungen kommt und es eine regional unterschiedliche Verfügbarkeit von Versorgungskapazitäten für alternative Behandlungen (z. B. Strahlentherapie) gibt.

Die Notwendigkeit einer intensivierten Qualitätssicherung im Krankenhausbereich könnte sich auch daraus herleiten, dass bestehende medizinisch nicht begründbare Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern bislang nicht zu verstärkten Spezialisierungen der Krankenhäuser geführt haben, in deren Folge eine Leistungskonzentration dort stattfindet, wo eine überdurchschnittlich hohe Versorgungsqualität nachweisbar ist. So konnten im Rahmen der DRG-Begleitforschung für den Zeitraum 2006 bis 2008 insgesamt keine ausgeprägten Veränderungen der Leistungsspezialisierung oder -diversifikation, sondern eher eine Ausweitung des Leistungsportfolios der Krankenhäuser festgestellt werden (vgl. Fürstenberg et al. 2011). Und auch das direkt auf eine Konzentration der Leistungserbringung zielende Instrument der Mindestmengenregelungen konnte bisher nicht die gewünschte Wirkung entfalten (vgl. Geraedts et al. 2010a).

Abbildung 1: Regionale und qualitative Versorgungsunterschiede am Beispiel der radikalen Prostatektomie: alters- und geschlechtsstandardisierte OP-Häufigkeiten im Verhältnis zum Bundesdurchschnitt (= 1,0)



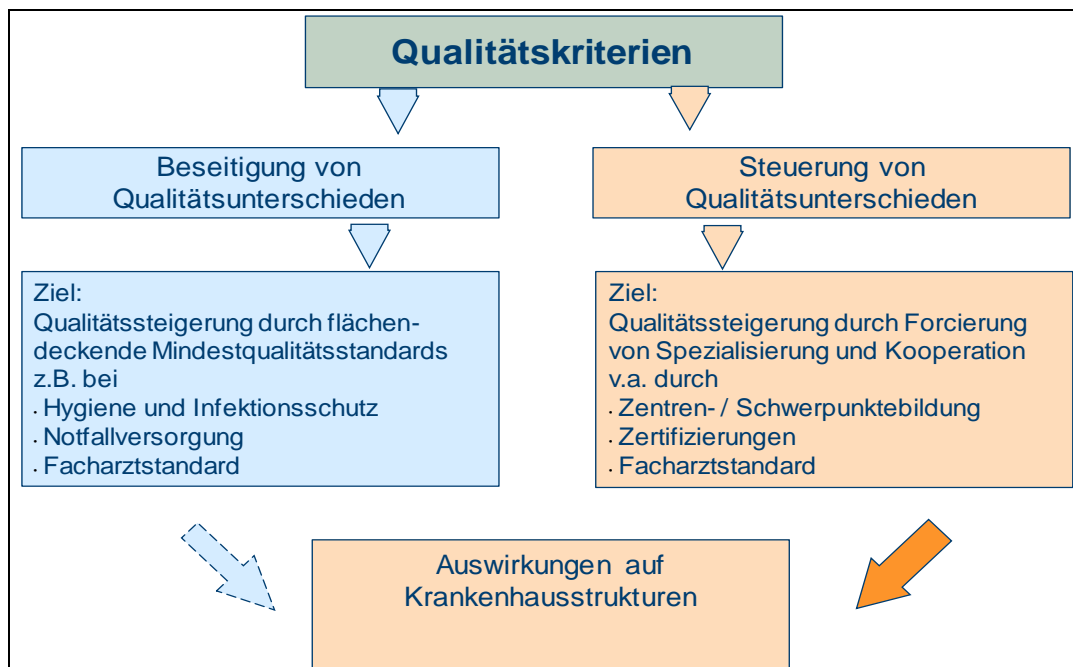
Quelle: IGES

Anmerkung: Durchschnitt 2007-2009, nach Wohnort der Patienten, indirekt standardisiert nach Geschlecht u. Alter

Aus dem dargestellten versorgungspolitischen Kontext ergeben sich also bestehende Qualitätsunterschiede zwischen Krankenhäusern, die zunehmend messbar sind und auch zunehmend dokumentiert werden, als Ausgangspunkt von Überlegungen, Qualitätskriterien verstärkt zum Bestandteil der Krankenhausplanung zu machen. Dabei kann die Implementierung von

Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung unter zwei unterschiedlichen Zielsetzungen diskutiert werden (Abbildung 2): Eine mögliche Zielsetzung ist, eine an den Qualitätsunterschieden zwischen den Krankenhäusern orientierte systematische (Um-)Steuerung von Ressourcen in der stationären Versorgung zu erreichen und das Niveau der Versorgungsqualität durch Spezialisierungs-, Konzentrations- und Kooperationsprozesse insgesamt zu erhöhen. Dieser Zielsetzung entsprechen beispielsweise die Instrumente der Mindestmengen oder der Zentrenzertifizierung, die explizit auf eine Veränderung der Krankenhausstrukturen gerichtet sind.

Abbildung 2: Schematische Darstellung zu möglichen Zielen und Wirkungen der Anwendung von Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung



Quelle: IGES

Eine weitere mögliche Zielsetzung besteht hingegen darin, bestehende Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern zu beseitigen, so dass die Versorgungsleistungen sämtlicher Plankrankenhäuser einem einheitlichen (Mindest-) Qualitätsniveau entsprechen. Hierbei stehen Qualitätsprobleme im Vordergrund, welche die Breite der Krankenhausversorgung betreffen. Beispiele dafür sind z. B. die nosokomialen Infektionen, die Identifikation von potentiellen Organspendern in Krankenhäusern oder die Schmerzversorgung. Gerade im Zuge verstärkter Spezialisierungsbestrebungen bei Krankenhäusern entstehen Risiken, dass elementare Mindestqualitätsstandards in der Breite nicht mehr gewährleistet sind. In diesem Kontext stehen Veränderungen der Krankenhausstrukturen nicht im Vordergrund.

2.2 Bestandsaufnahme: Qualitätsprobleme in der stationären Krankenhausversorgung

Bei der Qualität im Krankenhaus ist zwischen der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität zu unterscheiden. Die Ergebnisqualität bezieht sich dabei unmittelbar auf das Behandlungsergebnis und ist Gegenstand von Kapitel 2.2.1. Die Strukturqualität beschreibt vor allem die personellen und technischen Voraussetzungen der Leistungserbringung. Da es - wie im Folgenden gezeigt wird - nur relativ wenig Evidenz über die Ergebnisqualität an deutschen Krankenhäusern gibt, liegt der Fokus der Untersuchung auf der Strukturqualität, da diese auch im Regelungsfokus der Krankenhausplanungsbehörden liegt.

2.2.1 Ergebnisqualität im Krankenhaus

Einen Überblick über die Ergebnisqualität enthalten die Qualitätsberichte, die im Rahmen der externen Qualitätssicherung für 30 ausgewählte Leistungsbereiche jährlich veröffentlicht werden. Die Literatur zur Ergebnisqualität im Krankenhaus wird im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

In einem systematischen, international ausgerichteten Literaturreview der Aktion Patientensicherheit e. V. wurden Studien analysiert, welche Primärdaten zur Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen – und damit ein Qualitätsmangel - in der Gesundheitsversorgung untersuchten (Schrappe et al. 2006, 2007). Der überwiegende Anteil der Studien bezog sich auf die stationäre Versorgung sowie auf die Verordnung und Anwendung von Arzneimitteln. Insgesamt kommt der systematische Review zum Ergebnis, dass die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen zwischen 5 % und 10 % lag, die Häufigkeit von tatsächlichen Schäden zwischen 2 % und 4 %. Bei 1 % der behandelten Patienten kommt es den Ergebnissen des systematischen Reviews zufolge zu einem Behandlungsfehler und bei 0,1 % zu Todesfällen. Der Sachverständigenrat Gesundheit urteilt, dass diese Zahlen als zuverlässige Schätzung gewertet werden können (vgl. SVR Gesundheit 2007: 245). Danach treten nosokomiale Infektionen bei rund 3 % bis 5 % aller Patienten auf (Rueden et al. 1996), arzneimittelbedingte unerwünschte Ereignisse bei 0,17 % bis 6,5 % (Lazarou et al. 1998) sowie unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Medizinprodukten bei bis zu rund acht Prozent (Samore et al. 2004). Zusätzlich treten bei rund 4,2% der Patienten Dekubiti auf (Dassen 2004, zitiert nach SVR Gesundheit 2007).

Hochgerechnet auf die im Jahr 2008 rund 17,5 Mio. Krankenhausfälle wären das der Schätzung zufolge rund 17.500 Todesfälle, welche auf vermeidbare unerwünschte Ereignisse, d. h. Behandlungsfehler, zurückzuführen wären (SVR Gesundheit 2007). Schrappe et al. (2006, 2007) gehen davon

aus, dass diese Zahlen für Deutschland keine "Überschätzungen des Problems" darstellen, denn im internationalen Vergleich sind ähnliche Größenordnungen hinsichtlich der Häufigkeiten beobachtbar gewesen.

Hygienemängel

Ein verbreitetes Problem im Krankenhaus, welches die Behandlungsqualität deutlich beeinflussen kann, ist die Hygiene. Eine mangelnde Hygiene kann dabei zu nosokomialen Infektionen führen. Es wird vermutet, dass eine Vielzahl an nosokomialen Infektionen durch eine Verbesserung der Hygienesituation an deutschen Krankenhäusern verhindert werden könnte.

Schätzungen zu Folge treten jährlich rund 400.000 bis 600.000 nosokomiale Infektionen auf (vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation und Alter NRW 2011). Darunter fallen ungefähr 220.000 Wundinfektionen, 150.000 Harnwegsinfektionen und 80.000 Atemwegsinfektionen sowie 20.000 septische Krankheitsbilder. Schätzungsweise sterben jährlich 15.000 bis 20.000 Patienten an nosokomialen Infektionen (vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation und Alter NRW 2011: 4).

Für Nordrhein-Westfalen wird geschätzt, dass jährlich ungefähr 100.000 bis 150.000 nosokomiale Infektionen auftreten (vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation und Alter NRW 2011: 5). Bezogen auf 1.000 Patiententage liegt die Anzahl nosokomialer Infektionen damit in NRW mit durchschnittlich rund 5,55 über dem Bundesdurchschnitt von 5,43 pro 1.000 Patiententagen. Auch die mit einem zentralen Venenkatheter (ZVK)-assoziierte Sepsisrate liegt in NRW mit 1,28 pro 1.000 ZVK-Tagen über dem Bundesdurchschnitt von 1,17. Des Weiteren schneidet NRW auch bezüglich der beatmungsassoziierten Atemwegsinfektionen mit 7 pro 1.000 Beatmungstagen im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (6,49) ungünstiger ab (vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation und Alter NRW 2011: 5).²

Der Bundestag hat – aufgrund der Vielzahl an vermeidbaren nosokomialen Infektionen im Krankenhaus – ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene im Juli 2011 gebilligt (vgl. Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze, BT-Drs. 17/6141). Begründet wurden die Änderungen des Infektionsschutzgesetzes damit, dass es jährlich zu 400.000 bis 600.000 nosokomialen Krankenhausinfektionen kommt und im Zuge dessen rund 7.500 bis 15.000 Patienten an deren Folgen ster-

² Die Werte wurden von dem Nationalen Referenzzentrum für die Surveillance Nosokomialer Infektionen (NRZ NOSO) exemplarisch für die aufgeführten Spezialbereiche auf Basis der Daten für die Jahre 2007 und 2008 ermittelt.

ben (BT-Drs. 17/6141).³ Mit den Änderungen im Infektionsschutzgesetz soll vordergründig eine verbesserte Prävention von Krankenhausinfektionen erreicht werden. Ziel des Gesetzes ist es, die „Bundesländer künftig dazu [zu verpflichten], Krankenhaushygieneverordnungen zu erlassen“ (Hibbeler 2011). Vorgesehen sind sektorenübergreifende Maßnahmen, welche u. a. eine konsequente Umsetzung der Hygieneregeln sowie einen kontrollierten Einsatz von Antibiotika vorsehen, als auch eine Verpflichtung der Länder, die Umsetzung durch Rechtsverordnung zu erwirken.

Nordrhein-Westfalen hat im Jahr 2009 die seit 20 Jahren bestehende Krankenhaushygieneverordnung aktualisiert und dabei wichtige Elemente der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut umgesetzt (vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation und Alter NRW 2011). Die aktualisierte Verordnung trat im Januar 2010 in Kraft und fußt auf § 6 Absatz 2 des Krankenhausgestaltungsgesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen. Die Krankenhaushygieneverordnung gilt für alle Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen - mit Ausnahme der kirchlichen Krankenhäuser⁴ - und verpflichtet diese bzw. deren Träger, die Hygiene im Krankenhaus sicherzustellen, indem eine mindestens halbjährlich zusammentreffende Hygienekommission⁵ gebildet wird, eine Beratung durch einen Krankenhaushygieniker erfolgt, Hygienefachkräfte beschäftigt werden und Hygienebeauftragte ernannt werden. Die Zahl der zu beschäftigenden Hygienefachkräfte richtet sich in der Verordnung nach der Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Zu den Aufgaben der Hygienefachkräfte gehört u. a. die Überwachung von nosokomialen Infektionen. Jedes Krankenhaus muss mindestens einen Arzt mit entsprechenden Kenntnissen und Erfahrungen in Krankenhaushygiene und

³ Die Anzahl der Todesfälle in Deutschland aufgrund nosokomialer Infektionen ist umstritten. Die zitierte BT-Drs. enthält zu den Zahlen keine weiteren Angaben. Laut einer gemeinsamen Stellungnahme von Fachverbänden (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene et al. 2011) beruhen diese Zahlen auf einer Studie aus den 90er Jahren, welche die Prävalenz aus Sicht der Autoren deutlich unterschätzt. Aktuell gehen die Autoren von einer Mindestzahl von 700.000 nosokomial erworbenen Infektionen und bis zu 30.000 Todesfällen pro Jahr aus. Gastmeier und Geffers (2008) schätzen dagegen die Anzahl der Todesfälle aufgrund nosokomialer Infektionen in Deutschland im Jahr 2006 auf 10.000 bis 15.000 Fälle.

⁴ Diese treffen gem. § 33 KHGG NRW in eigener Zuständigkeit Regelungen, die den Zielen dieser Vorschriften entsprechen.

⁵ Die Hygienekommission sollen der Verordnung entsprechend mindestens aus einem leitenden Arzt, einer leitenden Pflegefachkraft, der Leitung des Wirtschafts- und Verwaltungsdienstes, den Hygienefachkräften, dem Krankenhaushygieniker sowie den Hygienebeauftragten bestehen.

Infektionsprävention als Hygienebeauftragten bestellen. In Abteilungen mit besonderem Risiko für nosokomiale Infektionen soll jede Abteilung einen Arzt als Hygienebeauftragten berufen

Diese fachlichen und rechtlichen Grundlagen wurden jedoch von der Landesgesundheitskonferenz in NRW als unzureichend eingestuft, da sie nicht für eine dauerhafte Verbesserung der Situation in NRW genügten (vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation und Alter NRW 2011: 3). Insbesondere werden folgende Defizite angesprochen (vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation und Alter NRW 2011: 7f):

- eine dem Risikoprofil der Patienten angepasste notwendige Diagnostik und daraus folgende Schutzmaßnahmen erfolge nicht in ausreichendem Maße,
- Maßnahmen zur Reduzierung und Beseitigung von Keimen würden nicht immer konsequent durchgeführt,
- das Entlassmanagement infizierter Patienten sei insbesondere bei der Informationsweitergabe nicht ausreichend organisiert,
- eine koordinierte Zusammenarbeit aller relevanter Einrichtungen fehle oder sei nicht intensiv genug,
- die Überwachungspraxis (der unteren Gesundheitsbehörden und der Bezirksregierungen) sei unterschiedlich,
- eine infektiologische Beratung über rationellen Antibiotikaeinsatz würde in einem zu geringen Maße nachgefragt bzw. angeboten,
- ärztliches und pflegerisches Personal besser geschult werden müsse,
- die wissenschaftliche Verankerung des Themas "Hygiene" nicht ausreichend vorhanden sei.

Die Landesgesundheitskonferenz forderte daher ein sektorenübergreifendes Gesamtkonzept zur Prävention nosokomialer Infektionen und sprach sich für folgende Handlungsempfehlungen aus:

- Ausbau der Datenanalysen durch Datenerhebungen in NRW,
- Surveillance und Qualitätssicherung in der Hygiene und beim Antibiotika-Verbrauch (Surveillance, Teilnahme an der "Aktion saubere Hände", Teilnahme an der kontinuierlichen nationalen Krankenhaus-Antibiotika-Surveillance, Teilnahme an Antibiotic-Stewardship-Programmen, Standards in der Qualitätssicherung),
- Ausbau der MRE-Netzwerke,
- Aus-, Fort- und Weiterbildung (Spezielle Qualifizierung im Bereich der Pflege, Spezielle Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten, Schaffung von Aus- und Weiterbildungsangeboten sowie Stärkung

der wissenschaftlichen Grundlagen, intensivierter Fachaustausch mit den Niederlanden⁶),

- Besondere Maßnahmen für Pflegeheime,
- Information der Bevölkerung zu Antibiotikaeinsatz, Resistenzentwicklung sowie zur Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung
- Wettbewerb "Gesundes Land Nordrhein-Westfalen" mit dem Schwerpunktthema "Prävention nosokomialer Infektionen",
- Erfolgskontrolle bis Ende des Jahres 2013

Leistungsbereichsbezogene Qualitätsmängel gemäß Qualitätsberichten nach § 137 SGB V

Weitere Informationen über die Behandlungsqualität an Krankenhäusern in Deutschland gibt der Qualitätsreport 2010 des AQUA-Instituts (vgl. AQUA 2011). Der Qualitätsreport dient dabei dem anonymisierten Vergleich der Kliniken untereinander. Er umfasst 30 Leistungsbereiche und annähernd 400 Indikatoren. Im Berichtsjahr 2010 wurde im Vergleich zum Vorjahr für 65 der erhobenen Indikatoren eine Verbesserung festgestellt, für 236 Indikatoren keine Veränderung und für acht Indikatoren⁷ eine Verschlechterung. Auch die Anzahl der Indikatoren, bei denen ein besonderer Handlungsbedarf gesehen wurde, reduzierte sich von 21 Indikatoren im Jahr 2009 auf neun Indikatoren im Berichtsjahr 2010. Indikatoren mit besonderem Handlungsbedarf bezogen sich für das Jahr 2010 auf folgende Leistungsbereiche:

- Geburtshilfe
- Gynäkologische Operationen
- Herzschrittmacher
- Hüft-Endoprothesen: Erstimplantation
- Hüft-Endoprothesen: Wechsel- und Komponentenwechsel
- Hüftgelenknahe Femurfraktur (zwei Indikatoren)
- Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention
- Mammachirurgie

⁶ Die Niederlanden weisen bei einer vergleichbaren Bevölkerungsstruktur deutlich geringere Infektionsraten mit MRSA im stationären Bereich auf (vgl. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation und Alter 2011: 18).

⁷ Dabei handelte es sich um Indikatoren in den folgenden Leistungsbereichen: Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (fünf Indikatoren), Aortaklappenchirurgie (ein Indikator); Mammachirurgie (zwei Indikatoren).

Allerdings dürfe in den Bereichen, in denen kein besonderer Handlungsbedarf mehr gesehen wird, nicht prinzipiell von einer Verbesserung ausgegangen werden, da Änderungen der Einschätzung des Handlungsbedarfs von verschiedenen Faktoren beeinflusst würden (z. B. subjektive Kriterien, geänderte Rechenregeln, nicht vorhandene Referenzbereiche) (vgl. AQUA 2011: 5).

Gemäß dem Qualitätsbericht sollte der Kathetergestützten Aortenklappen-chirurgie besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, da diese noch immer eine erhöhte Sterblichkeit im Vergleich zu dem konventionellen Herzklappenersatz aufweise (vgl. AQUA 2011).

Auf Basis der rechnerischen Anzahl von Auffälligkeiten in Krankenhäusern, die sich aus der Analyse der Indikatoren ergeben haben ($n = 19.202$), wurden 7.319 Hinweise an Krankenhäuser verschickt und 9.332 Stellungnahmen eingefordert. In 2.375 Fällen wurden keine Maßnahmen ergriffen. In 247 Fällen wurde als zusätzliche Maßnahme eine Besprechung eingeleitet, in 13 Fällen fand zusätzlich eine Begehung statt.

Die meisten Stellungnahmen (rund 17 %) wurden dabei im Bereich der ambulant erworbenen Pneumonie angefordert, gefolgt von Mammachirurgie, auf die rund 10,1 % der Stellungnahmen entfiel. Weitere Leistungsbereiche mit relativ häufigen Stellungnahmen waren die Herzschrittmacher-Implantation (9,5 %) sowie die Cholezystektomie (8,4 %).

Rund 26,7 % aller Besprechungen und rund 69,2 % aller Begehungen entfielen auf den Bereich Mammachirurgie. Die ambulant erworbene Pneumonie erhielt rund 15 % aller Besprechungen und auf gynäkologische Operationen entfielen rund 11 %. Weitere Begehungen wurden in den Bereichen der Geburtshilfe ($n = 3$) sowie im Bereich der Hüftgelenknahen Femurfraktur durchgeführt ($n = 1$).

2.2.2 Strukturqualität

2.2.2.1 Personalsituation in deutschen Krankenhäusern

Die Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Ärzte ist deutschlandweit im Zeitraum von 2000 bis 2010 um rund ein Fünftel gestiegen (von 111.580 auf 134.079). Ausgehend vom Jahr 1991 beträgt der Zuwachs des ärztlichen Personals im Krankenhaus rund 40,8 % (vgl. Statistisches Bundesamt 1993, 2001 und 2011).⁸ Da die Anzahl der Patientenzugänge im Zeitraum von

⁸ Vgl. für Ausführungen über die Entwicklung des ärztlichen Personals im Krankenhaus beispielsweise Arnold et al. (2002) oder Fürstenberg et al. (2011).

2000 bis 2010 nur um rund 4,4 % zugenommen hat, stieg die Anzahl der Ärzte auch relativ pro Patientenzugang. Allerdings berücksichtigt die Zahl der Ärzte keine Veränderungen der Arbeitszeiten. Eine Zunahme der Teilzeitarbeitskräfte in Verbindung mit der Abschaffung des Arztes im Praktikum sowie Arbeitszeitverkürzungen aufgrund des neuen Arbeitszeitrechts führen dazu, dass viele Krankenhäuser in Deutschland von Schwierigkeiten bei der Besetzung von Arztstellen berichten (vgl. Blum und Löffert 2010). Auch die Arbeitsbelastung hat in den letzten Jahren - vor allem durch die verkürzten Verweildauern, aber auch infolge einer hohen Personalfluktuati- on - zugenommen (vgl. z. B. Plücker und Wolkinge 2009, vgl. Fürstenberg et al. 2011). Trotz steigender Arztzahlen herrscht daher an vielen Kliniken ein Personalmangel im ärztlichen Bereich und die Personalsituation an den Krankenhäusern wird vielfach als kritisch eingestuft.⁹

Insbesondere wird dabei die Schwierigkeit, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen, hervorgehoben. Zwar ging laut dem Krankenhaus Barometer 2011 die Zahl der offenen Stellen im ärztlichen Dienst von 2010 auf 2011 leicht zurück, dies sei aber nur der Fall, da die Krankenhäuser das Problem des Ärztemangels - zumindest teilweise - durch den Einsatz von Honorarärzten kompensieren würden (vgl. Blum et al. 2011a). Gemäß dem Krankenhaus Barometer beschäftigten im Jahr 2010 drei von vier Krankenhäusern Honorarärzte (vgl. Blum et al. 2011a: 33). Honorarärzte sind dabei für die Krankenhäuser teurer als festangestellte Ärzte. Neben den höheren Kosten wird auch beklagt, dass die Honorarkräfte oftmals nicht mit den Prozessen im Krankenhaus vertraut seien, worunter die Behandlungsqualität erheblich leiden könne (vgl. beispielsweise Ludwig und Schmid 2009).¹⁰ Die Überlastung der Ärzte, die Erhöhung von Fehlerwahrscheinlichkeiten sowie die Einführung bzw. der Ausbau von Wartelisten werden dabei als die gravierendsten Folgen des konstatierten Ärztemangels in Krankenhäusern benannt (vgl. Blum und Löffert 2010).

Die Psychiatrie ist dabei der Fachbereich, für den der größte Ärztemangel konstatiert wurde (vgl. Blum et al. 2011b). Bundesweit sind rund sechs Prozent aller Arztstellen in der Psychiatrie nicht besetzt und rund zwei Drittel aller Psychiatrischer Fachkrankenhäuser haben angegeben, Probleme bei der Besetzung vakanter Stellen im ärztlichen Dienst zu haben (vgl. Blum et

⁹ Vgl. dazu beispielsweise Blum et al. (2011a) oder DKI (2010).

¹⁰ Eine belastbare Evidenz für strukturelle Qualitätsmängel aufgrund des Rückgriffes auf Honorarärzte konnte jedoch nicht identifiziert werden. Auch die Rechtslage (vgl. dazu Kapitel 2.5.2) bietet keine ausreichende Basis für Vorgaben, die den Einsatz von Honorarärzten in Krankenhäusern wegen einer Gefährdung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser zu regulieren trachten.

al. 2011b). Rund 42 % der offenen Stellen betrafen dabei Fachärzte mit abgeschlossener Weiterbildung und rund 58 % Assistenzarzt- oder Weiterbildungsstellen. Damit sind die Stellenbesetzungsprobleme im Bereich des ärztlichen Nachwuchses für die Psychiatrie überproportional ausgeprägt. Dagegen gibt es mit nur weniger als einem Prozent vakanter Stellen gemäß dem Psychiatrie-Barometer derzeit keine Probleme bei der Rekrutierung von Psychologen oder Psychotherapeuten (vgl. Blum et al. 2011b).

Im Gegensatz zum ärztlichen Dienst ist die Anzahl der Pflegekräfte in Deutschland seit Jahren rückläufig und die Anzahl der Patientenzugänge je Pflegefachkraft hat zugenommen. Das Pflege-Thermometer 2009 konstatierte einen chronischen Pflegemangel im Krankenhaus, der sich auch auf die Qualität der Behandlung auswirke (vgl. Isfort et al. 2010). Insbesondere zeigten sich Probleme bei

- der Sicherstellung einer angemessenen Überwachung von verwirrten Patienten,
- der Mobilisierung und fachgerechten Lagerung von bewegungseingeschränkten Patienten,
- Gesprächshäufigkeiten,
- der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender sowie
- der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme

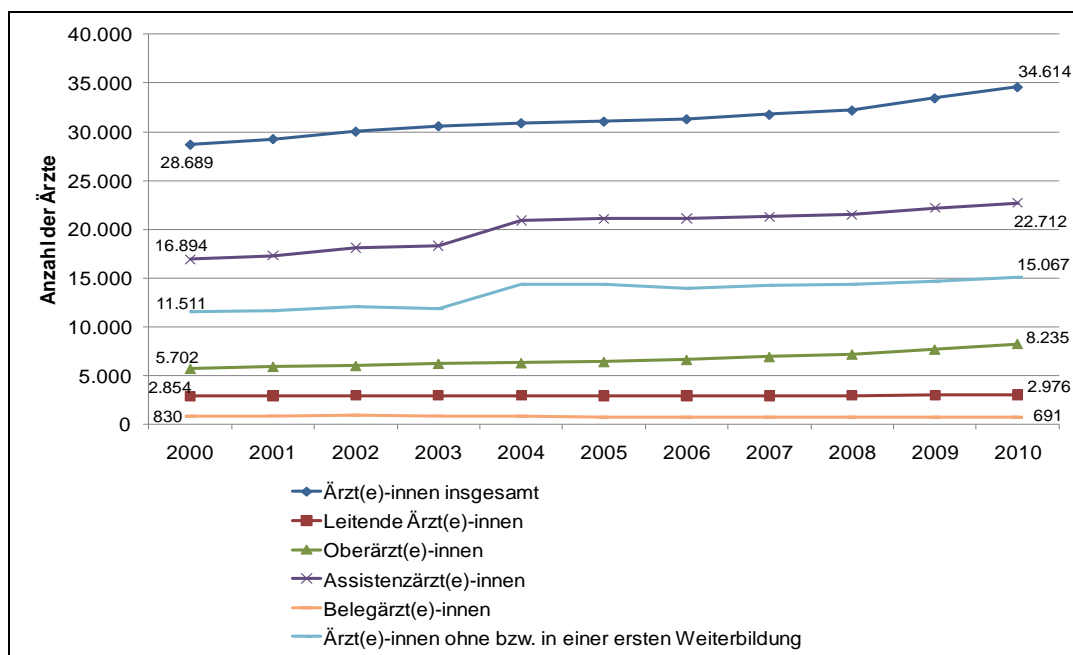
Weitere Qualitätsmängel seien außerdem im Bereich der Medikationsverabreichung, des Verbandwechsels sowie Hygienemaßnahmen zu verorten (vgl. Isfort et al. 2010).

Eine Studie der Florence Nightingale School of Nursing untersuchte Daten aus den Jahren 1998 und 1999 von rund 120.000 Patienten und rund 4.000 Krankenpflegern in 30 Krankenhäusern in England (vgl. Rafferty et al. 2007). Die Studie zeigt, dass die Todesrate in Kliniken, in denen nur wenige Krankenschwestern die Patienten versorgen, um 26 % höher ist als in Krankenhäusern mit einer besseren Personalausstattung. Auch der Anteil lebensbedrohlicher Komplikationen war in den Kliniken mit weniger Personal deutlich höher. Auch eine Sekundäranalyse internationaler Studien durch das IQWiG wies auf einen negativen Zusammenhang zwischen der Pflegekapazität und der Mortalität der Patienten durch eine verspätete Hilfe im Notfall hin (vgl. IQWiG 2006). Zusammenhänge zwischen der Personalbelastung und Qualitätsproblemen wie Dekubitus, Harnwegsinfektionen und Stürze konnten in dieser Sekundäranalyse jedoch nicht aufgezeigt werden (vgl. IQWiG 2006).

2.2.2.2 Personalentwicklung in den Krankenhäusern in NRW

Die Anzahl der insgesamt in NRW in Krankenhäusern tätigen Ärzte ist im Zeitraum von 2000 bis 2010 von 28.689 auf 34.614 angestiegen (+ 20,7 %) (Abbildung 3). Dies entspricht dem allgemeinen Trend in Deutschland (vgl. Kapitel 2.2.2.1).

Abbildung 3: Entwicklung der Anzahl der Ärzte in Krankenhäusern in NRW, insgesamt und nach Position, 2000-2010

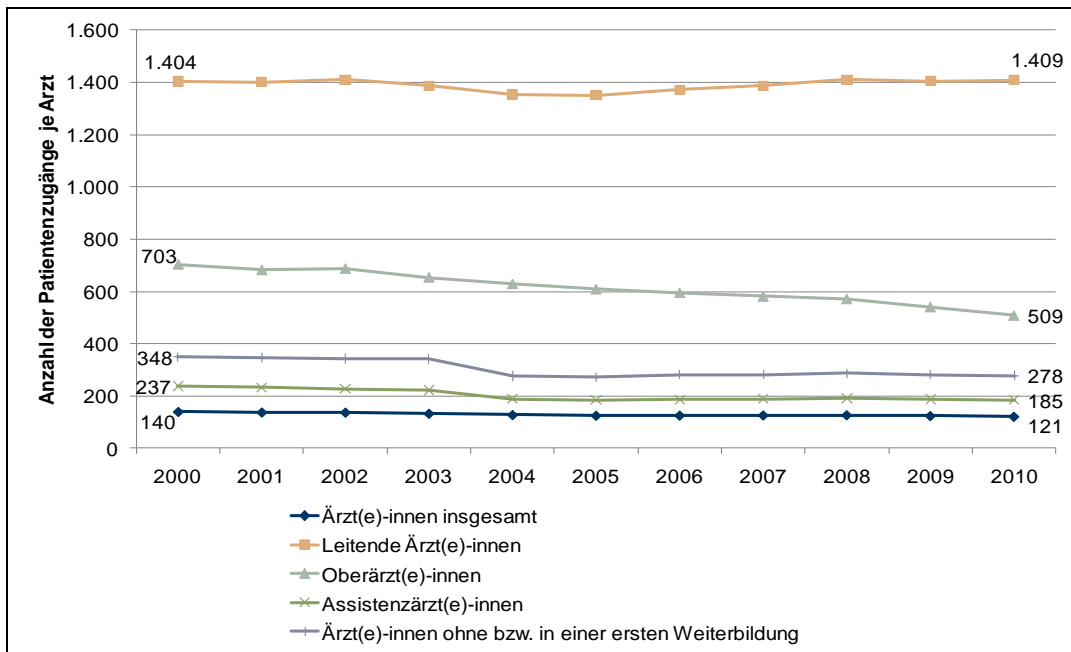


Quelle: IGES auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes

Ein starker Zuwachs war insbesondere im Bereich der Oberärzte zu verzeichnen (+ 44,4%), die Anzahl der leitenden Ärzten ist dagegen nur um rund vier Prozent gestiegen. Während jedoch in allen Arztgruppen im Zeitraum von 2000 bis 2010 ein Anstieg zu verzeichnen war, sank die Anzahl der Belegärzte im entsprechenden Zeitraum von 830 auf 691 (-16,7 %).

Die Anzahl der Patientenzugänge ist in NRW im betrachteten Zeitraum im Vergleich zum Zuwachs der Ärzte nur leicht angestiegen, von rund vier Millionen auf rund 4,12 Millionen (+4,6 %). Während somit in NRW im Jahr 2000 rund 139,7 Patientenzugänge auf einen Arzt entfielen, waren es im Jahr 2010 nur noch rund 121,1 Patientenzugänge (-13,3 %) (Abbildung 4). Am stärksten ging dabei die Anzahl der Patientenzugänge je Oberarzt zurück (-27,6 %).

Abbildung 4: Entwicklung der Anzahl der Patientenzugänge je Arzt in NRW, 2000-2010

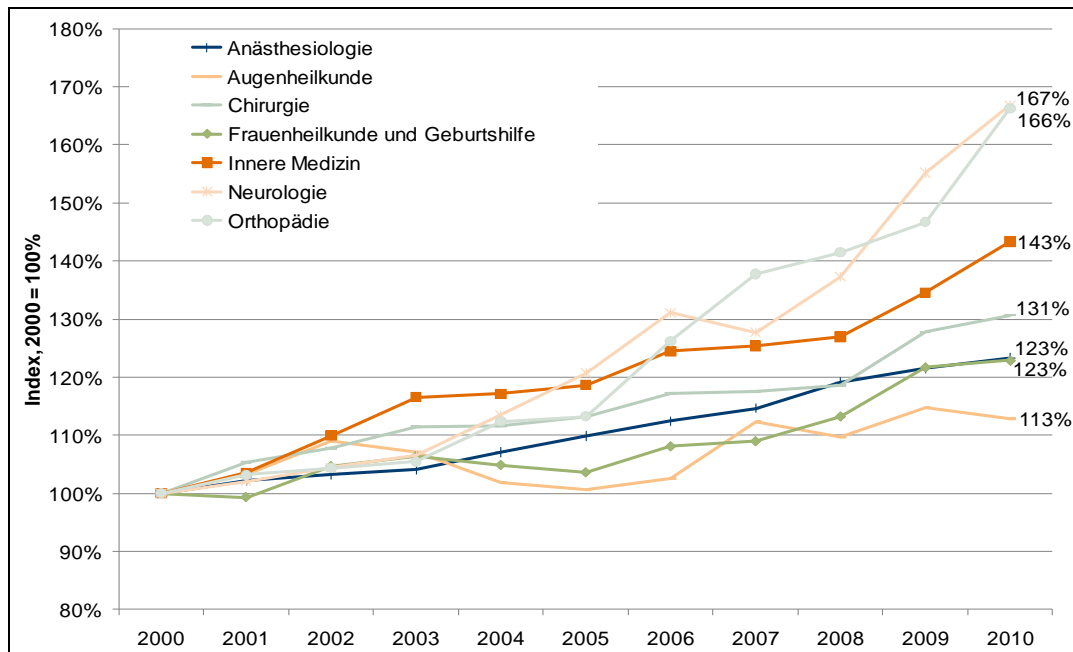


Quelle: IGES auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes und des Statistischen Bundesamtes

Eine regional differenzierte Betrachtung der Personalsituation in NRW zeigt, dass die Anzahl der Ärzte insgesamt im Zeitraum von 2000 bis 2010 - mit der Ausnahme von vier Kreisen (Mülheim an der Ruhr, Kreis Gütersloh, Kreis Höxter, Bottrop) - in allen Kreisen in NRW gestiegen ist. Mit mehr als 40 % hatte der Kreis Paderborn die stärkste Zunahme der Anzahl der Ärzte.

Die Anzahl der an Krankenhäusern tätigen Fachärzte ist in NRW von 13.860 im Jahr 2000 auf 18.725 im Jahr 2010 gestiegen (+35,1 %). In den einzelnen Facharztgruppen war die Zunahme dagegen unterschiedlich stark. Überdurchschnittlich hoch war der Zuwachs in den Bereichen Neurologie (von 386 auf 644, +66,8 %) und der Orthopädie (von 347 auf 577, + 66,3 %) (Abbildung 5). Die Anzahl der Ärzte in der Facharztgruppe Psychotherapeutische Medizin hat sogar um rund 86% zugenommen, allerdings auf einem vergleichsweise geringen Niveau (von 43 im Jahr 2000 auf 80 im Jahr 2010). Relativ gering war dagegen der Zuwachs in der Augenheilkunde (+12,9 %) sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie (+21,3 %).

Abbildung 5: Entwicklung der Anzahl der Ärzte in ausgewählten Facharztgruppen, 2000-2010



Quelle: IGES auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes

Die regional differenzierte Betrachtung zeigt, dass – mit der Ausnahme von Mülheim an der Ruhr – die Gesamtzahl der an Krankenhäusern tätigen Fachärzte in allen Kreisen im Zeitraum von 2000 bis 2010 zugenommen hat. Den stärksten Anstieg gab es im Kreis Leverkusen (+70,4 %), gefolgt von Paderborn (67,3 %) und Bielefeld (66,9 %). In Mülheim an der Ruhr ist die Anzahl der Fachärzte dagegen von 123 im Jahr 2000 auf 100 im Jahr 2010 gesunken (-18,7 %).

Die Entwicklung in den einzelnen Facharztgruppen in den Krankenhäusern verlief dagegen sehr divergent (Tabelle 1). Der größte Fachärztezuwachs war im Bereich der Psychotherapeutischen Medizin zu verzeichnen (+700 % im Rhein-Sieg-Kreis). Allerdings ist bei dieser Facharztgruppe zu beachten, dass es sich insgesamt nur um sehr wenige Ärzte handelt, der absolute Zuwachs also relativ gering ist. So stieg die Anzahl der Ärzte in dieser Fachgruppe im Rhein-Sieg-Kreis von einem Arzt im Jahr 2000 auf acht Ärzte im Jahr 2010. In ungefähr jedem fünften Kreis (elf von 53) ging die Anzahl der Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zurück und in acht Kreisen ging die Anzahl der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie zurück.

Tabelle 1: Entwicklung ausgewählter Facharztgruppen im Krankenhaus auf Kreisebene, 2000-2010

Facharztgruppe	Ø %-Anstieg 2000-2010	Kreise mit Ärzte- rückgang (n)	Min % Veränd. 2000-2010	Kreis	Max % Veränd. 2000-2010	Kreis
Anästhesiologie	+23,4%	4	-36,7%	Mülheim an der Ruhr	+70,6%	Herne
Augenheilkunde ^a	+12,9%	4	-54,5%	Mülheim an der Ruhr	+125%	Bochum
Chirurgie	+30,7%	6	-18,2%	Remscheid	+88,5%	Paderborn
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	+22,9%	11	-53,8%	Kreis Warendorf	+122,2%	Herne
Innere Medizin	+43,3%	2	-8,0%	Mülheim an der Ruhr	+121,9%	Leverkusen
Kinder- und Jugendpsychiatrie ^b	+21,3%	8	-100%	Dortmund, Gelsenkirchen, Rhein-Neckar-Kreis	+300%	Oberbergischer Kreis
Kinderheilkunde ^c	+55,4%	6	-28,6%	Lippe	+166,7%	Kreis Steinfurt
Neurologie ^d	+66,8%	6	-33,3%	Viersen	+255,6%	Kreis Münster
Orthopädie ^e	+66,3%	3	-33,3%	Rhein-Sieg-Kreis	+250%	Mönchen-Gladbach
Psychiatrie und Psychotherapie ^f	+38,4%	6	-100%	Bottrop	+450%	Herford
Psychotherapeutische Medizin ^g	+86%	2	-100%	Dortmund	+700%	Rhein-Sieg-Kreis

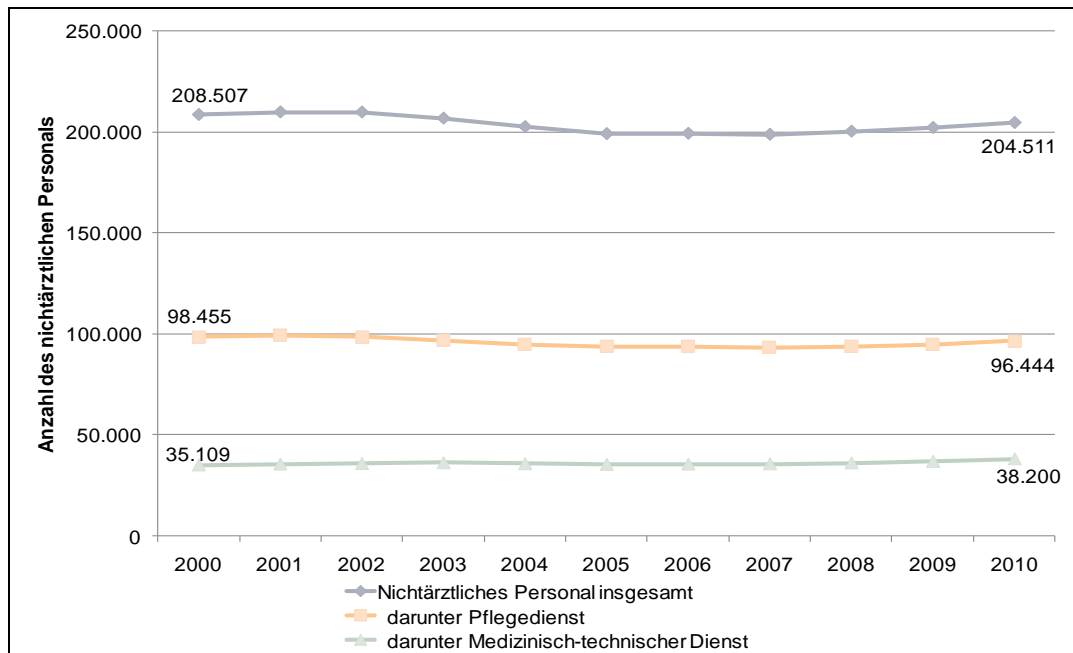
Quelle: IGES auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes

Anmerkung: ^a 38 Kreise hatten im gesamten Zeitraum keine Fachärzte für Augenheilkunde; ^b 28 Kreise hatten im betrachteten Zeitraum entweder keine Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder nur in den letzten Jahren, so dass keine Veränderung berechnet werden konnte; ^c sieben Kreise hatten keine (oder nicht im gesamten Zeitraum) Fachärzte für Kinderheilkunde; ^d sieben Kreise hatten keine (oder nicht im gesamten Zeitraum) Fachärzte für Neurologie; ^e elf Kreise hatten keine (oder nicht im gesamten Zeitraum) Fachärzte für Orthopädie; ^f: ein Kreis hatte keine Fachärzte in dieser Gruppe ^g: 42 Kreise hatten keine (oder nicht im gesamten Zeitraum) Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin. In dieser Fachgruppe ist zu beachten, dass es sich absolut nur um eine geringe Anzahl an Fachärzten handelt.

Die Anzahl des nichtärztlichen Personals insgesamt ist von 208.507 im Jahr 2000 auf 204.511 im Jahr 2010 zurückgegangen (-1,9 %). Das Personal des medizinisch-technischen Dienstes hatte in diesem Zeitraum zwar einen An-

stieg zu verzeichnen (+8,8 %), jedoch ist insbesondere das Personal des Pflegedienstes zurückgegangen (-2,0 %).

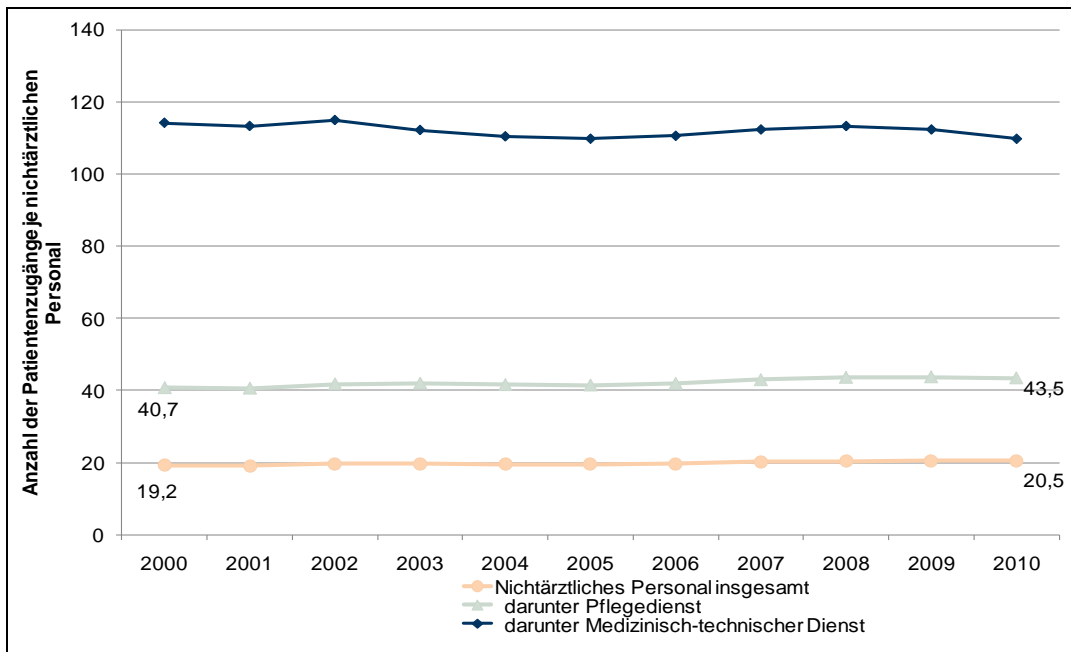
Abbildung 6: Entwicklung der Anzahl des nichtärztlichen Personals in NRW, 2000-2010



Quelle: IGES auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes NRW und des Statistischen Bundesamtes

Der absolute Rückgang der Anzahl der Pflegekräfte führt dazu, dass sich - im Gegensatz zu der Situation im ärztlichen Dienst - das Verhältnis zwischen der Anzahl des Pflegepersonals und der Anzahl der Patientenzugänge verschlechtert. Während im Jahr 2000 noch rund 40,7 Patientenzugänge auf eine Pflegekraft fielen, waren es im Jahr 2010 43,5 (+6,8 %) (Abbildung 7).

Abbildung 7: Entwicklung der Anzahl des nichtärztlichen Personals in Bezug auf den Patientenzugang in NRW, 2000-2010



Quelle: IGES auf Basis der Daten des Statistischen Landesamtes NRW und des Statistischen Bundesamtes

In etwas mehr als zwei Drittel Kreise in NRW (36 von 53) ist die Anzahl der Pflegekräfte im Zeitraum von 2000 bis 2010 zurückgegangen. Den stärksten Rückgang hatte Mülheim an der Ruhr zu verzeichnen (-31,5 %), gefolgt von dem Kreis Gütersloh (-28,4 %). Ein vergleichsweise starker Anstieg war dagegen im Kreis Bonn zu verzeichnen (+51,3 %).

2.2.2.3 Technische Ausstattung an Krankenhäusern

Auch die technische Ausstattung an Krankenhäusern ist - neben der personellen Ausstattung - ein Teil der Strukturqualität.

Für die Notfallversorgung gibt es beispielsweise bestimmte strukturelle Voraussetzungen, damit Krankenhäuser daran teilnehmen können (z. B. eine Ausstattung mit Ambulanz, Schockraum, Computer-Tomographie, benachbarter Intensivstation sowie eine Fachabteilung für Kardiologie und Endoskopie). Gemäß einer Studie aus dem Jahr 2007 erfüllen jedoch nicht alle Notaufnahmen diese strukturellen Voraussetzungen: So konnten rund 14 % der untersuchten 51 Krankenhäuser keine Röntgenanlage oder Computer-Tomographie aufweisen, weitere 23 % hatten keine Sonographie im Schockraum (vgl. Ruchholtz 2007).

Mit der Einführung des DRG-Systems kam es zu vielfältigen Reorganisationsmaßnahmen in den Krankenhäusern in Deutschland, wie beispielsweise

dem Auf- und Ausbau von Zentrumsstrukturen, Intermediate Care Units oder der Reorganisation von Aufnahme und Einkauf (vgl. dazu Fürstenberg et al. 2011). Diese Veränderungen betrafen auch die innerbetriebliche Ablauforganisation, wie beispielsweise der Einsatz von EDV oder die Anwendung von Controlling-Instrumenten.

2.2.3 Fazit

Vorhandene Studien zur Ergebnisqualität schätzen die Häufigkeit von unerwünschten Ereignissen auf 5-10 % und die Häufigkeit von tatsächlichen Schäden auf 2-4 %. Bei rund einem Prozent der Patienten kommt es schätzungsweise zu einem Behandlungsfehler und bei 0,1 % der Patienten zu einem Todesfall infolge eines unerwünschten Ereignisses. Hochgerechnet auf Basis der Krankenhausfälle im Jahr 2008 ergibt dies rund 17.500 Todesfälle in Deutschland, die auf ein unerwünschtes Ereignis zurückzuführen sind. Allerdings schwanken die Schätzungen zu den Todesfällen zwischen den verschiedenen Quellen teilweise deutlich, und auch einzelne Quellen - die z. T. große Spannbreiten für die geschätzten Todeszahlen angeben - lassen nicht immer eine präzise Schätzung zu.

Die Hygiene ist ein dabei wesentlicher Faktor, der die Behandlungsqualität beeinflussen kann. So können beispielsweise nosokomiale Infektionen als Ursache einer mangelnden Hygiene entstehen. Um die Krankenhaushygiene zu verbessern, wurde vom Deutschen Bundestag 2011 ein Gesetz zur Verbesserung der Krankenhaushygiene verabschiedet. Für Nordrhein-Westfalen wird geschätzt, dass jährlich ungefähr 100.000 bis 150.000 nosokomiale Infektionen auftreten. Bezogen auf 1.000 Patiententage liegt die Anzahl nosokomialer Infektionen damit in NRW mit durchschnittlich rund 5,55 über dem Bundesdurchschnitt von 5,43 pro 1.000 Patiententagen. Nordrhein-Westfalen hat im Jahr 2009 die Krankenhaushygieneverordnung überarbeitet und wichtige Elemente der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut umgesetzt. Die Landesgesundheitskonferenz in NRW stufte die rechtlichen Grundlagen für eine dauerhafte Verbesserung der Hygienesituation in NRW als unzureichend ein und forderte ein sektorenübergreifendes Gesamtkonzept zur Prävention nosokomialer Infektionen.

Gemäß den Qualitätsberichten, die rund 400 Qualitätsindikatoren zu 30 Leistungsbereichen umfassen, haben sich knapp ein Fünftel der Qualitätsindikatoren verbessert und nur wenige verschlechtert. In acht Leistungsbereichen finden sich Indikatoren, für die ein besonderer Handlungsbedarf ausgewiesen wurde. Mehr als zwei Drittel aller Begehungen nach rechnerischer Auffälligkeit entfielen auf den Bereich der Mammachirurgie.

Obwohl die Anzahl der Ärzte sowohl absolut als auch bezogen auf den Patientenzugang in den letzten zehn Jahren anstieg, haben viele Kliniken in Deutschland Schwierigkeiten, offene Stellen im ärztlichen Dienst zu besetzen. Diese werden insbesondere auf eine Zunahme von Teilzeitarbeitskräften, die Abschaffung des Arztes im Praktikum sowie das neue Arbeitszeitrecht zurückgeführt. Als Folgen der angespannten Personalsituation werden eine Erhöhung von Fehlerwahrscheinlichkeiten sowie die Einführung bzw. der Ausbau von Wartelisten befürchtet. Zwar werden die Personalengpässe im ärztlichen Bereich teilweise durch Honorarärzte kompensiert; diese sind jedoch i. d. R. teurer für die Kliniken und dabei oftmals nicht mit den spezifischen Prozessen und Strukturen im jeweiligen Krankenhaus vertraut, worunter die Behandlungsqualität leiden kann.

Im Gegensatz zum ärztlichen Dienst ist die Anzahl der Pflegekräfte in Deutschland seit Jahren rückläufig und die Anzahl der Patientenzugänge je Pflegefachkraft hat zugenommen. Der Mangel an Pflegekräften wirkt sich dabei auch auf die Qualität der Behandlung aus.

In NRW ist die Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Ärzte im Zeitraum von 2000 bis 2010 entsprechend dem deutschlandweiten Trend um rund 20 % gestiegen. Die Anzahl der Belegärzte ging als einzige Arztgruppe im betrachteten Zeitraum zurück. Die Anzahl der Patientenzugänge ist im gleichen Zeitraum nur leicht angestiegen. Dies führte zu einem Rückgang der Patientenzugänge je Arzt um rund 13 %. Der Anstieg der Arztzahlen war in den einzelnen Facharztgruppen unterschiedlich stark ausgeprägt. Überdurchschnittlich hoch war der Zuwachs in den Fachbereichen Neurologie, Orthopädie sowie Psychotherapeutischer Medizin. Relativ gering war dagegen der Anstieg der Facharztzahlen in den Bereichen Augenheilkunde sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Anzahl des nichtärztlichen Personals insgesamt ging im Zeitraum von 2000 bis 2010 leicht zurück, insbesondere das Personal des Pflegedienstes. Damit nahm die Anzahl der Patientenzugänge je Pflegekraft im betrachteten Zeitraum um rund sieben Prozent zu.

2.3 Beschreibung bestehender Qualitätssicherungssysteme in der Krankenhausversorgung

Ein zweites Argument für die Festlegung von Qualitätsanforderungen in Krankenhausplänen wäre die Tatsache, dass die bisher etablierten Systeme zur Qualitätssicherung im Krankenhaus nicht (mehr) oder nur unzureichend geeignet sind, die Qualität in der Krankenhausversorgung sicherzustellen.

In folgendem Abschnitt werden die gegenwärtig in Deutschland gesetzlich verankerten Systeme der Qualitätssicherung in der Krankenhausversorgung dargestellt.

Gemäß § 135a SGB V sind Leistungserbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Des Weiteren verpflichtet § 135a Abs. 2 SGB V zugelassene Krankenhäuser (neben Vertragsärzten, medizinischen Versorgungszentren, Erbringern von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen sowie Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a SGB V besteht)

- sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere das Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern sowie
- ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

Speziell für die zugelassenen Krankenhäuser beschreibt § 137 SGB V die Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist dabei das zuständige Gremium zur Verabschiedung von Richtlinien zur Qualitätssicherung.

Für die zugelassenen Krankenhäuser sieht § 137 Abs. 1 und 2 SGB V folgende Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung vor:

- Extern vergleichende Qualitätssicherung
- Internes Qualitätsmanagement
- Kriterien für indikationsbezogene Notwendigkeit
- Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität
- Maßnahmen zur Sicherstellung der Hygiene in der Versorgung sowie die Festlegung von Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität

Dabei sind die Maßnahmen zur Sicherstellung der Hygiene sowie die Festlegung von Indikatoren zur Beurteilung der Hygienequalität neu aufgenommen worden und müssen erstmalig bis zum 31. Dezember 2012 beschlossen werden.

Gemäß § 137 Abs. 3 SGB V soll der G-BA auch Beschlüsse zu folgenden Instrumenten fassen:

- Erfüllung der Fortbildungspflicht der am Krankenhaus angestellten Fachärzte und Psychotherapeuten
- Mindestmengenvereinbarungen für planbare Leistungen
- Grundsätze zur Einholung von Zweitmeinungen vor Eingriffen
- Inhalt, Umfang und Datenformat eines "Strukturierten Qualitätsberichts"

Durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 wurden des Weiteren die bis dahin unterschiedlich geregelten Vorschriften des ambu-

lanten und des stationären Sektors zusammengefasst mit dem Ziel, eine möglichst sektorenübergreifende Qualitätssicherung zu erreichen.

Diese gesetzlich verankerten Maßnahmen und Systeme der Qualitätssicherung werden im Folgenden detaillierter beschrieben.

2.3.1.1 Externe vergleichende Qualitätssicherung

Die externe vergleichende Qualitätssicherung der Krankenhäuser beruht auf der Rechtsgrundlage der Paragraphen § 135a und § 137 SGB V. Die Sicherung eines akzeptablen Qualitätsniveaus in der Patientenversorgung sowie die Schaffung von mehr Transparenz bezüglich der Qualität und der Ergebnisse der Behandlungen werden dabei als Ziele der externen Qualitätssicherung angeführt.

Eine bedeutende Rolle spielt dabei der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) als zentrales Beratungs- und Beschlussgremium. Die Aufgabe des G-BA besteht in der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen in praktische Vorgaben zur Qualitätssicherung für die Krankenhäuser. Diese "Richtlinien über die Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäuser" (QSKH-RL) des G-BA sind für alle Ärzte und Krankenhäuser bindend und bundesweit einheitlich.

Für die Umsetzung der Qualitätssicherung wurden auf Landes- und Bundesebene entsprechende Strukturen geschaffen. Auf der Bundesebene werden von dem "Unterausschuss Qualitätssicherung" die Beschlüsse des Plenums des G-BA vorbereitet. Die fachliche Expertise wird dabei von 14 Bundesfachgruppen eingebracht. Die landesspezifischen Aufgaben der externen vergleichenden Qualitätssicherung werden in Nordrhein-Westfalen von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung NRW (QS-NRW) wahrgenommen. Die Geschäftsstelle stellt dabei den Informationsfluss zwischen der Bundes- und Landesebene her (vgl. QS-NRW 2008). Des Weiteren bereitet die Geschäftsstelle die Beratungen im Lenkungsausschuss vor. Der Lenkungsausschuss richtet Arbeitsgruppen zur unterstützenden und vorbereitenden Tätigkeit ein (vgl. QS-NRW 2008). Seit dem Jahr 2010 ist das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) für die Administration, Weiterentwicklung und Koordination des Verfahrens der externen Qualitätssicherung auf Bundesebene zuständig.¹¹ Des Weiteren wertet das AQUA-Institut die Daten auf Bundesebene aus, die von den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung im Krankenhaus - angegliedert an die jeweiligen Landesärztekammer oder Landeskranken-

¹¹ Bis zum Jahr 2010 war das BQS-Institut zuständig.

hausgesellschaft - gesammelt und für die einzelnen Krankenhäuser ausgewertet werden.

Die Krankenhäuser sind derzeit im Rahmen der externen Qualitätssicherung verpflichtet, festgelegte Qualitätsindikatoren für alle vollstationären Fälle für 30 ausgewählte Leistungsbereiche zu dokumentieren.¹² Diese Daten werden auf Basis festgelegter Qualitätsmerkmale anonymisiert ausgewertet und jährlich als Bericht an die Krankenhäuser gesandt. Das Krankenhaus kann damit selbst das eigene Qualitätsniveau im Vergleich zu anderen Krankenhäuser und im Vergleich zu festgelegten Referenzwerten analysieren.

Befinden sich die Qualitätsindikatoren ein Krankenhaus bzw. eine Abteilung außerhalb des Referenzbereichs, wird ein sog. "Strukturierter Dialog" eingeleitet. Der Strukturierte Dialog verfolgt dabei das Ziel zu klären, ob ein rechnerisch auffälliges Ergebnis für einen (oder mehrere) Qualitätsindikator(en) tatsächlich auf Qualitätsprobleme zurückzuführen ist oder andere Gründe¹³ zu der Abweichung vom Referenzbereich führten (vgl. AQUA 2011). Die zuständigen Stellen auf Landes- bzw. Bundesebene haben dabei zunächst zwei Optionen, um den Strukturierten Dialog einzuleiten (vgl. AQUA 2011):

- Versand eines Hinweises an die betroffene Einrichtung unter Beschreibung des Sachverhaltes
- Anforderung einer Stellungnahme

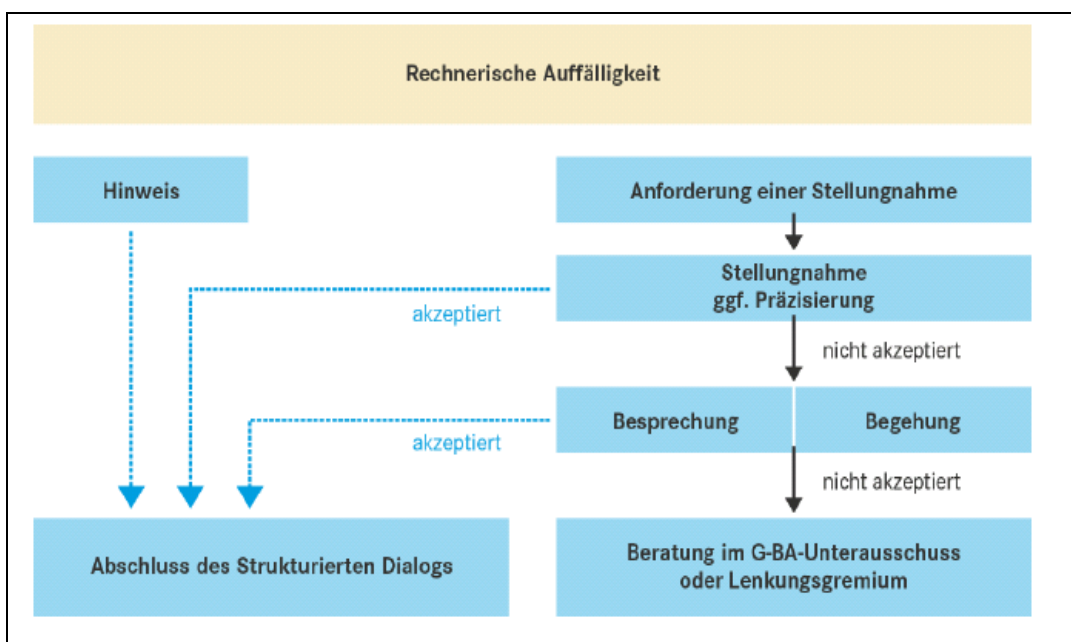
¹² Cholezystektomie, Karotis-Revaskularisation, ambulant erworbene Pneumonie, Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation, Implantierbare Defibrillatoren - Implantation, Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel, Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation, Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention, Koronarchirurgie, Aortaklappenchirurgie, Kombinierte Koronar- und Aortaklappenchirurgie, Herztransplantation, Lungen- und Herz-Lungentransplantation, Lebertransplantation, Leberlebendspende, Neonatologie, Nierentransplantation, Nierenlebendspende, Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation, Geburtshilfe, Gynäkologische Operationen, Mammachirurgie, Hüftgelenknahe Femurfraktur, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-Endoprothesen und -komponentenwechsel, Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation, Knie-Endoprothesenwechsel- und komponentenwechsel, Pflege: Dekubitusprophylaxe

¹³ Andere Gründe sind beispielsweise Probleme bei der Umsetzung der jeweiligen Qualitätsindikatoren, Dokumentationsprobleme oder methodische Mängel der Datenerfassung (vgl. AQUA 2011).

Die Auswahl des Verfahrens wird dabei von mehreren Faktoren beeinflusst, u. a. dem Schweregrad der Auffälligkeit oder der Häufigkeit des Auftretens von Auffälligkeiten.

Die von den Krankenhäusern eingeholten Stellungnahmen werden durch die zuständigen Geschäftsstellen bzw. das AQUA-Institut analysiert und die Ergebnisse werden abschließend unter Einbeziehung der Ergebnisse des Krankenhauses vom Vorjahr beurteilt. Kann das Krankenhaus eine plausible Erklärung für die Auffälligkeiten liefern und kann damit das Vorliegen tatsächlicher Qualitätsmängel ausgeschlossen werden, so ist der Strukturierte Dialog an dieser Stelle beendet. Auch wenn die Auffälligkeiten auf ein Qualitätsproblem zurückzuführen sind, das Krankenhaus aber darlegen kann, dass die notwendigen Schritte zur Beseitigung eingeleitet wurden, wird der Strukturierte Dialog beendet. Falls jedoch nach der Stellungnahme noch Zweifel an der bezüglich der Behandlungsqualität bzw. den eingeleiteten Verbesserungsmaßnahmen bestehen, werden weitere Schritte ergriffen, z. B. eine Anforderung einer Präzisierung, eine Einladung des Krankenhauses zu einer Besprechung oder eine Begehung mit anschließender Besprechung (Abbildung 8). Für den Fall einer mangelnden Kooperation des Krankenhauses kann die Einrichtung dem Unterausschuss Qualitätssicherung des G-BA oder dem Lenkungsgremium auf Landesebene genannt werden, die dann über das weitere Vorgehen entscheiden (vgl. AQUA 2011).

Abbildung 8: Ablauf eines Strukturierten Dialoges



Quelle: AQUA-Institut 2011

2.3.1.2 Strukturierte Qualitätsberichte

Des Weiteren sind Krankenhäuser seit dem Jahr 2003 auf Grundlage des § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V verpflichtet alle zwei Jahre einen sog. "Strukturierten Qualitätsbericht" (SQB) vorzulegen. Diese Berichte sollen die Patienten sowie die einweisenden Ärzte über Leistungen und Qualität der Krankenhäuser informieren und somit als Entscheidungshilfe im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung dienen. Zusätzlich sollen die Qualitätsberichte den Krankenhäusern erlauben seine Leistungen und ihre Qualität transparent nach außen sichtbar zu machen (vgl. G-BA 2011).

Die strukturierten Qualitätsberichte enthalten dabei Angaben zu

- den Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses,
- den Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten und Fachabteilungen,
- zur Qualitätssicherung sowie
- zum Qualitätsmanagement

Zu den Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses zählen:

- Kontaktdaten und Trägerschaft
- Organisationsstruktur
- Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte
- Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote
- Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote
- Forschung und Lehre
- Anzahl der Betten und Fallzahlen
- Personelle Ausstattung des Krankenhauses
- Apparative Ausstattung

Zu den Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten und Fachabteilungen gehören Informationen zu:

- Diagnosen nach ICD
- Prozeduren nach OPS
- ambulante Behandlungsmöglichkeiten
- Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft
- Personelle Ausstattung

Daten zur Qualitätssicherung enthalten die folgenden Informationen:

- Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung

- Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V
- Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen
- Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
- Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung
- Umsetzung von Strukturqualitätsvereinbarungen
- Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

Im Rahmen des Qualitätsmanagements sind die Krankenhäuser aufgefordert, Informationen zu ihren internen Qualitätsmanagement zu geben, beispielsweise zu

- Qualitätspolitik
- Qualitätsziele
- Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- Instrumente des Qualitätsmanagements
- Qualitätsmanagement-Projekte
- Bewertung des Qualitätsmanagements

Bis zum Jahr 2011 waren nur wenige der im Rahmen der externen Qualitätssicherung erhobenen Daten publikationspflichtig. Dies änderte sich durch einen Beschluss des Plenums des G-BA vom 19.05.2011: anstelle der 28 bislang publikationspflichtigen Indikatoren mussten ab dem Berichtsjahr 2010 182 Qualitätsindikatoren veröffentlicht werden. Die Qualitätsberichte für das Jahr 2010 wurden Mitte 2011 veröffentlicht. Damit stehen erstmals die 182 ausgewählten Qualitätsindikatoren öffentlich zur Verfügung. Zu den neuen Indikatoren, die fortan veröffentlicht werden müssen, gehören beispielsweise:¹⁴

- Beweglichkeit nach Erstimplantation von Knie-Endoprothesen
- Anzahl der Patienten und Patientinnen, die nach einer Erstimplantation von Knie-Endoprothesen aufgrund von Komplikationen noch einmal operiert werden müssen
- Anzahl von Wundinfektionen nach Einsatz eines neuen Hüftgelenks

¹⁴ vgl. http://www.gkv-spitzenverband.de/KH_Qualitaetsberichte.gkvnet; Zugriff am 12.03.2012.

- Anzahl der Neugeborenen, bei denen nach der Geburt schlechte Werte gemessen wurden, die einen Hinweis auf eine Notlage bei der Geburt geben können

2.3.1.3 Mindestmengenvereinbarungen

Mindestmengenvereinbarungen basieren auf § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V und legen für einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder je Krankenhaus fest. Gemäß § 137 Abs. 3 Satz 2 SGB V dürfen diese Leistungen seit dem Jahr 2004 nicht mehr erbracht werden, wenn die erforderliche Mindestmenge voraussichtlich nicht erreicht wird. Die Vorgabe von Mindestmengen verfolgt dabei das Ziel, eine angemessene Versorgungsqualität zu gewährleisten sowie zu einer kontinuierlichen Verbesserung des Versorgungsniveaus beizutragen.

Derzeit existieren Mindestmengen für acht Leistungsbereiche:

- Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)
- Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)
- komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus
- komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas
- Stammzellentransplantation
- Kniegelenk-Totalendoprothese
- Koronarchirurgische Eingriffe
- Versorgung von Früh- und Neugeborenen

Die Aufnahme von Koronarchirurgischen Eingriffen erfolgte dabei vorerst ohne die Festlegung einer konkreten Mindestmenge.¹⁵

§ 137 Abs. 3 SGB V spezifiziert jedoch einige Ausnahmetatbestände, die eine Leistungserbringung auch bei Nicht-Einhaltung der Mindestmenge möglich machen. Ausnahmen sind beispielsweise möglich, wenn dies für die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung notwendig ist. So sei beispielsweise darauf zu achten, dass im Rahmen der Transplantationschirurgie kurze kalte Ischämiezeiten eingehalten werden können. Auch wenn ein Krankenhaus einen neuen Leistungsbereich aufbaut, wird ein Übergangszeitraum von 36 Monaten eingeräumt, bevor die Mindestmengenrege-

¹⁵ Zum aktuellen Stand der Mindestmengen für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen vgl. Kapitel 2.5.3.

lung greift. Auch bei einer personellen Neuausrichtung besteht ein Übergangszeitraum, allerdings nur von 24 Monaten.

2.3.1.4 Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

Seit dem Jahr 2004 legt der G-BA Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Rahmen spezieller diagnostischer und therapeutischer Leistungen fest. Diese Mindestanforderungen müssen von den Krankenhäusern erfüllt werden, sonst dürfen diese Leistungen nicht mehr angeboten werden.

Bislang wurden für folgende Krankenhausleistungen Qualitätsanforderungen beschlossen:

- Autologe Chondrozytenimplantation am Kniegelenk
- Bauchaortaneurysma
- Kinderonkologie
- Positronenemissionstomographie beim NSCLC
- Protonentherapie beim Rektumkarzinom
- Versorgung von Früh- und Neugeborenen
- Herzchirurgische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Die Mindestanforderungen haben zum Ziel, an zentralen Stellen hochwertige strukturelle Voraussetzungen für spezifische Leistungen zu schaffen.¹⁶

2.3.1.5 Erfüllung der Fortbildungspflicht

Der G-BA regelt die Fortbildungspflicht für Fachärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten im Krankenhaus. Die fachärztliche bzw. psychotherapeutische Weiterbildung verfolgt dabei das Ziel, die fachärztliche und therapeutische Qualifikation zu erhalten bzw. dauerhaft zu aktualisieren, um somit zu einer qualitätsgesicherten Versorgung der Patienten im Krankenhaus beizutragen.

Personen, die zur Fortbildung verpflichtet sind, müssen alle fünf Jahre an einer Fortbildung teilnehmen. Die Fortbildung muss anhand eines Zertifikates nachgewiesen werden. Diese Nachweise sind dem Ärztlichen Direktor des Krankenhauses vorzulegen; dieser muss die Einhaltung der Fortbildungsregelungen für das im Krankenhaus tätige, fortbildungsverpflichtete

¹⁶ Vgl. [www.g-ba/institution/themenschwerpunkt/qualitaetssicherung/ ergebnisqualitaet/](http://www.g-ba/institution/themenschwerpunkt/qualitaetssicherung/ergebnisqualitaet/); Zugriff am 02.02.2012.

Personal überwachen und dokumentieren. Des Weiteren muss in dem Qualitätsbericht nach § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V angegeben werden, in welchem Umfang die Fortbildungspflichten erfüllt wurden. Zusätzlich sind die Fortbildungsnachweise im Krankenhaus in geeigneter Form öffentlich bekannt zu machen (vgl. G-BA 2009). Werden die Fortbildungsverpflichtungen nicht eingehalten, so kann dies Sanktionen für das betreffende Krankenhaus nach sich ziehen.

2.3.1.6 Internes Qualitätsmanagement

Grundsätzlich kann der Krankenhausträger das Modell für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement frei wählen. Allerdings sollte das Modell dem Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements entsprechen und folgende Elemente enthalten:

- Patientenorientierung
- Verantwortung und Führung
- Wirtschaftlichkeit
- Prozessorientierung
- Mitarbeiterorientierung und -beteiligung
- Zielorientierung und Flexibilität
- Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

Die Vereinbarung des G-BA legt dabei die grundsätzlichen Anforderungen an ein Qualitätsmanagement fest. Die konkrete Ausgestaltung bleibt dabei den Krankenhäusern überlassen.

2.3.1.7 Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Eine sektorenübergreifende Qualitätssicherung hat das Ziel, Qualität über die Sektorengrenzen hinweg zu erfassen und zu bewerten. So soll es ermöglicht werden, Behandlungsverläufe ganzheitlich zu beurteilen und zu analysieren. Dieser Ansatz ist relativ neu in Deutschland und wurde erst mit der Verabschiedung des Wettbewerbsstärkungsgesetzes im Jahr 2007 gesetzlich verankert. Der G-BA wurde vom Gesetzgeber beauftragt, eine entsprechende Richtlinie zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung - auf Basis der § 92 Abs. 1 Nr. 13 sowie § 137a Abs. 2. Nr. 1 SGB V - zu entwickeln. Diese Richtlinie trat am 02.12.2010 in Kraft.

Der erste Teil der Richtlinie beinhaltet allgemeine Rahmenbedingungen, wie beispielsweise Datenflüsse und das Vorgehen zur Auswertung bzw.

Nutzung der Daten. In einem zweiten Teil werden konkrete Vorgaben zu themenspezifischen Bestimmungen festgelegt.

Das AQUA-Institut wurde als unabhängige Institution damit beauftragt, den Bundesausschuss bei der Durchführung seiner gesetzlichen Aufgaben zu unterstützen. Insbesondere soll das Institut folgende Leistungen erbringen:

- Entwicklung von Verfahren zur Messung und Darstellung der Versorgungsqualität
- Dokumentation und datentechnische Unterstützung
- Unterstützung bei der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
- Veröffentlichung der Ergebnisse

Der G-BA hat bislang für folgende Themen die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Qualitätssicherungsverfahrens beauftragt¹⁷:

- Kataraktoperation
- Konisation
- Perkutane Koronarintervention
- Kolorektales Karzinom
- Arthroskopie am Kniegelenk
- Hüftendoprothesenversorgung
- Knieendoprothesenversorgung
- Vermeidung nosokomialer Infektionen

Am 15.12.2011 hat der G-BA nach umfangreichen Vorarbeiten den Probebetrieb für die beiden Indikationen Konisation und Kataraktoperation beschlossen. Der Probebetrieb soll am 01.04.2012 beginnen und bis zum 31.08.2012 dauern.

2.3.1.8 Freiwillige Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Neben den gesetzlich verpflichtenden Verfahren gibt es eine Reihe von freiwilligen Maßnahmen zur Qualitätssicherung. Dazu gehört beispielsweise die Anwendung von Leitlinien, die Zertifizierung von Zentren, Benchmarkingprojekte, Wissenschaftliche Register sowie das Peer-Review-

¹⁷ Der aktuelle Stand der Vorarbeiten durch das AQUA-Institut findet sich auf dessen Homepage: <http://www.sqg.de/entwicklung/neue-verfahren/index.html>; Zugriff am 12.03.2012.

Verfahren. Diese freiwilligen Maßnahmen werden im Folgenden zusammenfassend dargestellt.

Medizinische Leitlinien

In Deutschland koordiniert seit dem Jahr 1995 die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) die Entwicklung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie durch die einzelnen Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Die Leitlinien "sind systematisch entwickelte Hilfen für Ärzte zur Entscheidungsfindung in spezifischen Situationen. Sie beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und in der Praxis bewährten Verfahren und sorgen für mehr Sicherheit in der Medizin, sollen aber auch ökonomische Aspekte berücksichtigen."¹⁸ Die AWMF stellt fest, dass die Leitlinien für Ärzte rechtlich nicht bindend seien und daher weder haftungsbegründende noch haftungsbefreiende Wirkung hätten.¹⁹ Die Umsetzung der Leitlinien liege dementsprechend im Ermessungsspielraum des Behandlers, der neben einer fall-spezifischen Betrachtung auch die Präferenzen der Patienten in die Entscheidungsfindung mit einbeziehen sollte.²⁰

Medizinische Leitlinien sind dabei von unterschiedlicher Qualität, da der Begriff "Leitlinien" keiner Normierung unterliegt. In der Regel werden drei Entwicklungsstufen von Leitlinien unterschieden:

- S1: Erarbeitung eines informellen Konsens im Rahmen einer Expertengruppe
- S2: Erarbeitung der Leitlinie im Rahmen einer formalen Konsensfindung oder einer systematischen "Evidenz"-Recherche
- S3: Erarbeitung der Leitlinie mit zusätzlichen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmäßige Überprüfung)

Ungefähr 70 % der Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften sind dabei als S1-Leitlinie einzustufen.

¹⁸ Vgl. <http://www.awmf.org/leitlinien.html>; Zugriff am 02.02.2012.

¹⁹ a. a. O.

²⁰ Von anderer Seite wird ihnen hingegen ein höherer Verbindlichkeitsgrad (insbesondere im Rahmen von Arzthaftungsprozessen) zugesprochen. Leitlinien können jedoch keine Sachverständigengutachten ersetzen. Vgl. zur Diskussion auch Hart (2005) und Ollenschläger (2008).

Zertifizierung von Zentren

In der Krankenhauslandschaft kommt es seit einiger Zeit vermehrt zu einer "Zentrenbildung". Zentren sollen eine berufsgruppenübergreifende und optimale Behandlung von speziellen Erkrankungen ermöglichen (z. B. Brustzentren, Tumorzentren). Der Begriff "Zentrum" ist dabei nicht geschützt. Erfüllen die Zentren bestimmte Qualitätsanforderungen, so können sie dafür zertifiziert werden. Die Zertifizierung erfolgt dabei i. d. R. durch die jeweiligen Fachgesellschaften.

Benchmarkingprojekte

Unter Benchmarking im Krankenhaus versteht man den Abgleich der eigenen Leistung hinsichtlich verschiedener Kriterien (z. B. Kosten oder Qualität) mit anderen Krankenhäusern. Während die externe vergleichende Qualitätssicherung im Rahmen der Qualitätsberichte auch ein Benchmarking-Verfahren darstellt, sind in den letzten Jahren eine Reihe weiterer Benchmarkingprojekte entstanden (beispielsweise Qualitätsgemeinschaft Schlaganfallversorgung in Schleswig-Holstein, Benchmarking in der geriatrischen Patientenversorgung, Benchmarking bei der Versorgung von Mukoviszidose-Patienten).

Peer-Review-Verfahren

Das Peer Review ist eine systematische und kritische Besprechung und Beratung durch externe Angehörige der eigenen Berufsgruppe. "Das Peer Review ist quasi die Rückkehr zur "Ur-Methode" ärztlicher Qualitätssicherung: zum kollektiven Dialog mit Fachkollegen auf gleicher Augenhöhe und auf systematischer Basis" (Rink 2011). So haben sich beispielsweise die in der Initiative Qualitätsmedizin zusammengeschlossenen Krankenhäuser dazu verpflichtet, an einem aktiven Qualitätsmanagement mit Hilfe des Peer-Review-Verfahrens teilzunehmen (vgl. dazu Rink 2011 und Flintrop und Gerst 2011).

2.4 Welche Defizite der bestehenden Qualitätssicherungssysteme werden diskutiert?

Die derzeit vorhandenen Systeme zur Qualitätssicherung werden vielfach kritisiert und als unzureichend eingestuft. Nach einer kurzen Erläuterung genereller Probleme der externen Qualitätssicherung (Kapitel 2.4.1) werden im Folgenden die diskutierten Defizite für die einzelnen Instrumente dargestellt (vgl. Kapitel 2.4.2).

2.4.1 Allgemeine Herausforderungen externer Qualitätssicherung

Die drei Qualitätsdimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind nicht immer eindeutig voneinander abgrenzbar. Die Strukturqualität wird als notwendige, nicht aber als hinreichende Bedingung für die Prozess- und Ergebnisqualität gesehen (vgl. Hensen und Hensen 2008). Eine exakt quantifizierbare Korrelation zwischen der Güte von Strukturen und Prozessen und der Qualität der Ergebnisse besteht dabei jedoch nicht (vgl. Siebers 2005). Struktur- und Prozessqualität werden auch als Surrogatparameter für die Ergebnisqualität bezeichnet. Sie sind v. a. notwendig, wo die Ergebnisqualität nicht ausreichend definiert ist oder Ergebnisparameter nicht zur Verfügung stehen.

Bezüglich der Veröffentlichung von Qualitätsdaten zeigten mehrere Studien, dass dies einen positiven Einfluss auf das interne Qualitätsmanagement und die Prozessqualität haben kann (vgl. SVR Gesundheit 2007: 566). Auch die Veröffentlichung von Ergebnisqualitätskriterien (z. B. Mortalität) zeigte einen relevanten Einfluss auf die Ergebnisqualität. Allerdings wird kritisiert, dass Krankenhäuser Möglichkeiten nutzen würden, um die Datenvalidität zu beeinflussen (vgl. SVR Gesundheit 2007: 568). Eine Übersichtsarbeit nennt dazu die folgenden Möglichkeiten (vgl. Scott und Ward 2006 zitiert nach SVR Gesundheit 2007: 568):

- gaming: direkte Datenmanipulation
- early discharge: Reduktion von inhouse-Letalität und anderen Komplikationen durch frühe Entlassung
- avoidance: Risikoselektion durch Vermeidung der Behandlung von Patienten mit hohem Komplikationsrisiko
- out sourcing: Verlegung von Hochrisiko-Patienten
- defensive medicine: Unterversorgung durch Unterlassen riskanter, aber indizierter Leistungen
- withdrawal and disengagement: Absetzen und Reduktion der Behandlung
- tunnel vision: Qualitätsrelevante Aktivitäten werden ausschließlich auf die für die Berichterstattung relevanten Bereiche konzentriert, in den anderen Bereichen kommt es zu Verschlechterungen.

Allerdings zeigten sich bei vielen Untersuchungen keine Probleme hinsichtlich einer Datenmanipulation und der Sachverständigenrat Gesundheit urteilte: "Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass es Probleme in der Reliabilität und Validität sowie im gaming gibt, ein Effekt dieser Faktoren in populationsbezogenen Untersuchungen in New York (worauf sich die Kritik meist bezog) jedoch nicht nachgewiesen werden konnte." (SVR Gesundheit 2007: 569).

2.4.2 Spezifische Probleme der bestehenden Qualitätssicherungssysteme

Ein Kritikpunkt an der *extern vergleichenden Qualitätssicherung* ist, dass die Krankenhäuser nur Daten zu 30 Leistungsbereichen publizieren müssen. Dadurch würde das Leistungsspektrum nicht ausreichend abgedeckt und die Qualität relevanter anderer Operationen bzw. Leistungsbereiche nicht wiedergegeben (vgl. beispielsweise Kubitschek 2005). Des Weiteren steht für die ausgewählten Leistungsbereiche nur ein begrenztes Indikatorenset zur Verfügung.

Des Weiteren sind die Konsequenzen bei vorhandenen Qualitätsmängeln nicht einheitlich und eindeutig geregelt. Bei einer Abweichung vom Referenzbereich wird das Krankenhaus entweder nur darauf hingewiesen oder eine Stellungnahme eingefordert. Wird die Stellungnahme nicht als zufriedenstellend beurteilt, folgt ein Strukturierter Dialog (vgl. Kapitel 2.3.1.1). Doch nur wenn das Krankenhaus nicht zur Kooperation und Verbesserung bereit ist, können weitere Konsequenzen gezogen werden. Die Konsequenzen und Sanktionsmöglichkeiten sind jedoch nicht festgeschrieben. Da die Daten erst mit zeitlicher Verzögerung analysiert werden und der Prozess des Strukturierten Dialoges einen gewissen Zeitraum in Anspruch nimmt, werden etwaige Konsequenzen zudem erst mit einiger zeitlicher Verzögerung in Kraft treten können.

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Qualitätsindikatoren zur Behandlungsqualität. So würden Komplikationen und etwaige Reoperationen im Anschluss nicht erfasst, obwohl auch diese wichtige Indikatoren der Ergebnisqualität sind (vgl. Mohrmann und Koch 2011).

Des Weiteren gibt es bislang nur vereinzelte Leistungsbereiche und Indikatoren für die eine Beobachtung über einen längeren Zeitraum hinweg möglich ist.

Des Weiteren wird kritisiert, dass die *Strukturierten Qualitätsberichte* nur eingeschränkt nutzbar seien. Die Dokumentation erfolge über das Krankenhaus selbst, die Überprüfung der Ergebnisse sei nur eingeschränkt möglich (vgl. Mohrmann und Koch 2011). Eine wirkliche externe und unabhängige Kontrolle kann daher in der extern vergleichenden Qualitätssicherung vermisst werden.

Zusätzlich werden die Auswirkungen einer öffentlichen Qualitätsberichterstattung in der Literatur kontrovers diskutiert. Grundsätzlich wird von Qualitätsberichten erhofft, dass sie zum einen die Patienten in ihrer Entscheidung für einen Leistungserbringer beeinflussen und zum anderen die Motivation der Leistungserbringer für Qualitätsverbesserungen erhöhen. Gemäß Geraedts et al. (2009) zeigen die vorhandenen Studien über "Public Reporting" positive Auswirkungen auf die Motivation von Krankenhäusern für

qualitätsverbessernde Maßnahmen. Für die Auswirkungen der Qualitätsberichte auf die Patientenentscheidung lägen dagegen nur inkonsistente Studienergebnisse vor (Geraedts et al. 2009). Der Patient wünsche zwar Qualitätsvergleiche (z. B. Gesundheitsmonitore, Rankings), jedoch würden nur rund 6-15 % der Patienten tatsächlich solche Informationen nutzen (vgl. Gruhl 2007).²¹ Als Gründe für die wenige Nutzung der vorhandenen Informationen führt Gruhl (2007) an, dass die Informationen nicht sachgerecht aufgearbeitet seien, der Patient dem Datenlieferanten misstraue oder mit der Interpretation der Daten überfordert sei. Auch eine Analyse von Klinikführern zeigte, dass der Informationsbedarf der Patienten nicht gedeckt wird (vgl. Petersen et al. 2007).

Zusätzlich sei grundsätzlich zu bezweifeln, dass die Patienten steuernd auf das Gesundheitswesen einwirken werden ("keine Abstimmung mit den Füßen") und die Übernahme einer nicht-interessengebundenen Garantenrolle sei notwendig (vgl. Gruhl 2007). Gegensätzlich dazu sind die Ergebnisse einer empirischen Untersuchung von rund 700.000 Patientendaten im Ruhrgebiet und im Raum Köln-Bonn aus den Jahren 2003 bis 2006, die die Auswirkungen der Qualitätsberichte auf das Patientenverhalten analysierte (vgl. Sauerland und Wübker 2008). Die Autoren zeigten, dass Krankenhäuser, die ihre Qualitätsdaten freiwillig veröffentlichen, stärker nachgefragt werden als Krankenhäuser, die ihre Qualitätsdaten nicht veröffentlichen. Des Weiteren wurden aus der Gruppe der Krankenhäuser mit veröffentlichten Daten die Krankenhäuser signifikant seltener ausgewählt, die eine unterdurchschnittliche Qualität aufzuweisen hatten. Krankenhäuser mit überdurchschnittlicher Qualität konnten dagegen ihren Marktanteil um drei Prozent ausbauen (vgl. Sauerland und Wübker 2008).

Eine Studie im Auftrag des G-BA untersuchte die Strukturierten Qualitätsberichte in Hinblick auf ihre Relevanz und Nützlichkeit aus Sicht von Patienten, Einweisern und den Krankenhäusern selbst (vgl. Geraedts et al. 2010b). Die Ergebnisse zeigen, dass die Krankenhäuser die Qualitätsberichte zwar schätzten, um ihre Leistungen darzustellen, dass sie sie aber für eher ungeeignet hielten, um die Qualität der Leistungen abzubilden. Die Qualitätsberichte waren den befragten Patienten unbekannt und wurden infolgedessen auch nicht genutzt. Die vorlegten Berichte wurden als zu lang "in der Informationsdichte, Darstellung und Sprache als erschlagend erlebt,

²¹ So zeigte Geraedts (2006) beispielsweise anhand einer repräsentativen Befragung der Bevölkerung Deutschlands, dass nur rund vier Prozent der Bevölkerung die Qualitätsberichte der deutschen Krankenhäuser im dem siebenmonatigen Zeitraum zwischen der Veröffentlichung der Berichte und der Befragung angeschaut hatten (vgl. Geraedts 2006: 157).

wenn nicht ganz abgelehnt" (Geraedts et al. 2010b: 36). Die Patienten bewerteten die Qualitätsberichte dabei als nicht wahlentscheidend für die Krankenhauswahl. Die Projektnehmer stellten dabei Unterschiede in der Wahrnehmung der Berichte zwischen Männern und Frauen, nach Alter sowie nach Bildungsabschluss fest. Des Weiteren kannten und nutzten laut der Studie nur wenige Ärzte die Qualitätsberichte oder die Lesehilfe für die Patientenberatung. Nur rund ein Zehntel der befragten Ärzte habe die Qualitätsberichte in der Vergangenheit aktiv genutzt. Ärzte würden im Rahmen der Patientenberatung v. a. Kriterien heranziehen, die nicht Bestandteil der Qualitätsberichte sind (z. B. persönliche Erfahrungen, persönliche Kontakte zum Krankenhaus, Wünsche der Patienten). Jedoch schien es einen grundsätzlichen Bedarf an verlässlichen weiterführenden Informationen zu geben. Hierzu wurden insbesondere Daten zu Behandlungserfolgen und Misserfolgen genannt (vgl. Geraedts et al. 2010b).

Bezüglich der *Mindestmengenvereinbarung* wird häufig der vom Gesetzgeber unterstellte Zusammenhang zwischen der Operationshäufigkeit und der Qualität des Behandlungsergebnisses kritisiert. Das Behandlungsergebnis würde nicht nur von der Erfahrung des Chirurgen, sondern auch von Unterschieden im Patientenalter, den Operationsmethoden sowie dem Arzneimitteleinsatz abhängen.²²

Die *sektorenübergreifende Qualitätssicherung* steckt in Deutschland noch in den Kinderschuhen und kann daher noch nicht umfassend beurteilt werden. Positiv hervorzuheben ist bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung der Weg zur Datenintegration als Grundlage für Transparenz und Steuerung. Allerdings wird die sektorenübergreifende Qualitätssicherung nicht in der Lage sein, die sektorale Zergliederung aufzulösen (vgl. Döbler 2011).

Bezüglich der medizinischen *Leitlinien* wird vielfach kritisiert, dass sie noch nicht adäquat in der Versorgung berücksichtigt würden (vgl. Kirchner et al. 2003). Zwar nähmen sie auf gesundheitspolitischer Ebene kontinuierlich an Bedeutung zu, bei den Anwendern der Leitlinien bestünden dagegen noch Vorbehalte und Unsicherheiten (vgl. Kirchner et al. 2003). Dies führe u. a. zu einer verzögerten Implementierung der Leitlinien (vgl. zu der Implementierung von Leitlinien auch Selbmann und Kopp 2005 sowie Hölzer und Dudeck 2001) und damit zu einem geringen Einfluss der Leitlinien auf die Patientenversorgung (vgl. Hölzer und Dudeck 2001: A665).²³

²² Vgl. zur besonderen Problematik von Mindestmengenvorgaben Kapitel 2.5.3.

²³ Für eine aktuelle Diskussion zur Bedeutung von Leitlinien vgl. Sängler (2011) 15 Jahre Leitlinien in Deutschland - eine Bestandsaufnahme mit Ausblick. Download

Ein wichtiges Kriterium für die Akzeptanz und damit für die Wirksamkeit von Leitlinien ist die Qualität der Leitlinien. Als Qualitätsdefizite der Leitlinien werden insbesondere die folgenden Punkte genannt (vgl. Kirchner et al. 2003: 76):

- Autorenschaft, Konsens- und Auswahlverfahren für Empfehlungen, Unabhängigkeit von interessierten Kreisen (häufig nicht beurteilbar),
- Belege für Empfehlungen (unzureichende Dokumentation von Quellen, Recherchestrategien, Auswahlverfahren, Verknüpfung von Empfehlungen und Belegen),
- Angaben zum Umfang von Nutzen und Kosten der Empfehlungen (fehlen meist),
- Angaben über Disseminierung und Implementierung (fehlen meist)
- Existenz verschiedener Leitlinien zu identischen Versorgungsproblemen unabgestimmt nebeneinander

2.5 Erörterung von rechtlichen Fragestellungen²⁴

2.5.1 Einleitung

Die Krankenhausplanung ist Pflichtaufgabe der Daseinsvorsorge der Bundesländer. Nachfolgend wird die rechtliche Zulässigkeit der Vorgabe von Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung eingeschätzt. Die Ausgangsfragen lauten folgendermaßen:

1. Bieten die §§ 13 ff. KHGG NRW eine belastbare Grundlage für die verbindliche Festschreibung von Qualitätsanforderungen im Krankenhausplan?
2. In welchem Verhältnis stehen die bundesrechtlichen Vorgaben, beispielsweise die Vorgabe für Mindestmengen, und das Recht der Krankenhausplanung zueinander? Welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Krankenhausplanung?
3. Wie sieht die rechtliche Basis dafür aus, Strukturqualitätsanforderungen auch per Telemedizin zu erfüllen?

unter
www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Veranstaltungen/15_Jahre_Leitlinien.pdf

²⁴ Die nachfolgende Erörterung ist kein abschließendes anwaltliches Gutachten zu den benannten Rechtsfragen. Aus diesem Grund wird nicht durchgängig im Gutachtenstil geschrieben.

2.5.2 Festschreibungen von Qualitätsanforderungen im Krankenhausplan

Mit der Krankenhausplanung erfüllen die Bundesländer ihre Rechtspflicht im Rahmen der Bereitstellung der Infrastruktur für die Krankenhausversorgung. Im Folgenden wird geklärt, ob und in welchem Ausmaß Qualitätsanforderungen in der Krankenhausplanung zulässig sind.

a) Kompetenzen der Bundesländer für Krankenhausplanung

Die Kompetenzverteilung für die Gesetzgebung im Bereich der Krankenhausversorgung lässt sich aus dem Grundgesetz (GG) ableiten. Aufgrund der konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Art. 72 Abs. 1 und 2 i. V. m. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG für die Krankenhausfinanzierung kann der Bund Vorkehrungen für „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“ treffen. Um die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zu erreichen, hat der Bund von dieser Kompetenz Gebrauch gemacht und das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) erlassen. Die Krankenhausfinanzierung ist dabei dualistisch aufgebaut, wobei vereinfacht dargestellt die Bundesländer die Investitionskosten tragen und die Betriebskosten von den gesetzlichen und privaten Krankenkassen aufzubringen sind. Eine der wichtigsten Änderungen bei der Finanzierung der Betriebskosten in der Vergangenheit war die Einführung eines diagnosebezogenen Fallpauschalensystems für die Krankenhausvergütung, was allgemein als DRG-System bezeichnet wird und in § 17b KHG geregelt ist. Zur Regelung der Krankenhauspflegesätze hat der Bund das Krankenhausentgeltgesetz erlassen (KHEntgG). Das DRG-System beeinflusst entscheidend die Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern. Damit ergeben sich Wechselwirkungen mit der Krankenhausplanung, weil Standorte von Krankenhäusern im Zusammenhang mit den Fallzahlen im DRG-System zu bewerten sind.

Die Länder stellen auf der Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der landeseigenen Krankenhausgesetze Krankenhauspläne auf. Im Rahmen der Kompetenzverteilung ist der Art. 72 Abs. 2 GG zu beachten, wonach der Bund auf den Gebieten des Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG das Gesetzgebungsrecht hat, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht. Danach schließt Art. 72 Abs. 2 GG im Rahmen der Erforderlichkeit eine umfassende Normierung der Krankenhausplanung durch den Bundesgesetzgeber aus, wenn es nicht zur Gewährleistung der genannten Ziele dient. Aus diesem Grund sind unterschiedliche Arten der Krankenhausplanung in den Bundesländern möglich. Ein Beispiel ist Niedersachsen, welches anders als Nordrhein-Westfalen keine Teilgebiete

(z. B. Kardiologie) plant. Bundesrechtlich vorgegeben ist aber die Aufnahme durch Feststellungsbescheid gem. § 8 Abs. 1 S. 3 KHG (= Verwaltungsakt i. S. v. § 35 S. 1 VwVfG).²⁵ Es ist streitig, ob die Länder bei der Aufstellung von Krankenhausplänen aus eigener Kompetenz handeln oder einen bundesrechtlichen Auftrag nach § 6 Abs. 1 KHG ausüben.²⁶ Eine Auffassung kommt zum Ergebnis, dass ein Recht der Krankenhausplanung den Bundesländern nur aufgrund der gesetzlichen Regelung zukommt, die der Bund in Ausübung seiner Gesetzgebungskompetenz aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG erlassen hat.²⁷ Eine andere Auffassung sieht das Gesundheitsrecht, inklusive des Krankenhausrechts, nicht von der ausschließlichen Gesetzgebungskompetenz des Bundes erfasst. Somit wären die Bundesländer zuständig.²⁸ Die Gesetzgebungskompetenz hat der Landesgesetzgeber aufgrund der vorgenannten Kompetenzregelung durch das Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (KHGG NRW) ausgeübt. Somit verfügt das Land Nordrhein-Westfalen über die Zuständigkeit, Planungsvorgaben zu erlassen.

b) Krankenhausplan und Feststellungsbescheid

Krankenhausplan und Feststellungsbescheid sind die wesentlichen Instrumente der Krankenhausplanung. Das Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen führt beispielsweise in einem Urteil vom 5. Oktober 2010 zu einem ablehnenden Bescheid der Aufnahme dazu aus: „Der Krankenhausplan ist keine Rechtsnorm mit Außenwirkung. Nicht bereits der Krankenhausplan selbst, sondern erst die Aufnahme in den planfeststellenden Bescheid, mit dem eine solche Feststellung abgelehnt wird, entfaltet unmittelbare Rechtswirkung nach außen und kann vom betroffenen Krankenhausträger einer verwaltungsgerichtlichen Prüfung zugeführt werden (§ 8 Abs. 1 S. 4 KHG).“²⁹ Jedoch gibt es Auffassungen, die dem Krankenhausplan zumindest mittelbare Innenwirkung zugestehen, insoweit sich die

²⁵ Vgl. zum Ganzen: Kaltenborn, in Huster/ders. (2010: § 2 RdNr. 2 ff.).

²⁶ Siehe dazu § 6 KHG als Bundesrecht mit dem Wortlaut: „(1) Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf; Folgekosten, insbesondere die Auswirkungen auf die Pflegesätze, sind zu berücksichtigen. (2) Hat ein Krankenhaus auch für die Versorgung der Bevölkerung anderer Länder wesentliche Bedeutung, so ist die Krankenhausplanung insoweit zwischen den beteiligten Ländern abzustimmen. [...]“

²⁷ Vgl. Rehborn in Ratzel/Luxemburger (2011: § 30, RdNr. 7).

²⁸ Vgl. Prütting (2009: § 12 RdNr. 1).

²⁹ Vgl. OVG Nordrh.-Westf., Urt. v. 5.10.2010 – 13 A 2070/09 (VG Gelsenkirchen) mit Verweis auf die Rechtsprechung des BVerwG in Schillhorn (2011: 452).

Behörde selbst verpflichtet, sich an den aufgestellten Krankenhausplan zu halten.³⁰

Danach haben erst die Bescheide für das einzelne Krankenhaus rechtliche Außenwirkung. Nach § 16 Abs. 1 KHGG NRW bestimmen und konkretisieren die Bescheide den Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses im Rahmen eines Verwaltungsaktes.³¹ Laut § 16 KHGG NRW muss der Bescheid für ein einzelnes Krankenhaus enthalten: „1. den Namen und den Standort des Krankenhauses und seiner Betriebsstellen, 2. die Bezeichnung, Rechtsform und den Sitz des Krankenhausträgers sowie den Eigentümer des Krankenhauses, 3. die Nummer und das Datum der Aufnahme in den Krankenhausplan, 4. das Versorgungsgebiet, 5. die Versorgungsregion für die psychiatrische Pflichtversorgung, 6. die Gesamtzahl der im Ist und Soll anerkannten Planbetten, 7. die Art der Abteilungen mit ihrer Planbettenzahl und ihren Behandlungsplätzen sowie 8. die Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a KHG.“ Wenn ein Krankenhaus von den Vorgaben des Bescheides abweicht, regelt der § 16 Abs. 2 KHGG NRW die Möglichkeit der Herausnahme aus dem Krankenhausplan.³²

c) Zulässigkeit von Qualitätsanforderungen im Krankenhausplan und Bescheid

Die Diskussion um die Struktur- und Prozessqualität in Krankenhaushäusern wirft die Frage auf, ob der Landesgesetzgeber Qualitätsanforderungen im Krankenhausplan definieren darf oder nicht. Nachfolgend wird dies für Strukturvorgaben, wie Stellenschlüssel für ärztliches und nichtärztliches Personal, näher analysiert. Ausgehend von der spezialrechtlichen Vorschrift des § 2 Nr. 1 KHG wird ferner auf die Definition des Krankenhauses im § 107 Abs. 1 SGB V für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung verwiesen.

Die Vorgabe von Qualitätsanforderungen könnte mit dem Rechtsbegriff Leistungsfähigkeit i.S.v. § 1 Abs. 1 KHG zusammenhängen, weshalb dieser näher untersucht wird.

³⁰ Siehe beispielhaft Prütting (2009: § 12 RdNr. 2).

³¹ Siehe u. a. VG Münster, Urteil vom 23.6.2010 – 9 K 65/09 m. w. N. zum Krankenhausplan.

³² Vgl. zur Teil- oder Komplettherausnahme aus dem Krankenhausplan Vitkas (2010: 547), wonach ein Krankenhaus aus dem Krankenhausplan genommen werden kann, wenn es nicht mehr bedarfsgerecht, leistungsfähig oder wirtschaftlich ist und ohne die Herausnahme das öffentliche Interesse gefährdet wäre.

Nach § 2 Nr. 1 KHG sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können. Diese Legaldefinition ist sehr weit und geht über diejenige im SGB V hinaus, weil sie u.a. Kurkrankenhäuser einschließt.³³

Aufgrund der Bedeutung der Regelung im SGB V für die Begriffsbestimmung Krankenhaus wird die Definition des Krankenhauses im § 107 Abs. 1 SGB V, der das Krankenhaus näher hinsichtlich seiner Struktur definiert, bewertet. Im Vordergrund steht die ständige ärztliche Leitung und Präsenz, welche 24 Stunden am Tag zu gewährleisten ist. Die Einrichtung muss gem. § 107 Abs. 1 Nr. 3 SGB V bestimmte organisatorische Voraussetzungen erfüllen, damit die ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1 SGB V) und die pflegerische Betreuung im Rahmen der Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 1 SGB V) sichergestellt sind. Es wird eine stetige Präsenz bzw. Bereitschaft von ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal verlangt. Ein Krankenhaus hat die Aufgabe, die intensive, aktive und fortdauernde Betreuung von Patienten zu gewährleisten. Der Pflege kommt in diesem Zusammenhang eine in aller Regel untergeordnete Bedeutung zu, was sich ebenso an der Dominanz der ärztlichen Leistung erkennen lässt. Entscheidend für die Qualifizierung als Krankenhaus ist das parallele Vorhalten der vorgenannten Disziplinen. Ferner muss das Haus Unterkunft und Verpflegung anbieten (§ 107 Abs. 1 Nr. 4 SGB V). Eine Unterbringung i.S.v. § 107 Abs. 1 Nr. 4 SGB V liegt jedoch erst dann vor, wenn sie sich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Sämtliche der in § 107 Abs. 1 SGB V genannten Kriterien müssen kumulativ vorliegen.³⁴ Aufgrund der Regelung im § 108 SGB V dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind, durch Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben, erbringen lassen.

Als weiterer wesentlicher Rechtsbegriff ist die Leistungsfähigkeit nach § 1 KHG in die Überlegung bei der Regelung von Qualitätsanforderungen zu berücksichtigen. Dabei muss aber beachtet werden, dass der

³³ Siehe Quaas in Prütting (2012: § 107 SGB V RdNr. 5).

³⁴ Vgl. zur Thematik Krankenhaus nach § 107 SGB V, Rehborn in Ratzel/Luxemburger (2011: § 30 RdNr. 24 – 27).

§ 1 Abs. 1 KHG eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern gewährleisten will – bei sozial tragbaren Pflegesätzen. Dabei ist die Leistungsfähigkeit immer im Zusammenhang mit den anderen Zielsetzungen zu bewerten.

Thomae (2011) führt die aktuelle Definition der Leistungsfähigkeit folgendermaßen zusammen.³⁵ Das KHG als Bundesrecht bezieht sich auf die Gewährleistung leistungsfähiger Krankenhäuser, ohne eine Definition hierfür zu bieten. Nach der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichtsbarkeit ist ein Krankenhaus leistungsfähig, wenn das Leistungsangebot dauerhaft die Anforderungen erfüllt, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und dem Versorgungsauftrag aus dem Feststellungsbescheid, mit dem das Krankenhaus in den Krankenhausplan aufgenommen wird, an ein Krankenhaus dieser Art zu stellen sind. Die Leistungsfähigkeit wird dadurch gewährleistet, dass die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche personelle, räumliche und medizinische Ausstattung vorhanden ist. Aufgrund der berufsregelnden Tendenz des KHG sind an das Merkmal der Leistungsgechtigkeit keine unverhältnismäßig strengen Forderungen zu stellen. Unerheblich für die Leistungsfähigkeit hinsichtlich der ärztlichen Präsenz ist, wenn die Ärzte nicht fest angestellt sind, sondern als Honorarärzte tätig sind. Hierbei ist zwischen Ärzten mit und ohne Vertragsarztzulassung zu unterscheiden, wobei jedoch beide über die erforderliche Facharztqualifikation verfügen müssen, um den Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechend zu erfüllen.³⁶

Es reicht aus, wenn das Krankenhaus dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft genügt. Weiter gehende Anforderungen hätten zur Folge, dass unnötige Investitionen erforderlich sind und die Kosten dadurch gesteigert würden.³⁷

³⁵ Siehe ebenso zum Begriff Leistungsfähigkeit Prütting (2009: § 12 RdNr. 36).

³⁶ Siehe zu diesen fachlichen und organisatorischen Anforderungen, Quaas in Prütting (2012: § 107 SGB V RdNr. 9).

³⁷ Vgl. Thomae (2011: § 30 Rd. 80- 81) mit Verweis auf Rechtsprechung des BVerwG. Gerade die Aussage im letzten Satz ist gegenwärtig umstritten: Im aktuell beschlossenen Versorgungsstrukturgesetz, welches zum 1.1.2012 in Kraft getreten ist, wird die Kooperation von Vertragsärzten bei der Leistungserbringung im Krankenhaus verbessert. Hierfür wurden die Regelungen für die ambulante Vor- und Nachstationäre Behandlung (§ 115 a SGB V), die Operationen im Krankenhaus (§ 115 b SGB V) und die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (§ 116 b SGB V) geändert. An dem Grundsatz der ständigen ärztlichen Präsenz im Krankenhaus nach § 107 Abs. 1 SGB V hat dieses Gesetz aber nichts geändert.

Für das Beurteilen der Zulässigkeit von landesrechtlichen Struktur- und Prozessstandards ergibt sich danach folgendes Ergebnis: Die Vorgaben hierfür dürfen somit nicht unter- oder oberhalb des aktuellen medizinischen Standards liegen, weil sich ansonsten eine Kollision mit den Anforderungen aus den vorgenannten spezialrechtlichen Vorgaben für die Leistungsfähigkeit ergibt. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber ebenso eine kontinuierliche Kontrolle, ob die Vorgaben für die Qualitätskriterien eigentlich noch dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen.

Neben der Leistungsfähigkeit tritt die Wirtschaftlichkeit als eine Zielsetzung des KHG, was aus dem Wortlaut des § 1 Abs. 1 KHG letzter Halbsatz folgt. Entscheidend dürfte bei der Zulässigkeit von Qualitätsindikatoren die Frage sein, ob sich solche Vorgaben mit dem Grundsatz der eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäuser nach § 1 Abs. 1 KHG vertragen. Beim Eingriff in die Betriebsautonomie der Krankenhäuser ist jedoch zu beachten, dass diese nicht ohne Rechtsfertigungsgründe beschnitten werden. Jedoch dürften Vorgaben zulässig sein, die ausschließlich der Gewährleistung des medizinischen Standards dienen.

Die Krankenhausversorgung soll zu sozial tragbaren Pflegesätzen beitragen. Damit ist ein Preis-Leistungs-Verhältnis angesprochen. Die Wirtschaftlichkeit und die Leistungsfähigkeit sind gemeinsam zu beurteilen. Die personelle und sachliche Ausstattung muss dem Versorgungsauftrag angemessen sein.³⁸ Somit müssen Qualitätsindikatoren im Einklang mit den Grundsätzen der eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäuser und der Wirtschaftlichkeit stehen.

Die vorgenannte berufsregelnde Tendenz des KHG gibt den Hinweis auf die verfassungsrechtlichen Auswirkungen von möglichen Eingriffen in die Grundrechte der Krankenhausträger als Grundrechtsträger. Aus diesem Grund wird die Eingriffsqualität von Vorgaben in den Schutzbereich näher untersucht.

d) Verfassungsrechtlicher Schutzbereich der Krankenhausträger

Die Krankenhausträger als juristische Personen gemäß Art. 19 Abs. 3 GG könnten einen Eingriff in ihre Grundrechte geltend machen.

aa) Art. 12 GG Grundrecht auf Berufsausübung

Die Qualitätsvorgaben, wie Stellenschlüssel für Personal, stellen einen Eingriff dar, weil damit die Berufsausübung der Krankenhäuserträger entscheidend reguliert wird. Fraglich ist, ob der Eingriff gerechtfertigt ist. Ein Grundrechtseingriff muss verhältnismäßig zu seiner Zielsetzung sein und

³⁸ Siehe dazu Quaas in Prütting (2012: § 109 RdNr. 32).

dadurch gerechtfertigt sein. Der Rechtfertigungsgrund könnte aus der Zielsetzung des § 1 Abs. 1 KHG mit seiner verfassungsrechtlichen Grundlage im Rahmen der Kompetenz von Bund und Bundesländern folgen. Danach soll eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen erreicht werden. Im Rahmen der Qualitätskriterien geht es entscheidend um das Merkmal Leistungsfähigkeit. Für den Begriff „Leistungsfähigkeit“ i. S. v. § 1 Abs. 1 KHG ist entscheidend, ob die nach medizinischen Erkenntnissen erforderliche personelle, räumliche und medizinische Ausstattung vorhanden ist.³⁹ Fehlt es einem Krankenhaus in Bezug auf die vorgehaltenen Betten an einer ausreichenden Zahl geschulter Pflegekräfte und an zur ärztlichen Fachbetreuung geeigneten Ärzten, ist die Leistungsfähigkeit nicht gegeben.⁴⁰

Aufgrund der ständigen Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte im stationären Bereich ist der Begriff der Leistungsfähigkeit weit auszulegen. Neben den vorgenannten Kriterien sind aktuell weitergehende Vorgaben üblich, die das therapeutische Personal betreffen. Im Rahmen der indikationsbezogenen Versorgung ist hier die neurologische Versorgung zu nennen, die ein Phasenmodell mit unterschiedlichen Versorgungskonzepten etabliert hat. Hervorzuheben ist dabei das Vorhalten einer sogenannten Stroke-Unit. Auch die Geriatrie hat entsprechende Qualitätsvorgaben in den letzten Jahren etabliert, die in gesonderten Geriatrieplänen oder in die Krankenhauspläne übernommen wurden.⁴¹ Diese Vorgaben für die Versorgungsstrukturen und damit für die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern sind als medizinischer Standard zu bewerten. Der Eingriff in die Berufsausübung ist danach gerechtfertigt, um den medizinischen Standard der Patientenversorgung und damit die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses zu gewährleisten, wenn es entsprechende fachliche Vorgaben, beispielsweise durch eine Leitlinie, gibt. Die Leitlinie müsste wiederum als allgemein anerkannter medizinischer Standard zu qualifizieren sein. Die Definition des medizinischen Standards könnte dabei aus der haftungsrechtlichen Bedeutung von Leitlinien abzuleiten sein, ohne eine direkte Analogie hierbei vornehmen zu können. Die Leitlinien sind haftungsrechtlich relevant, wenn diese den medizinischen Standard zum Zeitpunkt der Behandlung widerspiegeln. Dann sind die Leitlinien grundsätzlich im Sinne von begründeten Ausnahmen vorbehaltlich zu befolgen. Der Begriff der Leitlinie ist also immer im Lichte der Begriffe „Facharztstandard“ und „Stand der medizinischen Wissen-

³⁹ Vgl. BVerfGE 82, 209, 226; NJW 1990, 2306; BVerwG E 62, 86, 106.

⁴⁰ Vgl. BVerwG NJW 1993, 3008, 3009.

⁴¹ Vgl. Plate et al. (2006) sowie Meinck et al. (2009).

schaft“ auszulegen. Jaeger (2012) definiert Leitlinien als systematisch entwickelte Darstellung und Empfehlungen, die den Zweck haben, Ärzte und Patienten bei Entscheidungen über angemessene Maßnahmen zu unterstützen.⁴² Im Rahmen der Haftungsfälle im Medizinrecht darf somit der Arzt aber in begründeten Fällen von Leitlinien abweichen.⁴³ Danach ist nicht jede Leitlinie oder Empfehlung einer medizinischen Fachgesellschaft heranzuziehen, wenn es um den Standard einer medizinischen Fachdisziplin im Rahmen der Krankenhausplanung geht. Vielmehr muss es eine Leitlinie sein, welche den allgemein gültigen aktuellen Stand der medizinischen Diskussion und damit den Stand der Wissenschaft widerspiegelt.

bb) Art. 14 GG Schutz des Eigentums

Ebenso greifen rechtsverbindliche Qualitätsvorgaben in den Schutzbereich des Art. 14 Abs. 1 S. 1 GG ein. Hiernach wird der eingerichtete und ausgeübte Gewerbebetrieb geschützt. Die Grundrechtsträger können ebenso juristische Personen i.S.v. Art. 19 Abs. 3 GG sein. Beispielsweise würde eine verbindliche Vorgabe für die Anzahl von Fachärzten und die Anzahl von Therapeuten in Krankenhäusern in den Schutzbereich des Art. 14 Abs. 1 S. 1 GG eingreifen.

Der Eingriff könnte aber gerechtfertigt sein, um die vorgenannte Leistungsfähigkeit zu erzielen. Insoweit wäre der Rechtfertigungsgrund wieder aus der Zielsetzung des § 1 Abs. 1 KHG abzuleiten.

Jedoch darf hierbei der Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser nicht aus den Augen verloren werden. Es muss bei solchen Vorgaben die Auswirkung auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser, z.B. die Sicherstellung wirtschaftlicher Pflegesätze, beachtet werden. In dem Fall, dass Vorgaben zu einer deutlichen Unwirtschaftlichkeit führen, weil die vorgeschriebenen Qualitätsindikatoren das gesamte Krankenhaus als Standort unwirtschaftlich machen, kann ein Verstoß gegen Art. 14 Abs. 1 S. 1 GG gegeben sein.

cc) Art. 3 GG

Der Schutzbereich des Art. 3 Abs. 1 GG gibt ein subjektiv-öffentliches Recht auf die Gleichbehandlung. Dieser Gleichbehandlungsgrundsatz soll vor einer Ungleichbehandlung gleicher Normadressaten schützen. Damit ergibt sich die Notwendigkeit, die Gruppe der Normadressaten genau zu definieren.

⁴² Siehe Jaeger in Prütting (2012: § 823 RdNr. 99).

⁴³ Vgl. Ulsenheimer (2006).

Für die Krankenhausplanung bedeutet dies, die Krankenhäuser entsprechend ihrer Versorgungsstufe mit gleichen Qualitätskriterien zu belegen. Die Aufteilung in Grund-, Regel- und Schwerpunkt- oder Maximalversorger muss berücksichtigt sein, wenn Qualitätskriterien definiert werden. Ebenso ist eine Gleichbehandlung der definierten Fachabteilungen, die sich an der ärztlichen Weiterbildungsordnung orientiert, geboten, um keine Ungleichbehandlung der Normadressaten zu verursachen. Zusätzlich ist bei der Festlegung von Qualitätsindikatoren seitens der Planungsbehörde zu beachten, dass eine Gruppe von Leistungserbringern gleich behandelt wird, die ein gleichwertiges Versorgungsspektrum für bestimmte Indikationen bei Patienten abdeckt. Hier könnte sich eine Ungleichbehandlung ergeben, wenn in unterschiedlichen Fachabteilungen Patienten mit der gleichen Indikation behandelt werden, sich die Qualitätskriterien jedoch nur auf die eine der beiden versorgenden Fachabteilungen beziehen. In der Vergangenheit gab es diese Abgrenzungsprobleme bei Schlaganfallpatienten.

e) Zwischenfazit

Grundsätzlich ist der Landesgesetzgeber formellrechtlich befugt, Qualitätsanforderungen im Landeskrankenhausgesetz festzuschreiben.

Fraglich ist aber, ob die in § 13 Abs. 1 KHGG NRW benannten Planungsgrundsätze, die besondere und überregionale Aufgaben und Vorgaben für die notwendigen aufeinander abzustimmenden Versorgungsangebote nach ihrer regionalen Verteilung, Art, Zahl und Qualität als Kompetenz genügen, um detaillierte Qualitätsanforderungen, wie beispielsweise Stellenschlüssel festzuschreiben.

Das Landesrecht verleiht jedoch der Krankenhausplanungsbehörde eine weiter gehende Kompetenz, um Qualitätsindikatoren in die Planung einzuführen. Diese Kompetenz folgt aus dem § 12 Abs. 2 Satz 1 KHGG NRW, nach dem die Krankenhausplanung u.a. eine Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zum Ziel hat. Hierbei sind aber ebenso die wohnortnahe, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung als gleichwertige Ziele mit in eine Abwägung einzubeziehen. Die Leistungsfähigkeit umfasst, wie oben ausgeführt, ebenso die Gewährleistung von personellen und strukturellen Standards eines Krankenhauses. Hierbei könnte die Planungsbehörde, ähnlich wie bei den Fachgebieten der ärztlichen Weiterbildung für die Krankenhausplanung, eine Referenz bei den anerkannten medizinischen Standards von Fachgruppen als Maßstab wählen.⁴⁴ Dabei ist aber zu beachten, dass diese Indikatoren erst im Be-

⁴⁴ Vgl. beispielsweise Abschnitt B zu den Fachgebieten in der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein vom 1. Oktober 2005 in der Fassung vom 1. Januar

scheid für das einzelne Krankenhaus eine Rechtswirkung nach außen hätten. Ebenso müssen im Rahmen der Abwägung der Ziele die Qualitätsindikatoren im Einklang mit der Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstrukturen sein. Somit muss die Planungsbehörde immer die Auswirkungen der Qualitätsindikatoren auf die Wohnortnähe und die Wirtschaftlichkeit berücksichtigen.

Unter Beachtung der verfassungsrechtlich gewährleisteten Berufsausübungsfreiheit muss eine Vorgabe von Qualitätsindikatoren zudem unter Beachtung des Schutzbereiches der Grundrechte der Normadressaten erfolgen, weil ansonsten damit die erteilte Planungskompetenz für die Krankenhausplanung überschritten sein könnte.⁴⁵

Somit muss die Planungsbehörde aufgrund der grundrechtlichen Relevanz eine Verhältnismäßigkeitsprüfung bei der Definition von Qualitätsvorgaben vornehmen. Je weitgehender in den Schutzbereich des jeweiligen Grundrechts eingegriffen wird, umso höher fällt der Maßstab für den Rechtfertigungsgrund aus. Zum Schutz der körperlichen Unversehrtheit der Patienten als hohes Rechtsgut ist in die Grundrechte der Krankenhausträger einzugreifen, wenn der Eingriff auf Basis eines fundierten medizinischen Standards der Fachdisziplin, beispielsweise einer allgemein anerkannten Leitlinie, erfolgt. Ebenso sind immer Alternativen zum Eingriff zu prüfen. Hierbei ist immer der im Verhältnis zum Schutzbereich des Grundrechtes mildeste Eingriff geboten, um die Schutzsphäre des Grundrechtes nicht unverhältnismäßig einzuengen. Jedes oben genannte Grundrecht ist dabei gesondert im Rahmen der Verhältnismäßigkeit zu prüfen.

2.5.3 Verhältnis Bundes- und Landesrecht bei der Krankenhausplanung

Aufgrund der Kompetenz des Bundes für das Leistungs- und Leistungserbringerrecht, bspw. im SGB V, und der Kompetenz der Länder für die Krankenhausplanung im Rahmen der Daseinsvorsorge, sind bei der Krankenhausplanung die unterschiedlichen Zielsetzungen des Bundes und der Länder immer wieder auszubalancieren. Ebenso gibt es in der Krankenhausversorgung einen fast schon natürlichen Grundkonflikt zwischen der Finanzierung der Betriebskosten im Rahmen des DRG-Systems und der Investitionsfinanzierung bei Krankenhäusern, der aus der dualistischen Krankenhausfinanzierung resultiert. Aufgrund der aktuellen Diskussion um

2012, <http://www.aekno.de/downloads/aekno/wbo-nordrhein-2012-01.pdf>; Zugriff am 7.2.2012.

⁴⁵ Siehe verfassungsrechtliche Darstellung am Beispiel der rechtlichen Zulässigkeit regionaler Behandlungsmonopole am Beispiel der Brustzentren in NRW; Fritz (2008).

die Mindestmengenregelung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wird ein Schwerpunkt auf diesen Aspekt gelegt, weil hierbei der Schnittstelle Bundes- und Landesrecht entscheidende Bedeutung zukommt. Ebenso wird der Frage weiter gehender Qualitätskriterien durch die Landeskrankenhausplanung nachgegangen.

a) Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 und Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V

Der § 137 SGB V dient der Durchführung der Qualitätssicherung in den Sektoren Krankenhaus und ambulante vertragsärztliche Versorgung. Im Rahmen der Fortentwicklung der Vorschrift, die zuerst nur für den stationären Bereich galt und im Zusammenhang mit den Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 112 SGB V stand, erfolgte keine umfassende Umsetzung.⁴⁶

Die Regelung des § 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V bezieht sich auf zugelassene Krankenhäuser. Danach fasst der G-BA für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten Beschlüsse über einen Katalog von planbaren Leistungen. Diese Beschlüsse bedürfen keines weiteren Umsetzungsaktes und gelten unmittelbar für die zugelassenen Krankenhäuser. Die Beschlüsse beziehen sich auf Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses im besonderen Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt. Die Mindestmengen werden pro Arzt oder pro Krankenhaus festgelegt. In dem Fall, dass die erforderlichen Mindestmengen bei planbaren Leistungen nicht erreicht werden, dürfen entsprechende Leistungen nicht erbracht werden. Die Landesbehörden für Krankenhausplanung kann Leistungen aus dem Katalog nach § 137 S. 1 Abs. 3 Nr. 2 SGB V bestimmen, bei denen die flächendeckende Versorgung gefährdet ist.

Die Systematik der Vorschrift § 137 SGB V sieht wie folgt aus: Der Absatz 1 enthält die für alle medizinischen Behandlungen vorgesehenen Maßnahmen der Qualitätssicherung, die grundsätzlich nach Absatz 2 sektorübergreifend gelten sollen. Die weiteren Absätze 3 und 4 sind sektorspezifisch geregelt, und zwar zum einen für die stationäre Versorgung, zum anderen für Füllungen und Zahnersatz (Sektor zahnärztliche Versorgung). Allgemeine Maßnahmen sind in den Richtlinien getroffen, ergänzende Maßnahmen (Abs. 3 und 4) finden sich in Beschlüssen. Die Richtlinien entfalten normative Wirkung und sind damit für die Leistungserbringer unmittelbar verbindlich. Für die zugelassenen Krankenhäuser sind die Beschlüsse nach § 137 Abs. 3 S. 6 SGB V verbindlich. Die Beschlüsse

⁴⁶ Vgl. Becker in Becker/Kingreen (2010: § 137 RdNr. 1).

besitzen Vorrang vor den Landesverträgen nach § 112 SGB V. Im Kollisionsfalle werden diese Landesverträge durch die Beschlüsse des G-BA ersetzt.

b) Aktuelle Rechtsentwicklung der Mindestmengen

Ab 1. Februar 2012 ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) rechtskräftig, der die Änderung der Mindestmengenregelung zur Behandlung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm bis zu einer Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) aussetzt. Mit seiner Entscheidung der Aufhebung reagiert der G-BA auf das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 21. Dezember 2011⁴⁷, welches die vom G-BA beschlossene Erhöhung der Mindestmenge von 14 auf 30 für rechtswidrig und damit nichtig erklärte.⁴⁸

Das Landessozialgericht hebt den Aspekt hervor, dass die vom Gesetz geforderte „besondere“ Abhängigkeit der Leistungsqualität von der Leistungsmenge nicht hinreichend belegt sei. Nach einem IQWiG-Gutachten im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses vom August 2008 seien keine kausalen Zusammenhänge zwischen Leistungsmengen und Leistungsqualität bei der Versorgung Frühgeborener nachweisbar. Unabhängig davon sei der Bezug der Mindestmenge zur Gruppe der Frühgeborenen unter 1.250 Gramm willkürlich. Offen bleibt, welches Evidenzniveau das Gericht als notwendig oder genügend ansieht. Es sei für das Gericht nicht nachvollziehbar, warum der G-BA nämlich gleichzeitig jegliche Mindestmenge für die Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht zwischen 1.250 und 1.500 Gramm aufgegeben habe. Aktuell ist die Entscheidung des BSG abzuwarten.

Ein Krankenhaus, welches die Mindestmengen wahrscheinlich nicht erreichen wird, ist von der Leistungserbringung ausgeschlossen. Die gesetzliche Konstruktion ist für eine Sanktion unüblich, weil sie aus der Logik der Budgetverhandlungen folgt. Die gesetzliche Logik resultiert aus der Vorhersage von den Pflegesatzpartnern bei den prospektiven Verhandlungen des Budgets und ist erheblich durch die Fallzahlen des Vorjahres bestimmt. Daraus ergibt sich eine Festlegung von neuen Mindestmengen jeweils zum Jahresbeginn durch den G-BA.

c) Krankenhausplanung und Mindestmengen

⁴⁷ Vgl. Landessozialgericht Brandenburg Az.: L 7 KA 64/10 KL vom 21.12.2011.

⁴⁸ Das Urteil ist nicht rechtskräftig. Der G-BA kündigte eine Berufung vor dem BSG an.

Die zuständigen Behörden für die Krankenhausplanung können gemäß § 137 Abs. 3 S. 3 SGB V Ausnahmen von den Mindestmengen zulassen. Auf Antrag von Krankenhäusern können Ausnahmen von der Verbindlichkeit durch die zuständige Landesbehörde erklärt werden, wenn ohne Ausnahmen die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährdet ist. Die Einschätzung der Gefährdung muss jedoch in der spezifischen Versorgungssituation des Landes begründet sein und nicht auf allgemeinen Erwägungen beruhen. Die Ausnahmetatbestände sind in der Anlage zu Mindestmengenvereinbarung geregelt und sind dann einschlägig, wenn beispielsweise neue Abteilungen aufgebaut werden oder die Ausbildung von Assistenzärzten ermöglicht wird.⁴⁹ Damit haben die Bundesländer die Möglichkeit, von Mindestmengen abzuweichen und den Erfordernissen der spezifischen Versorgungssituation gerecht zu werden.

d) Auswirkungen auf Krankenhausplanung und Kompetenz hinsichtlich eigener Qualitätsmerkmale der Bundesländer

Die Mindestmengen sind umstritten und es ist aktuell offen, ob und wie die Entscheidung des BSG die Mindestmengendiskussion in eine neue Richtung lenkt. Auf die kritische Diskussion auch wegen einer mangelnden Gesetzgebungskompetenz des G-BA ist hinzuweisen. Aber die Kompetenzverteilung gemäß Art. 74 Abs. 1 Nr. 19a GG bleibt gewahrt, weil die Länder Ausnahmen als planerische Entscheidung zur Sicherstellung der wohnortnahen und flächendeckenden Versorgung vornehmen können.⁵⁰ Es kann aber zu Zielkonflikten bei Qualitäts- und Versorgungszielen kommen, weil Versorgungssicherheit und Bedarfsdeckung andere Entscheidungen der Länder erfordern, die im Widerspruch zu Qualitätszielen durch Mindestmengen stehen. Jedoch darf die Planungshoheit der Länder nicht ausgehöhlt werden,⁵¹ was aufgrund der Beteiligungsmöglichkeit der Krankenhausplanungsbehörden auch gewährleistet ist.

Die Krankenhausplanung ist aber nicht auf die vorgenannte Regelung der Mindestmengen beschränkt. Vielmehr können ergänzende Qualitätsanforderungen einschließlich Vorgaben zur Führung klinischer Krebsregister im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder von den Ländern eingeführt werden. Dies ist im § 137 Abs. 3 S. 9 SGB V geregelt. Somit ergibt sich

⁴⁹ Vgl. Roters, (2011: RdNr. 36) mit Verweis auf Anlage 2 Allgemeine Ausnahmetatbestände gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V; verfügbar unter: http://www.g-ba.de/downloads/83-691-278/Mm-R_2011-11-24_Anlage2.pdf; Zugriff am 12.3.2012.

⁵⁰ Vgl. Roters a.a.O., RdNr. 37 m.w.N.

⁵¹ Vgl. Becker in Becker/Kingreen (2010: RdNr. 11 -14).

eine Möglichkeit für die Länder, gesonderte Voraussetzungen für die Strukturqualität zu normieren und von Plankrankenhäusern zu fordern. In der Regel wird dies beispielweise als Voraussetzung für die Ausweisung im Plan festgelegt. Die Gesetzesbegründung zum § 137 Abs. 3 S. 9 SGB V führt hierzu aus: „Die [...] vorgenommene Regelung, dass ergänzende Qualitätsvorgaben im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zulässig bleiben, stellt klar, dass die bundesgesetzlichen Regelungen zur Qualitätssicherung nicht abschließend sein müssen. Die Landesplanungsbehörde kann also Qualitätskriterien im Rahmen der Krankenhausplanung vorgeben. Beispielsweise könnte sie für bestimmte Krankenhausleistungen Merkmale insbesondere zur Strukturqualität (z.B. Mindestbehandlungszahlen oder Mindestgeburtenzahlen) als Voraussetzung für die Ausweisung im Plan festlegen.“⁵² Aufgrund der schon bereits begründeten Rechte für die Krankenhausplanungsbehörde, diese Qualitätskriterien im Rahmen der Krankenhausplanung zu bestimmen, ist die Regelung im § 137 Abs. 3 Satz 9 SGB V deklaratorisch.

Aktuell ist die Wechselwirkung mit der aktuellen Mindestmengendebatte hinsichtlich dieser weiter gehenden Qualitätskriterien schwer zu bewerten. Es fehlt die klärende Entscheidung des BSG zu den Beschlüssen bei Mindestmengen für Frühgeborene durch den G-BA. Hierbei könnte entscheidend sein, wie insbesondere die Wechselwirkungen zwischen § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V mit Mindestanforderungen für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (sektorübergreifend) und der Regelung im § 137 Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V (Krankenhaussektor) vom BSG bewertet wird. Ein Regelungskonflikt könnte sich ergeben, wenn das Land über die Regelungsbereichweite im § 137 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V hinausgeht oder Unterschreitungen erlaubt. Damit wäre die zentrale Funktion des G-BA bei der Feinsteuerung der medizinischen Versorgung und ihrer Qualitätssicherung infrage gestellt. Der Wortlaut und die Systematik deuten auf einen Vorrang für den G-BA, wenn und soweit es um Qualitätssicherungsmaßnahmen geht. Die Bundesländer müssten insoweit ihre Krankenhausplanung hieran ausrichten. Dies dürfte sich so auswirken, dass bei bundeseinheitlichen Vorgaben durch Beschlüsse des G-BA diese vorgehen, wenn sich eine Zielidentität zwischen G-BA-Regelung und krankenhauplanerischer Vorgabe ergeben würde. Dies wäre beispielsweise nicht der Fall, wenn die Bundesländer abweichende Regelungen treffen, um bestimmte Investiti-

⁵² BT-Drs. 16/3100. 16. Wahlperiode 24.10.2006; Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG), S. 147. Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/031/1603100.pdf>; Zugriff am 12.2.2012.

onsmittel für medizinische Schwerpunkte, wie Perinatal-Schwerpunkte, oder die wohnortnahe Versorgung abzusichern. Bei konkreten bundeseinheitlichen Qualitätsvorgaben durch den G-BA erscheint eine Abweichung durch einzelne Krankenhausplanungsbehörden zweifelhaft, weil diese Vorgaben grundsätzlich den medizinischen Standard widerspiegeln sollen.

Auch im Entgeltsystem ist eine Abweichung von bundesrechtlichen Vorgaben möglich. Hier ist auf das Instrument der Sicherungszuschläge nach § 17b Abs. 1 S. 6 KHG zu verweisen. Hiernach können die Bundesländer von den Vorgaben des Entgeltsystems abweichen, um die Vorhaltung der für die Versorgung notwendigen Leistungseinheiten zu gewährleisten. Dieses Instrument legt seinen Schwerpunkt auf die bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung. Der Wortlaut hat keine Bedeutung für Sicherungszuschläge im Rahmen von geänderten Qualitätsvorgaben durch die Landeskrankenhausplanung.

2.5.4 Gewährleistung von Strukturqualitätsanforderungen per Telemedizin

In den letzten Jahren hat die Zahl von telemedizinischen Anwendungen erheblich zugenommen. Unter Telemedizin wird die Anwendung von Kommunikations- und Informationstechnologie (Telematik) im Gesundheitssystem gefasst, wenn sich die Teilnehmer an der Patientenversorgung an verschiedenen Orten befinden.⁵³ Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, ob es rechtlich zulässig ist, dass bestimmte Anforderungen an die personelle Ausstattung eines Krankenhauses mit Hilfe von Telematiklösungen erfüllt werden können. Diese Frage wird am Bereich der Teleradiologie vertieft, die als Querschnittfach mit ihren bildgebenden Verfahren für andere Fachdisziplinen herausragende Bedeutung hat.

Die Anwendung von Telematiklösungen im Gesundheitswesen ist immer an der konkreten Anwendung und hinsichtlich verschiedener betroffener Rechtsgebiete zu bewerten.

⁵³ Zu einem Beispiel der telemedizinischen Überwachung von kardiologischen Patienten siehe <http://www.rbk.de/standorte/robert-bosch-krankenhaus/abteilungen/kardiologie/leistungsspektrum/telemedizin.html>; Zugriff am 12.2.2012. Zur rechtlichen Bewertung des Einsatzes der Telemedizin am Beispiel des Rettungsdienstes vgl. Katzenmeier/ Schrag-Slavu (2010).

Tabelle 2: Durch die Telematik im Gesundheitswesen betroffene Rechtsgebiete

Auswirkung der räumlichen Distanz	Betroffene Rechtsgebiete
Eingeschränkte Wahrnehmung	Haftungsrecht, Berufsrecht
Unvollständige Leistung	Vergütung und Haftung
Unbemerkte und unzulässige Delegation	Haftung, Vergütung
Übertragung personenbezogener Daten	Datenschutz, Schweigepflicht
Divergierendes Rechtsterritorium	Internationales Privatrecht, Einstandspflicht soziale Sicherheitssysteme

Quelle: Dierks (2005: 635)

a) Telemedizinische Anwendungen und juristische Bewertung

Die Bandbreite der telemedizinischen Anwendungen geht heute von der Überwachung von chronisch Kranken über Assistenzsysteme im Notfall bis hin zur gemeinsamen Behandlung von Patienten durch vernetzte Leistungserbringer. Die Anwendungen stehen aktuell in der Regel immer im Zusammenhang mit einem Versorgungskonzept für Patienten. Ebenso werden die Anwendungen in die sogenannten Selektivverträge, wie die der integrierten Versorgung, zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern eingebunden.⁵⁴

Allgemein gibt es folgende juristische Aspekte, die in der Regel bei den telemedizinischen Anwendungen zu berücksichtigen sind. Diese Aufzählung ist nicht abschließend zu verstehen, weil die spezifische Anwendung immer noch weitere Rechtsfragen aufwerfen könnte.

Im Rahmen der Telemedizin kommt § 7 Abs. 4 Musterberufsordnung (MBO-Ä), der in die meisten Landesberufsordnungen für Ärzte übernommen ist, eine entscheidende Rolle zu. Gemäß dieser Vorschrift darf die ärztliche Behandlung eines Patienten nicht ausschließlich virtuell bzw. durch eine Fernbehandlung erfolgen. Auch bei telemedizinischen Verfahren ist danach zu gewährleisten, dass ein Arzt den Patienten unmittelbar behandelt. Dieses Fernbehandlungsverbot beschränkt berufsrechtlich jede Art der Behandlung, welche ohne persönlichen Kontakt erfolgt. Dies bezieht sich auf Indikationsstellung und Therapie, sobald es um die konkrete Therapie eines Patienten geht. Hierbei ist dies aber nicht als genereller Ausschluss jeder Beteiligung eines Arztes an einer Behandlung zu verstehen, wo er nicht persönlich vor Ort ist. Jedoch stellt der § 7 Abs. 3 MBO-Ä kein generelles Verbot der Telemedizin dar. Im Rettungsdienst ist beispielsweise

⁵⁴ Vgl. Rupp (2011).

fraglich, ob die Bereitstellung von Patientendaten per Telemetrie oder Echtzeitdatenübertragung eine Fernbehandlung nach § 7 Abs. 4 MBO-Ä darstellt, wenn der Arzt jede angeordnete Maßnahme vom Rettungsdienstpersonal unmittelbar datenbasiert nachvollziehen kann.⁵⁵

Die Delegation von ärztlicher Tätigkeit ist ein weiterer Punkt, wenn es um die telemedizinischen Anwendungen geht. Dabei sind unter Delegation ärztlicher Leistungen die Übertragung und die Durchführung einer medizinischen Maßnahme durch einen Arzt auf nichtärztliches Personal zu verstehen, wobei dies immer nur zur Assistenz und nicht zu eigener Heilkundetätigkeit führt. Im Rahmen der Notkompetenz für die Rettungsassistenzen wurde die Delegation diskutiert und unter bestimmten Voraussetzungen als zulässig qualifiziert.⁵⁶ Aktuell wird die Novellierung der Regelungen diskutiert, aber es gibt immer noch erhebliche Kritik an einer Substitution von ärztlichen Leistungen im Rettungsdienst, auch wenn diese telemedizinisch unterstützt sind. Diese Substitution von ärztlichen Leistungen resultiert insbesondere aus dem Ärztemangel, der regional eine flächendeckende Versorgung mit Notärzten erschwert.

Insgesamt sind die bisher großen Erwartungen an die Telemedizin nur sehr begrenzt erfüllt worden. Es scheiterte bei den Anwendungen häufig an der Tauglichkeit für die Praxis. Im gerade beschlossenen „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) ist der Einsatz von Telemedizin im ländlichen Bereich vorgesehen. Ebenso hat das „Neurologische Telekonsil bei Behandlung des akuten Schlaganfalls“ seit Januar 2011 eine OPS-Komplexziffer 8-98b („Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls“). Damit ist es eine abrechenbare Regelversorgung. Jedoch muss hierfür beispielsweise ein Facharzt für Neurologie nur für das Telekonsil abgestellt werden.

Für bestimmte Bereiche gibt es ferner noch spezialrechtliche Vorgaben, die eingehalten sind. Dies wird nun im Hinblick auf die Teleradiologie verdeutlicht.

b) Teleradiologie – spezialrechtliche Regelung Röntgenverordnung (RöV)

Die ärztliche Tätigkeit im Bereich der Radiologie unterliegt der RöV. Diese Verordnung gibt eine Definition für die telemedizinische Untersuchung

⁵⁵ Vgl. dazu Katzenmeier/Schrag-Slavu (2010), die darin keinen Verstoß gegen die Musterberufsordnung der Ärzte sehen.

⁵⁶ Vgl. hierzu die Stellungnahme der Bundesärztekammer. Verfügbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/baek_stellungnahme_rettungsassistenten.pdf; Zugriff am 12.2.2012.

bzw. Behandlungen im § 2 Nr. 24 RöV vor: „Teleradiologie: Untersuchung eines Menschen mit Röntgenstrahlung unter der Verantwortung eines Arztes nach § 24 Abs. 1 Nr. 1, der sich nicht am Ort der technischen Durchführung befindet und der mit Hilfe elektronischer Datenübertragung und Telekommunikation insbesondere zur rechtfertigenden Indikation und Befundung unmittelbar mit den Personen am Ort der technischen Durchführung in Verbindung steht.“

Eine Voraussetzung der Anwendung dieser Vorschrift auf Untersuchung und Behandlung ist aber, dass es sich um eine Röntgeneinrichtung i.S.v. § 1 RöV handelt. Ebenso mit einbezogen sind aber Untersuchungen mit dem Computertomographen (CT), die beispielsweise im Rahmen des Fachnachweises für Röntgenstrahlen bei der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe mit umfasst sind.⁵⁷ Das Magnetresonanztomographie-Verfahren (MRT) ist ähnlich wie Ultraschall nicht von der Röntgenverordnung erfasst und kann nicht als teleradiologische Untersuchung genehmigt werden. Jedoch ist das MRT dem Fachgebiet Radiologie zugeordnet und ist damit ähnlich wie die Teleradiologie zu bewerten.⁵⁸ Um nicht gegen den § 7 Abs. 4 MBO-Ä bzw. die umgesetzte Landesordnung zu verstoßen, ist eine Durchführung der Untersuchungen bei Telemedizin mit der zuständigen Ärztekammer abzustimmen.

Für den Bereich der Teleradiologie nach der RöV gelten gem. § 3 Abs. 4 RöV nachstehende Bedingungen, die der Gesetzgeber im Zuge der Novellierung der RöV im Jahre 2002 festgelegt hat. Nach § 3 Abs. 4 Nr. 3 RöV ist der Einsatz teleradiologischer Systeme genehmigungspflichtig. Um zu verhindern, dass die Anwendung der Teleradiologie dazu führt, dass an einem Krankenhaus generell keine Person nach § 24 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 RöV mehr vorhanden ist, wird nach § 3 Abs. 4 S. 3 RöV die Teleradiologie in der Regel nur für den Fall des Nacht- und Wochenenddienstes genehmigt. Dies resultiert daraus, dass eine durchgehende Versorgung mit entspre-

⁵⁷ Siehe Merkblatt Fachkunde Strahlenschutz in der Medizin, Ärztekammer Nordrhein, Mai 2009 verfügbar unter: <http://www.aekno.de/downloads/aekno/merkroeV-2006.pdf>; Zugriff am 12.2.2012.

⁵⁸ Das MRT ist auch Teil der Radiologischen Weiterbildung. Siehe Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein vom 1.10.2005 in der Fassung vom 1.1.2012, zum Fachgebiet Radiologie: Siehe <http://www.aekno.de/page.asp?pageID=9618#radiologie>; Zugriff am 12.2.2012. Dies gilt ebenso für die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Verfügbar unter: http://www.aekwl.de/fileadmin/weiterbildung/doc/WBO_01.01.2012/Merkbl%C3%A4tter/WO2012_Radiologie.pdf; Zugriff am 12.3.2012. Siehe ebenso Cramer (2001: 128), der sich auf eine Entscheidung des BSG bezieht, in der den Orthopäden die Berechtigung zur Erbringung von MRT-Untersuchungen abgesprochen wurde.

chend fachkundigem Personal in dieser Zeit nicht immer gewährleistet werden kann. In Einzelfällen kann die zuständige Behörde nach § 3 Abs. 4 S. 4 RöV den Einsatz der Teleradiologie ebenso für die Zeiträume außerhalb des Nacht- und Wochenenddienstes genehmigen. Eine solche Genehmigung ist auf drei Jahre befristet (§ 3 Abs. 4 S. 5 RöV). Wie auch in allen übrigen Anwendungsfällen von Röntgenstrahlung am Menschen bedarf die Teleradiologie ferner einer rechtfertigenden Indikation nach § 23 Abs. 1 RöV. Diese muss durch einen Arzt mit Gesamtfachkunde im Strahlenschutz nach § 23 Abs. 1 Nr. 1 RöV erstellt werden. Der Arzt hat ebenso die Befundung vorzunehmen und damit die Gesamtverantwortung für die Anwendung der Röntgenstrahlung am Menschen zu übernehmen. Jedoch muss sich der für das Stellen der rechtfertigenden Indikation befugte Arzt nicht – wie in sonstigen Anwendungsfällen – am Ort der Untersuchung oder in dessen unmittelbarer Nähe aufhalten. Für die technische Seite der Anwendung muss eine Person nach § 24 Abs. 2 Nrn. 1 oder 2 RöV zur Verfügung stehen. Erforderlich ist darüber hinaus die Anwesenheit eines Arztes mit Kenntnissen im Strahlenschutz. Falls also am Untersuchungsort ein medizinisch-technischer Röntgenassistent (MTRA) die Röntgenuntersuchung technisch durchführt und kein Arzt mit Gesamtfachkunde im Strahlenschutz vor Ort ist, muss dort sichergestellt sein, dass ein anderer Arzt für medizinisch notwendiges Handeln unmittelbar zur Verfügung steht. Dieser muss zumindest über das Fachwissen im Strahlenschutz verfügen, das es ihm ermöglicht, die Vorgaben des verantwortlichen Arztes nachzuvollziehen und gemeinsam mit dem MTRA die Untersuchung durchzuführen. Eine unmittelbare Zusammenarbeit zwischen dem Arzt nach § 3 Abs. 4 S. 2 Nr. 1 RöV einerseits und dem MTRA sowie dem Arzt am Untersuchungsort des Patienten andererseits muss organisatorisch und technisch sichergestellt sein. Der fachkundige Arzt muss somit unter Mitwirkung der Personen am Untersuchungsort alle für die rechtfertigende Indikation erforderlichen Informationen erlangen und darüber hinaus auch während der Untersuchung des Patienten mittels direkten fernmündlichen Kontakts erforderlichenfalls Einfluss nehmen können. Weiterhin wird die Qualitätssicherung der technischen Komponenten des teleradiologischen Systems einschließlich der Übertragungswege vorausgesetzt, die durch Abnahmeprüfungen von einem Sachverständigen und durch Nachweis der Funktionsfähigkeit des Datenübertragungssystems zu erbringen ist. Ebenso soll der verantwortliche Arzt in angemessener Zeit am Untersuchungsort sein (§ 3 Abs. 4 S. 2 Nr. 1 RöV). Macht der Antragsteller im Genehmigungsverfahren Gründe dafür geltend, dass der Arzt nach § 3 Abs. 4 S. 2 Nr. 1 RöV nicht selbst innerhalb eines entsprechenden Zeitraumes vor Ort sein kann, kann die Behörde die Genehmigung zur Teleradiologie ebenso erteilen, wenn im Einzelfall sichergestellt ist, dass eine sonstige Person nach § 24 Abs. 1 Nr. 1 RöV rechtzeitig am Ort der Untersuchung eintrifft. Der Zeitraum bis zum Eintreffen des Arztes mit der erforderlichen

derlichen Fachkunde im Strahlenschutz sollte grundsätzlich nicht mehr als 45 Minuten betragen. Der § 3 Abs. 4 S. 2 Nr. 6 RöV soll vor allem das Risiko des Patienten bei komplexen Untersuchungen verringern. Diese Vorschrift behindert aber zugleich eine überregionale Ausweitung teleradiologischer Kommunikationssysteme.⁵⁹ Die erforderlichen Unterlagen für eine Genehmigung der Teleradiologie in Nordrhein-Westfalen umfassen 17 Einzelpositionen, z.B. Bescheinigung Fachkunde im Strahlenschutz für alle Teleradiologen nach § 3 Abs. 4 Nr. 1 RöV bis Bescheinigung Strahlenschutzbeauftragte des durchführenden Krankenhauses.⁶⁰ Die Röntgenverordnung gibt damit den Rahmen vor, in welchem Umfang teleradiologische Leistungen, inkl. CT-Leistungen, erbracht werden können. Diese Vorgaben sind bei entsprechenden Qualitätsvorgaben zu beachten. Im Bereich der Teleradiologie sind diese zuvor benannt worden. Damit kann die Krankenhausplanungsbehörde vorsehen, dass in bestimmten Fällen Strukturvorgaben durch telemedizinische Lösungen erfüllt werden.

2.6 Zusammenfassung und Fazit

Die Systeme der Qualitätssicherung wurden in den letzten zehn Jahren in Deutschland stark ausgebaut. So sind Krankenhäuser seit dem Jahr 2003 beispielsweise dazu verpflichtet, alle zwei Jahre einen sog. Strukturierten Qualitätsbericht zu veröffentlichen, der sowohl die Patienten als auch die einweisenden Ärzte über Leistungen und Qualität der Krankenhäuser informieren soll. Im Jahr 2010 trat eine Richtlinie in Kraft, die die sektorenübergreifende Qualitätssicherung regelt. Des Weiteren sind seit dem Jahr 2011 182 Qualitätsindikatoren veröffentlichungspflichtig (davor nur 28). Auch die Einführung der Diagnosis Related Groups (DRGs) im Jahr 2003 hat wesentlich dazu beigetragen, die Datenverfügbarkeit zu erhöhen.

Der Ausbau der Qualitätssicherungssysteme führt dazu, dass mehr Daten zur Verfügung stehen als je zuvor, um die Qualität der Krankenhausversorgung zu beurteilen. Mehr Transparenz und die Offenlegung von Qualitätsunterschieden zwischen den Krankenhäusern sind die Folge. Mit der Verfügbarkeit von Qualitätsdaten sind somit die technischen Voraussetzungen geschaffen, die es den Ländern grundsätzlich ermöglichen, eine Berücksichtigung von Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung zu operationalisieren.

⁵⁹ Vgl. die ausführliche Darstellung bei Wigge et al. (2010). Siehe ebenso Walz (1999).

⁶⁰ Siehe Aufzählung bei Schütze (2007).

Allerdings wird teilweise kritisiert, dass die zur Verfügung stehenden Qualitätskriterien nur Hinweise für eine "gute" bzw. "schlechte" Qualität liefern würden und keinesfalls Nachweise oder Beweise (vgl. Blum 2011). Die Qualitätskriterien würden zwar den Krankenhäusern zur internen Qualitätsverbesserung dienen und dazu auch "sehr erfolgreich" genutzt werden, seien aber als direktes Maß für Qualität ungeeignet, sondern eher ein "Werkzeug, das Aufmerksamkeit auf potenzielle Probleme lenken kann, die eine intensive Überprüfung innerhalb einer Organisation bedürften könnten" (Blum 2011: 4). Insofern gilt es zu überprüfen, welche Qualitätsindikatoren tatsächlich geeignet sind bzw. wären, um im Rahmen der Krankenhausplanung berücksichtigt zu werden und welche Qualitätsindikatoren dagegen vielmehr nur krankenhausintern für Qualitätsverbesserungszwecke zu verwenden sind.

Der stationären Versorgung in Deutschland wird insgesamt eine gute Qualität bescheinigt (vgl. z. B. Mansky 2011). Die Daten der Qualitätssicherung zeigen, dass sich die Qualität in der deutschen Krankenhausversorgung zunehmend verbessert. Dennoch können punktuell Qualitätsmängel festgestellt werden. Diese betreffen in Bezug auf die Strukturqualität insbesondere den Mangel an Ärzten sowie an Pflegefachkräften, der auch zu Einschränkungen in der Behandlungsqualität führen kann. Bezogen auf die Ergebnisqualität sind vor allem nosokomiale Krankenhausinfektionen zu nennen, an deren Folgen bundesweit je nach Schätzung jährlich zwischen 7.500 und 30.000 Patienten sterben und die mit besserer Prävention voraussichtlich zumindest teilweise verhindert werden könnten.⁶¹ Die Änderungen des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2011 haben zum Ziel, die Hygienesituation zu verbessern und damit nosokomiale Infektionen zu verhindern. Des Weiteren sind im Rahmen der externen Qualitätssicherung Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern zu Tage getreten. Der größte Anteil an Besprechungen und Begehungen aufgrund rechnerischer Auffälligkeiten fiel auf die Bereiche Mammachirurgie. Die meisten Stellungnahmen wurden im Bereich der ambulant erworbenen Pneumonie angefordert.

Die punktuellen Qualitätsdefizite sowie die Qualitätsunterschiede zwischen den Krankenhäusern sprechen dafür, dass sich die Länder aufgrund ihrer Sicherstellungsverantwortung im Rahmen der Krankenhausplanung auch mit Qualität beschäftigen. Des Weiteren wird angeführt, dass die Qualitäts-

⁶¹ Vgl. dazu z. B. die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention auf der Homepage des Robert Koch Instituts: http://www.rki.de/cln_011/nn_226778/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/kommission__node.html__nnn=true; Zugriff am 12.03.2012; sowie Kampf et al. (2009).

anforderungen der G-BA nur noch von wenigen Krankenhäusern erfüllt werden könne (vgl. Wagener 2008: 20). Daher sei es teilweise notwendig, dass die Landesbehörde gemäß § 137 Abs. 3 SGB V Leistungen bestimme, die zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung notwendig seien - auch wenn die Mindestmengenvorgaben des GBA nicht eingehalten würden (vgl. Wagener 2008: 20).

Für die Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung gibt es in Nordrhein-Westfalen - wie in anderen Bundesländern auch - eine belastbare rechtliche Grundlage. Spezialrechtlich findet sich dies in § 13 KHGG, die es erlaubt, Vorgaben für die Versorgungsangebote nach regionaler Verteilung, Art, Zahl und Qualität zu machen. Zudem lässt sich die Kompetenz zur Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen auch aus der Aufgabe der Länder gem. § 6 Abs. 1 KHG herleiten, zum Zweck der Sicherung der Versorgung der Bevölkerung mit - u. a. - leistungsfähigen Krankenhäusern Krankenhauspläne aufzustellen. Darüber hinaus stellt auch § 137 Abs. 3 S. 9 SGB V fest, dass die Festlegung von Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder zulässig ist.

Die Kompetenz des Landes zur Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen wird jedoch begrenzt: Zum einen durch die mögliche Zielkonkurrenz, dass nicht nur eine Versorgung mit leistungsfähigen, sondern auch mit eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen zu gewährleisten ist. Zum anderen durch die Tatsache, dass ein eine solche Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen immer einen Eingriff in die Grundrechte des Krankenhausträger darstellt, so dass besondere Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit - d.h. die Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit - eines solchen Eingriffs gestellt werden müssen.

3 Bestandsaufnahme und Bewertung möglicher Qualitätskriterien

3.1 Datengrundlagen

Die Bestandsaufnahme möglichen Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung basiert auf insgesamt sechs verschiedenen Datenquellen (Tabelle 3).

Tabelle 3: In die Bestandsaufnahme möglicher Qualitätskriterien einbezogene Datenquellen

Datenquelle	Inhalt/Umfang	Anzahl berücksichtigter Quellen
Richtlinien zur Qualitätssicherung des G-BA	Beschlüsse zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	7
OPS-Katalog	Vorgaben zur Strukturqualität (z. B. für die OPS 8-550: Geriatrische Frührehabilitative Komplexbehandlung)	55
Zertifikate von Verbänden / Fachgesellschaften	Vorgaben zur Strukturqualität z. B. Geriatrie: Bundesverband Geriatrie/Qualitätssiegel Geriatrie; Deutsche Krebsgesellschaft/Deutsche Gesellschaft für Senologie: Zertifikate für Brustzentren etc.	32
Vorgaben externe Qualitätssicherung gem. § 137 (1) Nr. 1 SGB V	Prüfung auf Vorgaben zur Strukturqualität	5
Leitlinien der Mitgliedsgesellschaften der AWMF	S3-Leitlinien	15
Krankenhauspläne und -gesetze der Bundesländer	Prüfung auf Angaben zu Qualitätskriterien	alle aktuellen Gesetze und Pläne (jeweils 16)

Quelle: IGES

Die Recherche umfasste grundsätzlich alle medizinischen Fachgebiete. Lediglich die Bestandsaufnahme bei den Leitlinien und Zertifikaten fokussierte auf die für die Krankenhausplanung besonders relevanten Bereiche Innere Medizin, Chirurgie und Notfallversorgung. Mit der Onkologie, Geriatrie

und Schlaganfallversorgung fanden zudem auch wesentliche fachübergreifende Versorgungsbereiche Berücksichtigung.

3.2 Vorgehen

Die Grundlage für die Auswertung der oben beschriebenen Quellen bildet eine standardisierte Erhebungsmaske (Tabelle 3).

Tabelle 4: Darstellung der Auswertungsmaske für das Exzerpieren von Qualitätskriterien

0.	Angaben zur Quelle
0.1	Quelle- Titel
0.2	Quelle - Kurzbezeichnung
0.3	Quelle-Pfad
0.4	Durchgesehene Teile der Quelle
0.5	ggf. Versorgungstufe / Zentrumsart für die die folgenden Kriterien gelten sollen
1	In der Quelle enthaltene Strukturvorgaben
1.1	Vorgaben für Gesamthaus - Quelle enthält Vorgaben zu:
1.1.1	Bettenzahl (gem.KH-Plan)
1.1.2	Fallzahl
1.1.3	Vorzuhaltende Fachabteilungen
1.1.4	Versorgungsstufe (gem.KH-Plan)
1.1.5	Erreichbarkeit der Einrichtung
1.1.6	Sonstige Strukturvorgaben für Gesamthaus
1.2	Vorgaben für Fachabteilung insgesamt
1.2.1	Bettenzahl (gem.KH-Plan)
1.2.2	Fallzahl
1.3	Vorgaben für Personal
1.3.1	Ärztliches Personal
1.3.2	Pflege
1.3.3	Therapeuten
1.3.4	Sonstiges Personal
1.4	Apparative Ausstattung
1.4.1	Diagnostik
1.4.2	Monitoring
1.4.3	Therapie
1.5	Räumliche Voraussetzungen
1.5.1	Station
1.5.2	Patientenzimmer
1.5.3	therapeutische Räumlichkeiten
1.5.4	Funktionsräume
1.5.5	Sonstige Räumlichkeiten
1.6	Mengen- und Kapazitätsvorgaben
1.6.1	Fallzahl Diagnose
1.6.2	Fallzahl Prozedur
1.6.3	Kapazitäten (Betten / Plätze)

1.7	Sonstige Strukturvorgaben
1.7.1	Dokumentation
1.7.2	Qualitätssicherung
1.7.3	Kooperationen
2	Umsetzungsstand (bei Zertifikaten)
3	Weitere Angaben zur Quelle
3.1	Explizite Angaben zur fachlichen Fundierung und Leitlinienbezug
3.1.1	Quelle enthält Angaben zu ihrer fachlichen Fundierung
3.1.2	S3-Leitlinien zum Versorgungsbereich der Quelle
3.2	Institution(en), die Quelle erstellt/beschlossen hat/haben
3.3	Datum des Inkrafttretens /gültig bis
3.4	Letzte Änderung
4	Bezugsebenen
4.1	Diagnose(n) - ICD
4.2	Fachabteilungen gem. Schlüssel
4.3	Versorgungsstufe
4.4	Expliziter regionaler Bezug der Quelle
4.5	Versorgungsbereich
4.6	Verfahren - OPS

Quelle: IGES

Neben Angaben zur Quelle, aus der die Daten extrahiert wurden (Abschnitte 0 und 3), wurden die extrahierten Daten danach gegliedert, welchen Bereichen (Gesamthaus, Fachabteilung, Personelle Ausstattung etc.) sie zuzuordnen sind.

Bezüglich der Vorgaben zum Personal wurde weiter erfasst, ob es a) besondere Vorgaben für die Leitung einer Abteilung oder eines Zentrums gibt, b) eine absolute Mindestanzahl an personeller Ausstattung oder c) ein bestimmter Personalschlüssel (z. B. 'eine Pflegekraft je durchschnittlich belegtes Bett') gefordert wird und ob Vorgaben zur zeitlichen Verfügbarkeit des Personals (z. B. 'jederzeit', 'auch an Wochenenden', 'innerhalb von 30 Minuten verfügbar') gemacht werden.

Im Abschnitt 4 (Bezugsebenen) wurde kodiert, auf welchen Versorgungsbereich - abgegrenzt unter anderem über Diagnosen und Fachabteilungsschlüssel - sich die zuvor dargestellten Qualitätsindikatoren beziehen.

Für jede identifizierte Quelle (also ein spezifischer OPS Code, eine S3-Leitlinie, eine G-BA-Richtlinie oder ein Zertifikat) wurde grundsätzlich ein eigenes Auswertungsblatt angelegt. Da die Krankenhauspläne im Gegensatz zu den anderen Quellen ein deutlich breiteres Versorgungsspektrum umspannen, wurde hier für jeden Versorgungsbereich im Krankenhausplan eines Landes (z. B. Onkologie, Schlaganfallversorgung, Geriatrie, Notfallversorgung), für den Strukturqualitätsanforderungen definiert wurden, ein eigenständiges Auswertungsblatt angelegt.

In den Auswertungsblättern wurden nur explizit in der Quelle genannte Strukturqualitätskriterien dokumentiert. Dazu musste z. B. ein erforderliches Gerät explizit genannt oder sprachlich unmittelbar und eindeutig aus einem genannten Verfahren ableitbar sein (z. B. Sonographie - Sonographiegerät).

Da der Fokus der Recherchen auf dem Bereich der Anforderungen an die personelle Ausstattung von Krankenhäusern lag, wurden entsprechende Anforderungen sowohl im Freitext als auch kategorial dokumentiert. Die Dokumentation der anderen Strukturqualitätsanforderungen erfolgte im Wesentlichen kategorial.⁶²

Die in den einzelnen Auswertungsblättern enthaltenen Informationen wurden entlang verschiedener Dimension (z. B. Art des Qualitätskriteriums, betroffene Fachabteilungen, ICD) zusammengeführt und quantitativ wie qualitativ ausgewertet.

Um die Relevanz der verschiedenen Vorgaben für die Krankenhausversorgung und -planung zu prüfen, wurde für jeden Bereich, für den Vorgaben zur Strukturqualität identifiziert wurden, ermittelt, wie viele Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2010 in diesem Bereich tätig waren, wie viele Fälle sie dort kodierten und wie sich beides - die Anzahl der in einem Bereich tätigen Krankenhäuser und die Anzahl der dort kodierten Fälle - seit dem Jahr 2006 entwickelt hat. Grundlage dafür waren die Daten gem. § 21 KHEntgG für die Jahre 2006 und 2010. Die Abgrenzung der Bereiche erfolgt dabei auf unterschiedliche Art und Weise: Am einfachsten ist die Abgrenzung bei den hier untersuchten OPS Codes, die Vorgaben zur Strukturqualität enthalten; die entsprechenden Daten lassen sich dem Datensatz gem. § 21 KHEntgG unmittelbar entnehmen. Viele durch Strukturvorgaben geregelte Bereiche lassen sich hinreichend klar über die zugrunde liegende Hauptdiagnose der Patienten gem. ICD 10 (z. B. C 50 'Bösartige Neubildung der Brustdrüse' für ein Zertifikat für Brustkrebszentren) abbilden. In einigen Fällen mussten für eine klare Abgrenzung eines Bereichs Informationen zur relevanten Hauptdiagnose und der angewendeten Prozedur (OPS-Code) kombiniert werden; teilweise - für die Richtlinien des G-BA zur Kinderherzchirurgie und zur Kinderonkologie - wurde auch das Alter der Patienten berücksichtigt. In seltenen Fällen waren aber sowohl die Hauptdiagnose als auch der OPS-Code und das Alter der Patienten nicht geeignet, um den betroffenen Bereich hinreichend genau abzubilden. Für solche Bereiche - wie z. B. die Geriatrie - wurden dann entsprechende Ab-

⁶² D. h. es wurde z. B. für eine bestimmte OPS dokumentiert, ob in dieser Anforderungen an die apparative Diagnostik einer Einrichtung gestellt wurden oder nicht.

teilungsfallzahlen berücksichtigt, basierend also auf der Anzahl der Fälle, welche die Einrichtungen selbst den verschiedenen Abteilungen zugeordnet haben. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ein Krankenhausfall während seines Aufenthalts auf mehreren Fachabteilungen behandelt werden kann. Um Auszählungen nach Fachabteilung zu ermöglichen und Doppelzählungen von Fällen zu vermeiden, wurde jeder Fall in jeder Fachabteilung nur einmal gezählt, egal wie oft der Fall während seines Krankenhausaufenthaltes auf dieser Abteilung war. Pro Krankenhausfall können so mehrere Abteilungsfälle entstehen. Wird ein Fall beispielsweise von der Intensivmedizin auf die Innere Medizin und wieder zurück auf die Intensivmedizin verlegt, dann gilt er als ein Abteilungsfall auf der Inneren Medizin und ein Abteilungsfall auf der Intensivmedizin.

Im Datensatz gem. §21 KHEntgG sind Fälle enthalten, für die keine Hauptdiagnose kodiert wurde. Ebenso wird nicht bei jedem Krankenhausfall eine OPS kodiert. Der in den entsprechenden Auswertungen angegebene Anteil Fälle mit einer Hauptdiagnose bezieht sich daher immer auf alle Fälle mit einer Hauptdiagnose, der Anteil Fälle mit einer OPS immer auf alle Fälle mit OPS. Die Grundgesamtheiten jeweils aller Fälle können sich daher leicht unterscheiden.

3.3 Ergebnisse der Analyse von Richtlinien des G-BA

Gem. § 137 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V bestimmt der G-BA für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien insbesondere Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizinischer Leistungen; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen.

3.3.1 Identifikation der relevanten Richtlinien

Aus allen aktuellen Richtlinien des G-BA wurden diejenigen ausgewählt, welche a) die Krankenhausversorgung betreffen und b) Aussagen zu Anforderungen an die Strukturqualität erwarten lassen. Dabei handelt es sich um alle Richtlinien mit ausdrücklichem Bezug zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gem. § 137 Abs. 1 S. 1. Nr. 2 SGB V.⁶³

⁶³ <http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/ergebnisqualitaet/>; Zugriff am 12.02.2012. Im telefonischen Kontakt mit dem G-BA wurde abgeklärt, dass es

3.3.2 Inhaltliche Beschreibung der relevanten Richtlinien

Insgesamt wurden sieben Richtlinien ausgewertet (Tabelle 5). Davon regeln drei (RL 3, 6, 7) breite Versorgungsbereiche von Neugeborenen und Kindern bzw. Jugendlichen. Zwei Richtlinien regeln sehr spezifisch den Einsatz bestimmter Behandlungsmethoden bei bestimmten Diagnosen (RL 4, 5). Eine Richtlinie (RL 2) regelt die Versorgung von Patienten mit offen chirurgisch oder endovaskulär behandlungsbedürftigem Bauchaortenaneurysma.

Tabelle 5: Übersicht über die extrahierten G-BA-Richtlinien

Nr	Richtlinie des G-BA zur Qualitätssicherung im stationären Sektor	Inkrafttreten
1	Qualitätssicherungsmaßnahmen bei autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk	2007
2	Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma	2008
3	Vereinbarung zur Kinderonkologie	2007
4	Qualitätssicherungsvereinbarung Positronenemissionstomographie beim NSCLC	2007
5	Qualitätssicherungsvereinbarung Protonentherapie beim Rektumkarzinom	2008
6	Qualitätssicherungsvereinbarung Versorgung von Früh- und Neugeborenen (NICU)	2006
7	Richtlinie zur Kinderherzchirurgie	2010

Quelle: IGES

Entsprechend werden von diesen Richtlinien insbesondere geburtshilfliche und pädiatrische Fachabteilungen, chirurgische/orthopädische Abteilungen und onkologisch ausgerichtete Abteilungen betroffen.

sich dabei tatsächlich um alle für die Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen relevanten Richtlinien handelt.

3.3.3 Regelungsinhalte

Der Regelungsschwerpunkt der untersuchten G-BA-Richtlinien im Hinblick auf die Strukturqualität liegt bei der Spezifizierung von Anforderungen an das - ärztliche - Personal (Tabelle 6, Tabelle 7).

Tabelle 6: Übersicht zu den Regelungsinhalten der G-BA-Richtlinien im Hinblick auf die Strukturqualität

Gesamthaus/ Fachabteilung	Personal	Apparative Ausstattung	Räumliche Voraussetzungen	Mengen und Kapazität	Sonstige	Insgesamt
2	7	5	3	2	7	7

Quelle: IGES

Dabei werden ganz unterschiedliche Vorgaben zur Personalausstattung gemacht (Tabelle 8). In der Regel wird bei den Ärzten eine Facharztqualifikation (z.B. Facharztanerkennung Gefäßchirurgie oder die Anerkennung für den Schwerpunkt Gefäßchirurgie) gefordert, die zumindest der Leiter einer Einrichtung, vielfach aber auch noch andere Ärzte erfüllen müssen. Teilweise werden andere Qualifikationsanforderungen gestellt, z.B. werden bestimmte Erfahrungen ("Erfahrungen in der offenen und arthroskopischen Kniegelenkschirurgie", "mindestens einjährige, ganztägige Tätigkeit in der PET-Diagnostik) oder Nachweise gefordert ("Nachweis über Hospitation bei einem Anwender", RL 1).

In einigen Richtlinien werden auch konkrete Mindestvorgaben für die Anzahl der in einer Einrichtung tätigen Fachärzte gemacht: Gemäß Richtlinie 3 (Kinderonkologie) sollen z. B. in einer Einrichtung mindestens drei Vollzeit tätige Ärzte sein, und die Richtlinie 7 (Kinderherzchirurgie) verlangt ab dem Jahr 2013 mindestens fünf Fachärzte.

Tabelle 7: Anzahl G-BA-Richtlinien, die Vorgaben zu den verschiedenen Berufsgruppen gemacht haben.

	Arzt	Pflege	Therapeuten	Sonstiges Personal	Anzahl Richtlinien insgesamt
Anzahl Richtlinien	7	4	2	2	7

Quelle: IGES

Auch die zeitliche Verfügbarkeit von Ärzten wird teilweise in den Richtlinien spezifiziert: So fordert Richtlinie 3 'in Vollzeit tätige Ärzte', Richtlinie 6 für Einrichtungen zur neonatologischen Versorgung auf dem Level 1 und 2 eine 'permanente Arztpräsenz, die nicht durch einen Bereitschaftsdienst sichergestellt werden kann'.

Tabelle 8: Art und Vorgaben zur Personalausstattung, die von G-BA-Richtlinien, gemacht werden

	Weitere Anforderungen an die Leitung	Erforderliche Personalabs. Anzahl	Personal-schlüssel	Zeitl. Verfügbarkeit	Anzahl Richtlinien insgesamt
Anzahl Richtlinien	5	6	0	2	7

Quelle: IGES

Eine Richtlinie (RL 4) macht eine Mindestmengenvorgabe zur Anzahl von Leistungen, die ein Arzt erbracht haben muss ("mindestens 1.000 selbständig durchgeführte und befundete PET-Untersuchungen zu onkologischen Fragestellungen innerhalb der letzten fünf Jahre"). Vorgaben zum Pflegepersonal sind deutlich seltener als Vorgaben zum ärztlichen Personal. Im Hinblick auf das Pflegepersonal schreiben vier Richtlinien (2, 3, 6, 7) Anforderungen an die Fachpflegequote fest (z. B. "Anteil der Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenpflegern mit einer Fachweiterbildung im Bereich Intensivpflege und Anästhesie (gemäß der Empfehlung der DKG zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege vom 11. Mai 1998) mindestens 50 %"). Richtlinie 3 macht auch Vorgaben zur Anzahl der verfügbaren Pflegekräfte, indem sie vorschreibt, dass in jeder Schicht die Besetzung mit mindestens zwei ausgebildeten Gesundheits- und Kinderkrankenpflegern zu gewährleisten ist. Zur apparativen Ausstattung machen vor allem die Richtlinien mit intensivmedizinischen Inhalten umfangreiche und detaillierte Vorgaben. Dabei werden teilweise spezifische Geräte verlangt (z. B. ein Kardio-MRT in Richtlinie 7), teilweise wird auch nur eine "dem technischen Fortschritt entsprechende

bildgebende Diagnostik" gefordert. Die Anforderungen an die zeitliche Verfügbarkeit der apparativen Ausstattung sind differenziert und reichen von "jederzeit" und "kurzfristig" bis hin zu "täglich" (z.B. Zytostatika-Aufbereitung) und "werktäglich" (Kardio-MRT, RL 7). Räumliche Anforderungen betreffen z. B. die Nähe der Intensivstation zum OP oder die Erreichbarkeit von Funktionsbereichen "ohne Patiententransport außerhalb des klinikeigenen Geländes". RL 6 macht zudem Vorgaben zur Mindestanzahl der vorzuhaltenden neonatologischen Intensivtherapieplätze. Die Vorgaben zum Gesamthaus beziehen sich auf die in einer Einrichtung geforderten Fachabteilungen.

3.3.4 Quantitative Relevanz und Entwicklung

Die Analyse der quantitativen Relevanz der G-BA-Richtlinien zeigt zunächst, dass sich zwei der sieben Richtlinien anhand von ICD und OPS nicht sinnvoll eingrenzen lassen, um eine quantitative Bewertung zu ermöglichen: Für die Richtlinie 1 zur autologen Chondrozytenimplantation fehlt es am spezifischen Prozedurencode im OPS-Katalog, während die Aufnahmekriterien in der Richtlinie zur neonatologischen Versorgung zu unspezifisch gefasst sind, um sie für eine Routinedatenanalyse operativ umzusetzen. Zwei weitere Richtlinien - zur Protonentherapie und zur Positronenemissionstomographie - umfassen nur ein sehr eingeschränktes Teilgebiet der Krankenhausversorgung.⁶⁴ Die beiden Leitlinien zur Kinderonkologie und zur Kinderherzchirurgie decken ein Leistungsspektrum ab, das bei insgesamt immer noch moderaten Fallzahlen von einer vergleichsweise großen Zahl von Einrichtungen erbracht wird. Auch bei der Richtlinie 2 (Bauchaortenaneurysma) verteilt sich eine vergleichsweise überschaubare Fallzahl auf eine größere Zahl von Einrichtungen (Tabelle 9). Vor dem Hintergrund der Vorgaben der Richtlinie, die eine Zentralisierung der Behandlung von Patienten mit einem Bauchaortenaneurysma vorsieht, zeigen die Daten gem. § 21 KHEntgG, dass bei rund drei Vierteln der Fälle die Behandlung regulär beendet wurde und nur 2,4 % in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden. Allerdings lag auch Mortalitätsrate während des Krankenhausaufenthalts mit 2,7 % nicht in einem auffälligen Bereich.⁶⁵

⁶⁴ Auch hier ist zu berücksichtigen, dass das NSCLC im Rahmen des Datensatzes gem. § 21 KHEntgG nicht spezifisch identifiziert werden kann und die hier dargestellten Fallzahlen somit eine Überschätzung der tatsächlichen Relevanz darstellen.

⁶⁵ https://www.iqwig.de/download/Q05-01A_Abschlussbericht_Menge_erbrachter_Leistungen_und_Qualitaet_der_Behandlung_des_BAA..pdf; Zugriff am 13.02.2012.

Tabelle 9: Quantitative Relevanz der Richtlinien des G-BA im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010

Richtlinie	Fälle 2010		Veränd. 2006-2010*	Einrichtungen 2010		Veränd. 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einricht.	Anzahl	in %
RL 1: Qualitätssicherungsmaßnahmen bei autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk	Auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG nicht abgrenzbar						
RL 2 :Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma	2.483	0,06%	17,6%	106	26,6%	-8	-7,02%
RL 3: Vereinbarung zur Kinderonkologie	8.186	0,19%		119	29,9%	119	
RL 4: Qualitätssicherungsvereinbarung Positronenemissionstomographie beim NSCLC	733	0,02%		56	14,1%	56	
RL 5: Qualitätssicherungsvereinbarung Protonentherapie beim Rektumkarzinom**	0	0,00%		0		0	
RL 6: Qualitätssicherungsvereinbarung Versorgung von Früh- und Neugeborenen (NICU)	Auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG nicht abgrenzbar						
RL 7: Richtlinie zur Kinderherzchirurgie	4.300	0,10%		125	31,4%	125	

Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Anmerkung: Richtlinie 2 (I71.02, I71.4 UND OPS 5-384.5-5-384.7, 5-38a.1, 8-842.04, 8-842.14, 8-842.24, 8-842.34, 8-842.44, 8-842.54); Richtlinie 3 (Alter 0-17 UND pädiatrisch-hämatologisch-onkologische Hauptdiagnose); Richtlinie 4 (C34, C39 UND 1-940, 3-75); Richtlinie 5 (C18-C20, C21 UND 8-52a); Richtlinie 7 (Alter 0-18 UND herzchirurgische/kardiologische OPS)

* Aus Platzgründen wurde in dieser und folgenden vergleichbaren Tabellen auf die Wiedergabe der Zahlen für das Jahr 2006 verzichtet. Die Veränderungswerte beziehen sich immer auf das Ausgangsjahr 2006.

** Die entsprechende ICD-OPS-Kombination wurde in den beiden Jahren 2006 und 2010 in Nordrhein-Westfalen nicht kodiert.

3.3.5 Evidenzbasis der Strukturvorgaben in den Quellen

Eine ausdrückliche Evidenzbasierung findet sich in den hier ausgewerteten Richtlinien des G-BA nicht. Sofern es entsprechende Dokumente zu den Tragenden Gründen für die Richtlinien gibt, wird neben dem Verweis auf ausgewählte Studien⁶⁶ teilweise zur inhaltlichen Fundierung lediglich festgestellt: "Eine optimale Strukturqualität scheint für den initialen wie auch fortwährenden Therapieerfolg im Hinblick auf Überlebenswahrscheinlichkeit und Lebensqualität von Bedeutung zu sein."⁶⁷ Teilweise wird der Prozess der Entstehung solcher Richtlinien näher beschrieben, so dass deutlich wird, dass es sich bei diesen Richtlinien um Konsensentscheidungen zwischen den beteiligten Parteien handelt. Darüber hinaus wird der Prozess der Entwicklung der hier relevanten Richtlinien gem. § 137 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V anders als der Entstehungsprozess anderer Richtlinien in der Verfahrensordnung (VO) des G-BA nicht besonders beschrieben bzw. geregelt.⁶⁸ In § 14 Abs. 4 2. Spiegelstrich VO wird vielmehr geregelt, dass Vorgaben § 137 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB V gemacht werden können, wenn für die Bewertung einer medizinischen Methode noch keine ausreichende Evidenz vorliegt. In die Darstellung zu den Tragenden Gründen für die Richtlinie zur Kinderherzchirurgie wurde zudem die Protokollnotiz aufgenommen, dass die in der Richtlinie formulierten Vorgaben zur Strukturqualität nur solange gelten, wie keine Mindestmengen zu diesem Versorgungsbereich vereinbart werden.

3.3.6 Fazit

Es wurden sieben Richtlinien des G-BA identifiziert, die Vorgaben zur Strukturqualität von Krankenhäusern enthalten. Diese sind für die Krankenhäuser bei ihrer Leistungserbringung unmittelbar verbindlich. Eine explizite Evidenzbasierung dieser Richtlinien ist allerdings kaum ersichtlich. Diese Richtlinien machen meist detaillierte Vorgaben v. a. zum - ärztlichen - Personal: seiner Qualifikation, zeitlichen Verfügbarkeit, Anzahl und ggf. zu erfüllenden Mindestmengen. Die Richtlinien treffen in geringerem Umfang Festlegungen zur personellen Ausstattung von Krankenhäusern mit Pflege-

⁶⁶ www.g-ba.de/downloads/40-268-350/2007-03-15-Vb-QS-PET-NSCLC_TrG.pdf; Zugriff am 12.03.2012.

⁶⁷ www.g-ba.de/downloads/40-268-1174/2010-02-18-Kinderherzchirurgie-RL-Erstfassung_TrG.pdf; Zugriff am 12.03.2012.

⁶⁸ www.g-ba.de/downloads/62-492-577/VerfO_2011-01-20_2011-12-17.pdf; Zugriff am 12.03.2012.

kräften und Therapeuten. Insofern Vorgaben zur apparativen Ausstattung gemacht werden, beziehen sich diese v. a. auf die zeitliche und räumliche Verfügbarkeit der Geräte.

Spezifiziert schon der gesetzliche Auftrag, dass die Vorgaben zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität insbesondere für aufwändige medizintechnische Leistungen zu treffen sind, so zeigt die quantitative Abschätzung, dass durch die meisten Richtlinien des G-BA zur Strukturqualität nur ein kleiner Teil der Krankenhausversorgung unmittelbar berührt wird. Allerdings lässt sich die Anzahl der von den RL 1 und 6 betroffenen Fälle und damit Einrichtungen nicht genau abschätzen, wobei bei der RL 6 mit einer größeren Zahl an Fällen gerechnet werden muss.

Eine Evidenzbasierung ist bei den G-BA-Richtlinien nicht dokumentiert. Inwieweit die Anforderungen notwendig sind, damit die definierten Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse i. S. d. § 135a SGB V entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden können, kann daher nicht beurteilt werden.

Die Überprüfung der Einhaltung der Strukturanforderungen aus den G-BA-Richtlinien durch die Krankenhausplanungsbehörde ist sowohl für die Krankenhäuser als auch die Krankenhausplanungsbehörde mit einem vergleichsweise geringen zusätzlichen Aufwand verbunden, weil entsprechende Dokumentationspflichten der Krankenhäuser und Kontrollmöglichkeiten in Form von Strukturprüfungen schon in den Richtlinien selbst geregelt sind. So sieht z. B. § 6 der Richtlinie zur Versorgung von Patienten mit einem Bauchaortenaneurysma folgendes Nachweisverfahren vor: Die Krankenhäuser müssen gegenüber den Kassen bei jährlichen Pflegesatzverhandlungen eine Konformitätserklärung vorlegen; in der sie die Erfüllung der in der Richtlinie gestellten Anforderungen zusichern. Zudem sind sämtliche Unterlagen, die zur Prüfung der Richtigkeit der Angaben notwendig sind, bei Prüfungen dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) vorzulegen. Vergleichbare Regelungen sind auch in allen anderen hier untersuchten Richtlinien enthalten.

3.4 Ergebnisse der Analyse des OPS-Katalogs

3.4.1 Vorgehen

Basis für die Recherche von Prozeduren, die Anforderungen an die Strukturqualität der Krankenhäuser enthalten, bildet der OPS-Katalog für das Jahr 2012, um den aktuellen Stand abbilden zu können.⁶⁹

Zur Identifikation von OPS Codes mit Vorgaben zur Strukturqualität wurde eine Schlagwortsuche im OPS-Katalog 2012 durchgeführt.⁷⁰ Es wurden in der Regel nur bis 4-stellige OPS Codes extrahiert, falls keine zusätzlichen Vorgaben zur Strukturqualität in den 5-stelligen Codes gefunden wurden. Manche OPS Codes wurden aufgrund fehlender weiterer Untergliederung (z. B. 9-60, 9-61) nur auf 3-Steller-Ebene extrahiert. Für die OPS Codes, die gleiche Strukturqualitätsanforderungen enthalten, (wie z.B. 3-030...3-034), wurde die Extraktion in einem Auswertungsblatt zusammengefasst.

3.4.2 Inhaltliche Beschreibung der relevanten OPS Codes

Insgesamt wurden mit dem oben beschriebenen Vorgehen 55 OPS Codes identifiziert, die Vorgaben zur Strukturqualität enthalten. Insgesamt enthält der aktuelle OPS Katalog 27.646 abrechenbare Codes für den DRG-Bereich.

⁶⁹ Verwendet wurde der Operationen- und Prozedurenschlüssel Version 2012 mit Aktualisierungen vom 03.11.2011; verfügbar auf der Seite des DIMDI unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/ops/version2012/>; Zugriff am 12.03.2012.

⁷⁰ Als Suchbegriffe wurden gewählt: Arzt, Personal, Team, Pflege, Therapeut, Verfügbar, Ausstattung.

Tabelle 10: OPS Codes, die Vorgaben zur Strukturqualität enthalten

Andere Diagnostische Maßnahmen (1-90-1-99)
1-903 - Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
1-904 - Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
1-910 - Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik
1-940 - Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
1-942 - Komplexe neuropädiatrische Diagnostik
1-943 - Komplexe Diagnostik bei Verdacht auf Lungenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen
1-944 - Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen: Mit erweiterter genetischer Diagnostik
Ultraschalluntersuchungen (3-03-3-05)
3-031 - Komplexe differentialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie
3-030 - Komplexe differentialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel
Frührehabilitative und physikalische Therapie (8-55...8-60)
8-550 - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung
8-552 - Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation
8-559 - Fachübergreifende und andere Frührehabilitation
Anästhesie und Schmerztherapie (8-90...8-91)
8-918 - Multimodale Schmerztherapie
8-919 - Komplexe Akutschmerzbehandlung
8-91b - Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung
8-91c - Teilstationäre Multimodale Schmerztherapie

Komplexbehandlung (8-97...8-98)
8-971 - Multimodale dermatologische Komplexbehandlung
8-972 - Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie
8-973 - Komplexbehandlung bei Spina bifida
8-974 - Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung
8-975.2 - Naturheilkundliche Komplexbehandlung
8-977 - Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems
8-97d - Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson
8-980 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung
8-981 - Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls
8-982 - Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-983 - Multimodale rheumatologische Komplexbehandlung
8-984 - Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
8-985 - Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]
8-986 - Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung
8-987 - Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]
8-988 - Spezielle Komplexbehandlung der Hand
8-989 - Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen
8-98a - Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung
8-98b.0 - Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden
8-98b.1 - Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden
8-98d - Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)
8-98e - Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
Psychoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapie (9-40...9-41)
9-401.5 - Psychoziale Interventionen: Integrierte psychoziale Komplexbehandlung
9-402.0 - Psychosomatische Therapie: Psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung
9-403 - Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie
9-412 - Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst

Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60...9-64)
9-60 - erbrachte Einheiten/Woche bei der Regelbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-61 - erbrachte Einheiten/Woche bei der Intensivbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-62 - erbrachte Einheiten/Woche bei der psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-63 - erbrachte Einheiten/Woche bei der psychosomatisch-psychotherapeutischen Komplexbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-640 - Erhöhter Behandlungsaufwand bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-641 - Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-642 - Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen
9-643 - Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)
Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen (9-65...9-69)
9-65 - erbrachte Einheiten/Woche bei der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Kindern
9-66 - erbrachte Einheiten/Woche bei der psychiatrisch-psychosomatischen Regelbehandlung bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Jugendlichen
9-67- u.a. Einzelbetreuung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-68 - erbrachte Einheiten/Woche bei der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Setting bei psychischen, psychosomatischen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen
9-690 - Kriseninterventionelle Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Quelle: DIMDI

Die ersten sieben identifizierten OPS stammen aus der Gruppe anderer Diagnostischer Maßnahmen (1-90...1-99) und umfassen verschiedene Bereiche von der psychischen und psychosomatischen Diagnostik über die Schmerzdiagnostik bis hin zu verschiedenen komplexen Diagnostiken v. a. bei Kindern und Jugendlichen.

Aus dem Kapitel Diagnostik ist nur eine OPS 3-03 (Komplexe differenzialdiagnostische Sonographie mit digitaler Bild- und Videodokumentation)

mit einer Anforderung an die Strukturqualität versehen, indem sie vorgibt, dass der untersuchende Arzt Facharzt im jeweiligen Fachgebiet sein muss.

Drei OPS (8-550, 8-552 und 8-559) erfassen die frührehabilitative Komplexbehandlung in der Geriatrie, der Neurologie und fachübergreifend.

Im achten Kapitel des OPS (Nichtoperative therapeutische Maßnahmen) spezifizieren zunächst vier OPS Strukturqualitätsvorgaben für die Schmerztherapie (8-91x). Weiter machen sieben OPS Strukturqualitätsvorgaben für inhaltliche ganz unterschiedliche multimodale Komplexbehandlungen (8-97x). Aus dem Bereich der sonstigen multimodalen Komplexbehandlung (8-98) machen insgesamt 15 OPS Strukturvorgaben zu inhaltlich wiederum unterschiedlichen Bereichen (z. B. Intensivmedizin, Schlaganfallversorgung, Diabetes, Rheumatologie, Infektiologie).

Aus dem neunten Kapitel (Ergänzende Maßnahmen) schließlich gibt es insgesamt 11 OPS, die Strukturqualitätsvorgaben zur Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen definieren.

Tabelle 11 zeigt, wie sich die identifizierten OPS auf die verschiedenen Fachabteilungen verteilen.

Tabelle 11: Zuordnung von OPS Codes zu Fachabteilungen

Fachabteilung	Relevante OPS
0100 Innere Medizin	8-550, 8-983 8-984, 8-985, 8-98b, 8-98b.0...8-98b.1
0200 Geriatrie	8-550, 8-98a
0600 Endokrinologie	8-984
0900 Rheumatologie	8-983
1000 Pädiatrie	1-940, 1-942, 1-943, 1-944, 8-973, 8-986, 8-98d, 9-403
1200 Neonatologie	1-945
1300 Kinderchirurgie	8-973
1500 Allgemeine Chirurgie	8-988, 8-989
1600 Unfallchirurgie	8-977 8-988, 8-989
1700 Neurochirurgie	8-989, 8-552, 8-973, 8-977, 8-989
1800 Gefäßchirurgie	8-989
1900 Plastische Chirurgie	
2000 Thoraxchirurgie	
2100 Herzchirurgie	
2300 Orthopädie	8-977, 8-983, 8-988, 8-989
2800 Neurologie	8-552, 8-972, 8-977, 8-97d, 8-981, 8-98b, 8-98b.0..., 8-98b.1
2900 Allgemeine Psychiatrie	1-903, 9-60..., 9-61..., 9-62..., 9-63..., 9-640, 9-641, 9-642, 9-643
3000 Kinder- und Jugendpsychiatrie	1-904, 9-65..., 9-66..., 9-67..., 9-68..., 9-690, 9-640
3100 Psychosomatik / Psychotherapie	9-60..., 9-61..., 9-62..., 9-63..., 9-640, 9-641, 9-642, 9-643, 1-903
3400 Dermatologie	8-971
3600 Intensivmedizin	8-980
3700 Sonstige Fachabteilung	8-975.2, 8-982, 8-987, 8-98e
nicht zuordenbar	3-030...3-034, 8-559, 8-974, 9-401.5, 9-402.0, 9-412
Schmerz	1-910, 8-918, 8-919, 8-91b, 8-91c

Quelle: IGES

3.4.3 Regelungsinhalte

Die identifizierten OPS Codes enthalten weit überwiegend Vorgaben zur Personalausstattung der Krankenhäuser (Tabelle 12).

Tabelle 12: Übersicht zu den Regelungsinhalten der OPS Codes im Hinblick auf die Strukturqualität

Gesamt- haus/ Fach- abteilung	Personal	Apparative Ausstat- tung	Räumliche Voraus- setzungen	Mengen und Kapazität	Sonstige	Insgesamt
0	51	9	2	0	1	55

Quelle: IGES

51 der 55 identifizierten OPS Codes enthalten Vorgaben zum Personal. Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um Vorgaben zur personellen Ausstattung eines therapeutischen Teams (z. B. 1-903, 1-904, 8-550, 8-552, 8-559, 8-91b, 8-91c, tlw. 8-972, 8-974, 8-975.2, 8-97d, 8-981, 8-982, 8-983, 8-984, 8-985, 8-986, 8-98a, 8-98b, 8-98b.0...98b.1, 9-403, 9-60, 9-61, 9-62, 9-63) unter Leitung eines näher spezifizierten Facharztes. Teilweise wurden auch Vorgaben zur Anzahl des erforderlichen Personals und seiner zeitlichen Verfügbarkeit gemacht (Tabelle 13).

Tabelle 13: Art und Vorgaben zur Personalausstattung, die von OPS Codes gemacht werden

	Weitere Anforderungen an die Leitung	Erforderliche abs. Anzahl	Personal- schlüssel	Zeitliche Verfügbar- keit	Anzahl OPS Codes insgesamt
Anzahl OPS Codes	38	11	0	7	55

Quelle: IGES

Dabei steht die Ausstattung mit ärztlichem Personal eindeutig im Vordergrund (Tabelle 14).

Tabelle 14: Anzahl OPS Codes, die Vorgaben zu den verschiedenen Berufsgruppen gemacht haben.

	Arzt	Pflege	Therapeuten	Sonstiges Personal	Anzahl OPS Codes insgesamt
Anzahl OPS Codes	48	23	35	12	55

Quelle: IGES

Teilweise werden an die Ärzte Anforderungen gestellt, die über den reinen Facharztstatus hinausgehen; so verlangt z. B. die OPS 8-988 eine mindestens dreijährige Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Problemstellungen, andere spezifizieren besondere Schwerpunktbezeichnungen und Zusatzweiterbildungen. Selten wird nicht zwangsläufig der Facharztstatus gefordert, sondern der notwendige Facharztstandard spezifiziert (z. B. OPS 8-98b.01: Facharzt für Neurologie oder ein Arzt mit Facharztstandard, d. h. mindestens 4-jährige neurologische Weiterbildung mit mindestens 1-jähriger Tätigkeit auf einer neurologischen Stroke Unit).

Die Anforderungen an die Verfügbarkeit eines Arztes sind vielfältig: mal wird eine kontinuierliche, dann eine 24h-Verfügbarkeit oder eine 'umgehende Verfügbarkeit' eines Arztes gefordert. Teilweise kann die Verfügbarkeit auch durch "mehrmals wöchentliche Konsiliartätigkeit" (8-985) oder mittels Telemedizin (8-98) sichergestellt werden.

Deutlich seltener als Anforderungen an die Ausstattung mit ärztlichem Personal sind Anforderungen an das Pflegepersonal. Hinzu kommt, dass sie häufig weniger spezifisch sind als die Anforderungen an das ärztliche Personal. So wird u. a. in aktivierend-therapeutischer Pflege besonders geschultes Personal (8-550) oder aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (8-552) und aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal (Therapeutische Lagerung, Mobilisierung, Körperpflege, Kleiden, Essen und Trinken; Ausscheidungstraining, Wahrnehmungsförderung, Aktivierungstherapie; 8-559) gefordert. Spezifischere Anforderungen enthalten z. B. die OPS 8-98d ("Pflege erfolgt durch Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-innen mit einer Fachweiterbildungsquote im Bereich Pädiatrische Intensivpflege von 40 %.") und die OPS 8-98e, die eine "Pflegerische Leitung mit Nachweis einer anerkannten curricularen palliativpflegerischen Zusatzqualifikation von mindestens 160 Stunden sowie mit mindestens 6-monatiger Erfahrung in einer Einrichtung der spezialisierten Palliativversorgung" fordert.

Vorgaben zur Ausstattung mit therapeutischem Personal sind häufiger vorhanden (meist, wenn ein multidisziplinäres Team gefordert wird) aber auch hier sind die Aufzählungen oft eher unspezifisch (z. B. "teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche:..." (OPS 8-550, 8-559, 8-918)) oder beispielhaft. Weitergehende Anforderungen werden nur selten gestellt (z.B. in OPS 8-988: "Durchführung der Behandlung unter der Leitung von Physiotherapeuten und/oder Ergotherapeuten mit mindestens dreijähriger Erfahrung in der Behandlung handchirurgischer Patienten"). Vorgaben zur Anzahl erforderlicher Therapeuten machen nur zwei OPS (OPS 9-62, 9-66: "Bei einer Gruppenpsychotherapie mit 13 bis 18 Patienten sind 2 ärztliche oder psychologische Therapeuten erforderlich.").

Die seltenen Vorgaben zur apparativen Ausstattung beziehen sich meist auf Geräte zur bildgebenden Diagnostik (z. B. CT, MRT) und deren 24-stündige Verfügbarkeit (OPS 8-980, 8-981, 8-988, 8-98b, OPS 8-98b.0...98b.1, 8-98d, 8-98e).

3.4.4 Quantitative Relevanz und Entwicklung

In den Jahren 2006 und 2010 gab es in den Krankenhäusern Nordrhein-Westfalens, die im § 21 Datensatz enthalten sind, insgesamt 3.160.633 bzw. 3.679.925 Fälle mit Angabe mindestens einer OPS.

Davon machten die OPS aus der Gruppe der anderen diagnostischen Maßnahmen, die Strukturqualitätskriterien auswiesen nur einen sehr geringen Teil aus (Tabelle 15). Von den sieben identifizierten OPS wurde nur die OPS 1-903 (Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen) häufiger (in 0,312 % aller Fälle mit einer OPS) kodiert. Fünf der sieben OPS wurden im Jahr 2006 überhaupt nicht kodiert. Auch die durchschnittlichen Fallzahlen je Einrichtung waren überwiegend äußerst gering: So verteilen sich die 194 Fälle der OPS 1-942 auf 30 Einrichtungen, was im Durchschnitt sechs Fällen je Einrichtung entspricht.

Auch die beiden OPS aus der Gruppe der Ultraschalluntersuchungen wurden 2006 noch nicht kodiert. Hier verteilten sich die Fälle im Jahr 2010 auf eine größere Zahl (120) von Einrichtungen, d. h. etwa ein Drittel aller Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen rechneten diese Leistungen im Jahr 2010 ab (Tabelle 15). Entsprechend gering waren auch hier die durchschnittlichen Fallzahlen je Einrichtung.

Deutlich höhere Fallzahlen insgesamt und je Einrichtung gab es bei den drei OPS-Codes aus der Gruppe der frührehabilitativen und physikalischen Therapie (8-55...8-60). Mit 55.052 abgerechneten Fällen im Jahr 2010 (1,496 %

aller Fälle) war die OPS 8-550 - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung die am vierthäufigsten abgerechnete OPS, die Strukturqualitätsanforderungen definiert. Die Anzahl der kodierten Fälle hat sich von 2006 bis 2010 mehr als verdoppelt (+56,2 %), während die Anzahl der diese OPS abrechnenden Einrichtungen um 14,29 % von 84 auf 96 Einrichtungen anstieg. Die durchschnittliche Fallzahl lag hier mit 573 Fällen je Einrichtung relativ hoch. Bei der OPS 8-559 (Fachübergreifende und andere Frührehabilitation) fällt auf, dass die Fallzahl von 2006 bis 2010 um etwa 43,8 % anstieg, die Anzahl der abrechnenden Krankenhäuser aber um rund 42,1 % zurück ging und sich die Versorgung auf elf Einrichtungen konzentrierte.

Auch bei der OPS 8-918 - Multimodale Schmerztherapie kam es zu einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen bei einem deutlichen Rückgang der abrechnenden Einrichtungen.

Besonders auffällig ist auch die OPS 8-919 - Komplexe Akutschmerzbehandlung. Sie war im Jahr 2010 mit 63.833 Fällen die am dritthäufigsten abgerechnete OPS mit Strukturqualitätsanforderungen, einem deutlichen Fallzahlenanstieg seit 2006 und einer breiten Streuung über die Einrichtungen.

Tabelle 15: Quantitative Relevanz der OPS Codes 1-90 - 1-99 im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010

OPS	Kodierte Fälle 2010		Veränd. Fälle 2006- 2010 in %	Anzahl Einrichtungen 2010		Veränd. Einrichtungen 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle		Anzahl	in % aller Einricht.	Anzahl	in %
Andere Diagnostische Maßnahmen (1-90-1-99)							
1-903 - Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen	11.490	0,312%		42	10,6%	42	
1-904 - Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen	360	0,010%		20	5,0%	20	
1-910 - Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik	1.249	0,034%	124,2%	23	5,8%	10	76,92%
1-940 - Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	98	0,003%	69,0%	14	3,5%	5	55,56%
1-942 - Komplexe neuropädiatrische Diagnostik	194	0,005%		30	7,5%	30	
1-943 - Komplexe Diagnostik bei Verdacht auf Lungenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	129	0,004%		11	2,8%	11	
1-944 - Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen: Mit erweiterter genetischer Diagnostik	40	0,001%		16	4,0%	16	

OPS	Fälle 2010		Veränd. 2006-2010	Anz. Einrich- tungen 2010		Veränd. 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einricht.	Anzahl	in %
Ultraschalluntersuchungen (3-03-3-05)							
3-031 - Komplexe differentialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie	2.223	0,060%		120	30,2%	120	
3-030 - Komplexe differentialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel	2.882	0,078%		134	33,7%	134	
Frührehabilitative und physikalische Therapie (8-55...8-60)							
8-550 - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	55.042	1,496%	56,2%	96	24,1%	12	14,29%
8-552 - Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	842	0,023%	21,9%	18	4,5%	-4	-18,18%
8-559 - Fachübergreifende und andere Frührehabilitation	2.751	0,075%	43,8%	11	2,8%	-8	-42,11%
Anästhesie und Schmerztherapie (8-90...8-91)							
8-918 - Multimodale Schmerztherapie	8.761	0,238%	54,0%	88	22,1%	-56	-38,89%
8-919 - Komplexe Akutschmerzbehandlung	63.833	1,735%	89,8%	247	62,1%	11	4,66%
8-91b - Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung	633	0,017%	-5,9%	98	24,6%	-29	-22,83%
8-91c - Teilstationäre Multimodale Schmerztherapie	5	0,000%		3	0,8%	3	

Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Anmerkungen: Wenn keine Werte für die Veränderung von 2006 zu 2010 angegeben werden, wurde die Leistung im Jahr 2006 nicht kodiert. Insgesamt sind die Zahlen für das Jahr 2006 aus Platzgründen nicht in der Tabelle enthalten.

Bei den multimodalen Komplexbehandlungen dominiert mengenmäßig die OPS 8-971 - Multimodale dermatologische Komplexbehandlung. Hier steht zudem einem Rückgang der Fallzahlen ein Anstieg der abrechnenden Einrichtungen gegenüber; allerdings war die durchschnittliche Fallzahl je Einrichtung mit 132 Fällen vergleichsweise hoch. Eine deutliche Konzentration der Leistungserbringung auf wenige Einrichtungen zeigt sich bei den beiden anderen mengenmäßig besonders relevanten multimodalen Komplexbehandlungen (8-975.2 und 8-977) mit entsprechend hohen durchschnittlichen Fallzahlen je Einrichtung.

Bei den sonstigen multimodalen Komplexbehandlungen (8-98) dominiert mit der OPS 8-980 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung die weitaus am häufigsten abgerechnete OPS mit Strukturqualitätsanforderungen und ist daher von besonderer und in den letzten Jahren noch gesteigener Bedeutung für das Versorgungsgeschehen. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen (57 %) rechnete den Code im Jahr 2010 ab und dennoch war die durchschnittliche Fallzahl je Einrichtung recht hoch (605 Fälle). Überdurchschnittlich häufig abgerechnet wurde auch die OPS 8-981 - Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls; hier verteilt sich die Behandlung im Vergleich zu den übrigen multimodalen Komplexbehandlungen (mit Ausnahme der intensivmedizinischen Komplexbehandlung und der Komplexbehandlung von multiresistenten Erregern) - auf eine größere Zahl von Einrichtungen. Mengenmäßig ebenfalls sehr bedeutsam war die OPS 8-987 - Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern, die zudem einen sehr hohen Fallzahlzuwachs und einen erheblichen Zuwachs an abrechnenden Einrichtungen verzeichnete. Eine besondere Leistungskonzentration im Vergleich zu den anderen multimodalen Komplexbehandlungen zeigt sich bei der 8-986 - Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung; dieser Code wurde 2010 nur von einer Einrichtung abgerechnet.

Tabelle 16: Quantitative Relevanz der OPS Codes 8-97 - 8-98 im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010

OPS	Fälle 2010		Veränd. 2006- 2010	Anz. Einrich- tungen 2010		Veränd. 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einricht.	Anzahl	in %
Komplexbehandlung (8-97...8-98)							
8-971 - Multimodale dermatologische Komplexbehandlung	4.229	0,115%	-17,1%	32	8,0%	5	18,52%
8-972 - Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie	1.273	0,035%	43,7%	23	5,8%	6	35,29%
8-973 - Komplexbehandlung bei Spina bifida	2	0,000%	-33,3%	1	0,3%	-1	-50,00%
8-974 - Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung	66	0,002%	-91,4%	21	5,3%	-29	-58,00%
8-975.2 - Naturheilkundliche Komplexbehandlung	1.953	0,053%	143,5%	4	1,0%	2	100,00%
8-977 - Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems	2.275	0,062%	14,4%	9	2,3%	-2	-18,18%
8-97d - Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	809	0,022%		28	7,0%	28	

OPS	Fälle 2010		Veränd. 2006-2010	Anz. Einrich- tungen 2010		Veränd. 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einricht.	Anzahl	in %
Komplexbehandlung (8-97...8-98)							
8-980 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung (KB)	137.354	3,733%	37,0%	227	57,0%	2	0,89%
8-981 - Neurologische KB des akuten Schlaganfalls	40.324	1,096%	67,4%	84	21,1%	-2	-2,33%
8-982 - Palliativmedizinische KB	9.285	0,252%	264,7%	120	30,2%	64	114,29%
8-983 - Multimodale rheumatologische KB	3.733	0,101%	-1,3%	25	6,3%	2	8,70%
8-984 - Multimodale KB bei Diabetes mellitus	2.598	0,071%	-0,1%	64	16,1%	-8	-11,11%
8-985 - Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker	2.399	0,065%	49,9%	14	3,5%	-23	-62,16%
8-986 - Multimodale kinder- und jugendrheumatologische KB	741	0,020%	147,0%	1	0,3%	-1	-50,00%
8-987 - MR bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]	26.957	0,733%	286,4%	312	78,4%	25	8,71%
8-988 - Spezielle KB der Hand	346	0,009%		27	6,8%	27	
8-989 - Chirurgische KB bei schweren Infektionen	270	0,007%		61	15,3%	61	
8-98a - Teilstationäre geriatrische KB	7.135	0,194%		42	10,6%	42	
8-98b.0 - Andere neurologische KB des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	2.155	0,059%		48	12,1%	48	
8-98b.1 - Andere neurologische KB des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden	340	0,009%		29	7,3%	29	
8-98d - Intensivmedizinische KB im Kindesalter (Basisproze- dur)	1.857	0,050%		42	10,6%	42	
8-98e- Spezialisierte stationäre palliativmedizinische KB	0	0%		0	0,0%	0	

Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Besonders häufig werden Strukturqualitätsanforderungen in OPS mit Bezug zur Therapie psychischer Störungen definiert. Quantitativ im Vordergrund steht hier die OPS 9-60 - Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen.

Tabelle 17: Quantitative Relevanz der OPS Codes 9-40 - 9-41 im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010

OPS	Fälle 2010		Veränd. 2006- 2010	Anz. Einrich- tungen 2010		Veränd. 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einricht.	Anzahl	in %
Psychosoziale, psychosomatische, neuropsychologische und psychotherapeutische Therapie (9-40...9-41)							
9-401.5 - Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung	451	0,012%	-16,6%	18	4,5%	-4	-18,18%
9-402.0 - Psychosomatische Therapie: Psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung	366	0,010%	-38,3%	15	3,8%	2	15,38%
9-403 - Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie	1.426	0,039%	0,4%	17	4,3%	-4	-19,05%
9-412 - Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst	257	0,007%	3112,5%	10	2,5%	4	66,67%

Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Tabelle 18: Quantitative Relevanz der OPS Codes 9-60 - 9-69 im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2010

OPS	Fälle 2010*		Anz. Einrichtungen 2010	
	Anzahl	in %	Anz.	in %
Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen (9-60...9-64)				
9-60 - Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen (ppSuV) bei Erwachsenen	66.182	1,798%	96	24,1%
9-61 - Intensivbehandlung bei ppSuV bei Erwachsenen	25.979	0,706%	81	20,4%
9-62 - Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei ppSuV bei Erwachsenen	12.417	0,337%	71	17,8%
9-63 - Psychosomatisch-psychotherapeutische Komplexbehandlung bei ppSuV bei Erwachsenen	2.363	0,064%	41	10,3%
9-640 -Erhöhter Behandlungsaufwand bei ppSuV bei Erwachsenen	2.080	0,057%	61	15,3%
9-641 - Kriseninterventionelle Behandlung bei ppSuV bei Erwachsenen	777	0,021%	44	11,1%
9-642 - Integrierte klinisch-psychosomatisch-psychotherapeutische KB bei ppSuV bei Erwachsenen	184	0,005%	10	2,5%
9-643 - Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung im besonderen Setting (Mutter/Vater-Kind-Setting)	0	0,000%	0	0,0%
Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen (ppSuV) bei Kindern und Jugendlichen (9-65...9-69)				
9-65 - Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei ppSuV bei Kindern	2.411	0,066%	30	7,5%
9-66 - Psychiatrisch-psychosomatische Regelbehandlung bei ppSuV bei Jugendlichen	2.930	0,080%	40	10,1%
9-67- Psychiatrisch-psychosomatische Intensivbehandlung bei ppSuV bei Kindern und Jugendlichen	897	0,024%	20	5,0%
9-68 - Psychiatrisch-psychosomatische Behandlung im besonderen Setting (Eltern-Kind-Setting) bei ppSuV bei Kindern und Jugendlichen	439	0,012%	16	4,0%
9-690 - Kriseninterventionelle Behandlung bei ppSuV bei Kindern und Jugendlichen	169	0,005%	12	3,0%

Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Anmerkungen: *Die OPS Codes wurden im Jahr 2006 noch nicht kodiert.

3.4.5 Evidenzbasis der Strukturvorgaben in den Quellen

Eine Fundierung - d. h. einen Verweis auf eine wissenschaftliche Evidenz - liegt für die OPS Codes nicht vor. Die OPS Codes entstehen aus einem Vorschlagsverfahren, an dem sich primär die Fachgesellschaften beteiligen sollen; die Vorschläge können Verweise auf wissenschaftliche Evidenz enthalten. Diese Vorschläge werden bei Bedarf mit Vertretern von Fachgesellschaften abgestimmt und dann durch die Selbstverwaltung beraten und abgestimmt. Dabei werden an die OPS Codes vielfältige Anforderungen (Ökonomie, Qualitätssicherung, Transparenz, medizinische Dokumentation, Statistik, Wissenschaft, Epidemiologie usw.) gestellt, die im Abstimmungsprozess zu berücksichtigen sind. Primär soll bei ihrer Entwicklung jedoch die "Anwendung für die Zwecke des DRG-Systems und der damit zusammenhängenden externen Qualitätssicherung im Vordergrund"⁷¹ stehen.

3.4.6 Fazit

Nur ein sehr geringer Anteil aller OPS Codes enthält Vorgaben zur Strukturqualität: Im Rahmen der Recherche konnten insgesamt 55 OPS Codes mit entsprechenden Vorgaben identifiziert werden. Bei vielen dieser Codes handelte es sich um so genannte Komplexbehandlungen; die Behandlung wird dabei häufig durch ein multiprofessionell zusammengesetztes Team durchgeführt und enthält mehrere Behandlungselemente. Neben dem Bereich der psychiatrischen Versorgung konnten insbesondere für den Bereich der Schmerzversorgung und die Neurologie / Schlaganfallversorgung entsprechende OPS Codes mit Strukturvorgaben identifiziert werden.

Inhaltlich regeln die OPS Codes weit überwiegend die personelle Ausstattung, die für die Erbringung der mit dem OPS Code beschriebenen Leistung(en) erforderlich ist. Dabei dominieren die Vorgaben für das ärztliche Personal, aber auch für das Pflegepersonal und die Therapeuten finden sich - aufgrund der vielen Komplexbehandlungen, die ein multiprofessionelles Team erfordern - häufig Vorgaben. Neben Anforderungen insbesondere an die fachärztliche Qualifikation finden sich auch Vorgaben zur Anzahl des benötigten Personals und zur zeitlichen Verfügbarkeit des Personals. Vorgaben zur apparativen Ausstattung sind selten und betreffen meist die bildgebende Diagnostik und ihre Verfügbarkeit.

⁷¹ www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/opspflege/index.htm#abstimmungsprozess; Zugriff am 12.03.2012.

Die OPS Codes enthalten - mit ihrem Fokus auf Facharztqualifikationen und die vorzuhaltenden therapeutischen Berufsgruppen - vielfach gut erfassbare Kriterien. Teilweise sind die Anforderungen aber auch eher unspezifisch (z. B. 8-987: "Behandlung durch speziell eingewiesenes Personal"; 8-550: 8-98a: Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal; 'ständige ärztliche Verfügbarkeit'), was den Überprüfungsaufwand erhöht und zu Konflikten zwischen Leistungserbringern und den kontrollierenden Instanzen führt.

Trotz des geringen Anteils von OPS Codes mit Strukturqualitätsvorgaben an allen OPS Codes ist der Anteil der durch diese OPS erfassten Fälle an allen Fällen mit einem OPS Code mit rund 14,0 % im Jahr 2010 vergleichsweise hoch. Dies ist jedoch im Wesentlichen auf vier OPS zurück zu führen (8-980: Intensivmedizinische Komplexbehandlung: 3,7 %; 9-60 Regelbehandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen: 1,8 %; 8-919: Komplexe Akutschmerzbehandlung: 1,7 %; 8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: 1,5 %), die zusammen rund 8,7 % des Fallzahlgeschehens im Jahr 2010 abdeckten.

Die in den OPS Codes formulierten Anforderungen sind für die Krankenhäuser als Leistungserbringer im Rahmen der GKV unmittelbar verbindlich. Die Erfüllung der Kriterien muss grundsätzlich im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen nachgewiesen werden und kann durch MDK im Einzelfall überprüft werden. Anders als bei den Richtlinien des G-BA sind vom einzelnen Behandlungsfall unabhängige so genannte Strukturprüfungen bei den OPS Codes umstritten.⁷²

Eine ausdrückliche Evidenzbasierung der Strukturqualitätsanforderungen in den OPS Codes gibt es nicht. Inwieweit die Anforderungen notwendig sind, damit die im OPS Code definierten Leistungen gem. § 135a SGB V dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden können, kann daher nicht beurteilt werden.

⁷² Vgl. für die Sichtweise der Leistungserbringer: www.dkgev.de/media/file/10270.Vortrag_-_Herr_Mohr_-_KGRP.pdf (Zugriff am 12.03.2012); und für den MDK: [www.mdk-bayern.de/clients/mdk_bayern/webcms/CMS2Content.nsf/res/10Jahrestagung_Gerards.pdf/\\$FILE/10Jahrestagung_Gerards.pdf](http://www.mdk-bayern.de/clients/mdk_bayern/webcms/CMS2Content.nsf/res/10Jahrestagung_Gerards.pdf/$FILE/10Jahrestagung_Gerards.pdf); Zugriff am 12.03.2012.

3.5 Ergebnisse der Analyse von Zertifikaten

Zertifikate haben in den letzten Jahren als freiwillige Form der Qualitätssicherung und -dokumentation an Bedeutung gewonnen. Neben 'generischen' Zertifikaten, die grundlegende Strukturen und Prozesse eines Krankenhauses erfassen (z. B. KTQ, DIN EN ISO, EFQM), gibt es auch indikations- und fachgebietsspezifische Zertifikate, die häufig von den entsprechenden medizinischen Fachgesellschaften erarbeitet werden.

3.5.1 Vorgehen

Um einen Überblick dazu zu erhalten, welche relevanten Zertifizierungen es für die hier im Fokus stehenden Versorgungsbereiche gibt, wurden die Internetseiten von ausgewählten internistischen, chirurgischen und intensiv- bzw. notfallmedizinischen Fachgesellschaften (ggf. Landesverbände) durchsucht (Stand: 25.11.2011). In den Bereichen Geriatrie und Schlaganfallversorgung wurden wegen der besonderen Bedeutung dieser Bereiche für das Gutachten auch ein Einrichtungsverband und eine Stiftung berücksichtigt. Ausgewählt wurden Zertifikate, für die mindestens eines der folgenden Kriterien zutrifft:

- Zertifikate wurden in Krankenhausplänen mindestens eines Bundeslandes genannt (unabhängig vom Verbindlichkeitsgrad)
- Zertifizierungsunterlagen waren erhältlich
- und inhaltlich geeignet zur Extraktion von Strukturkriterien
- Ausgewählte Zertifikate decken die Versorgungsbereiche Innere Medizin, Chirurgie, Intensiv- und Notfallmedizin, Onkologie, Geriatrie und Schlaganfallversorgung ab.

3.5.2 Inhaltliche Beschreibung der ausgewählten Zertifikate

Insgesamt wurden mit dem oben beschriebenen Vorgehen 32 Zertifikate für die Extraktion ausgewählt (Tabelle 19).

Ein sehr differenziertes Zertifizierungsspektrum weist die onkologische Versorgung auf. Die Basis stellt hier die Zertifizierung als Organkrebszentrum dar. Auf die Zertifizierung als Organzentrum baut die Zertifizierung als Onkologisches Zentrum auf: Voraussetzung für die Erstzertifizierung ist das Vorhandensein oder die gemeinsame Erstzertifizierung von mindestens zwei Organkrebszentren/Modulen. Die Zertifizierung als Onkologisches Zentrum wiederum ist Voraussetzung für die Zertifizierung als Neuroonkologische Tumorzentrum bzw. als Kopf-Hals-Tumor-Zentrum. Für die Zertifizierung als Pankreaskarzinomzentrum hingegen ist entweder die Zertifi-

zierung als Onkologisches Zentrum oder als Darmkrebszentrum Voraussetzung.

Für die chirurgische Versorgung hat die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) neben einem Basiszertifikat (Teil A: Allgemeine Anforderungen) spezielle Zertifikate für chirurgische Spezialbereiche (z. B. Chirurgische Koloproktologie) entwickelt.

Ebenfalls stark chirurgisch geprägt aber auch andere medizinische Teilgebiete umfassend ist das Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin - Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e.V. (DGG) für interdisziplinäre Gefäßzentren.

Für den Bereich der Schlaganfallversorgung hat die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) zusammen mit der Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe ein Zertifizierungssystem für regionale und überregionale Schlaganfallzentren (Stroke Units) etabliert.

Für die geriatrische Versorgung hat der Bundesverband Geriatrie als Vereinigung geriatrische Einrichtungen ein Zertifizierungssystem implementiert, welches neben den hier berücksichtigten Zertifikaten für akutstationäre Geriatrien (das AddOn-Zertifikat gilt für Einrichtungen, die schon über eine Basiszertifizierung z. B. nach ISO-Norm, EFQM oder KTQ verfügen) auch ein entsprechendes Zertifikat für die geriatrische Versorgung in Rehabilitationseinrichtungen umfasst.

Für die pädiatrische Versorgung hat die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD) eine umfassende Zertifizierung etabliert.

Das Zertifikat der Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (dgfn) ist auf nephrologische Schwerpunktkliniken ausgerichtet.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat ein zweistufiges Zertifizierungssystem für die diabetologische Versorgung entwickelt, welches aus einer "Basisanerkennung DDG" und einer erweiterten Anerkennung als "Diabetologikum DDG mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement" besteht.

Dem Bereich der Intensiv- und Notfallmedizin lassen sich die Zertifikate der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. für eine dreistufige traumatologische Versorgung und das Zertifikat der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung e.V. (DGK) für eine Chest-Pain-Unit zuordnen.

Tabelle 19: Übersicht über die extrahierten Zertifikate

Fachgesellschaft	Bezeichnung des Zertifikats	Kurzbezeichnung des Zertifikats
Onkologie		
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Deutsche Gesellschaft für Senologie	Zertifizierung Brustzentrum	Zert_Brustzentrum
Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)	Zertifizierung Darmkrebszentrum	Zert_Darmkrebszentren
	Zertifizierung Gynäkologisches Krebszentrum	Zert_Gynäkologische Krebszentren
	Zertifizierung Lungenkrebszentrum	Zert_Lungenkrebszentren
	Zertifizierung Hautkrebszentrum	Zert_Hautkrebszentren
	Zertifizierung Prostatakrebszentrum	Zert_Prostatakrebszentren
	Zertifizierung Onkologisches Zentrum	Zert_Onkologische_Zentren
	Zertifizierung Modul Pankreaskarzinomzentrum	Zert_Pankreaskarzinomzentrum
	Zertifizierung Modul Neuroonkologische Tumorzentrum	Zert_Neuroonkologische Tumore
Zertifizierung Modul Kopf-Hals-Tumor-Zentrum	Zert_Kopf-Hals-Tumore	
Chirurgie		
Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)	Zertifizierungssystem der DGAV - Teil A: Allgemeine Anforderungen	Zert_Viszeralch_Allg.Anford
	Zertifizierungssystem der DGAV - Spezielle Anforderungen Teil B1 Chirurgische Koloproktologie	Zert_Viszeralch_Darm

Fachgesellschaft	Bezeichnung des Zertifikats	Kurzbezeichnung des Zertifikats
	Zertifizierungssystem der DGAV - Spezielle Anforderungen Teil B2 Minimal-invasive Chirurgie	Zert_Viszeralch_Minimalinvasiv
	Zertifizierungssystem der DGAV - Spezielle Anforderungen Teil B3 Chirurgische Erkrankungen des Pankreas	Zert_Viszeralch_Pankreas
	Zertifizierungssystem der DGAV - Spezielle Anforderungen Teil B4 Chirurgische Erkrankungen der Leber	Zert_Viszeralch_Leber
	Zertifizierungssystem der DGAV - Spezielle Anforderungen Teil B5 Adipositas- und metabolische Chirurgie	Zert_Viszeralch_Adipositas
	Zertifizierungssystem der DGAV - Spezielle Anforderungen Teil B6 Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie	Zert_Viszeralch_Schilddrüse
	Zertifizierungssystem der DGAV - Spezielle Anforderungen Teil B8 Chirurgie des Magens und der Speiseröhre	Zert_Viszeralch_Magen
	Zertifizierungssystem der DGAV - Spezielle Anforderungen Teil B9 Chirurgische Endoskopie	Zert_Viszeralch_Endoskopie

Fachgesellschaft	Bezeichnung des Zertifikats	Kurzbezeichnung des Zertifikats
Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin - Gesellschaft für operative, endovaskuläre und präventive Gefäßmedizin e.V. (DGG)	Minimal-Anforderungen an ein Interdisziplinäres Gefäßzentrum	Zert_Gefäßzentrum
Schlaganfall		
Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG), Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe	Zertifizierung von Stroke-Units in Deutschland - überregional-	Zert_Schlaganfall_Überregional
	Zertifizierung von Stroke-Units in Deutschland -regional-	Zert_Schlaganfall_regional
Geriatric		
Bundesverband Geriatric (BV Geriatric)	Qualitätssiegel Geriatric Add-On	Zert_Geriatric_AddOn
	Qualitätssiegel Geriatric für Akutkliniken	Zert_Geriatric_Akut

Fachgesellschaft	Bezeichnung des Zertifikats	Kurzbezeichnung des Zertifikats
Pädiatrie		
Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD)	Gütesiegel "Ausgezeichnet. für Kinder"	Zert_Kinder/Jugendliche
Nephrologie		
Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (dgfn)	Zertifizierung für Nephrologische Schwerpunktkliniken	Zert_Nephrologie
Diabetes		
Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)	Basisanerkennung DDG	Zert_Diabetes_Basis
	Diabetologikum DDG mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement	Zert_Diabetes_Erweitert
Intensiv-/Notfallmedizin		
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.	Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung	Zert_Trauma_Basis_
		Zert_Trauma_Überregional
		Zert_Trauma_Regional
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz-und Kreislaufforschung e.V. (DGK)	Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung für Chest Pain Units	Zert_Thoraxschmerz

Quelle: IGES

3.5.3 Regelungsinhalte

Die Zertifikate enthalten vielfach umfangreiche Vorgaben über alle relevanten Dimensionen der hier erfassten Strukturqualität hinweg (Tabelle 20).

Tabelle 20: Übersicht zu den Regelungsinhalten der Zertifikate im Hinblick auf die Strukturqualität

Gesamthaus/ Fachabteilung	Personal	Apparative Ausstattung	Räume	Mengen- und Kapazität	Sonstige	Gesamt
14	32	31	22	23	30	32

Quelle: IGES

Im Vordergrund stehen auch hier die Anforderungen an die personelle Ausstattung, die in allen untersuchten Zertifikaten enthalten sind.

Wie schon die OPS Codes enthalten die Zertifikate detaillierte Vorgaben zur ärztlichen Ausstattung. Aber auch die Ausstattung mit Pflegepersonal und Therapeuten wird umfassend berücksichtigt (Tabelle 21).

Tabelle 21: Anzahl Zertifikate, die Vorgaben zu den verschiedenen Berufsgruppen enthalten

	Arzt	Pflege	Therapeuten	Sonstiges Personal	Anzahl Zertifikate insgesamt
Anzahl Zertifikate	32	23	16	18	32

Quelle: IGES

Für alle Berufsgruppen gibt es in den Zertifikaten detaillierte Regelungen zur fachlichen Qualifikation (z. B.: Ausbildung onkologische Fachpflegekraft: gemäß landesrechtlicher Ordnung der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG) oder der jeweiligen landesrechtliche Regelung bzw. akademisch ausgebildete Fachpflegekraft (Master of Oncology)), zur zeitlichen und räumlichen Verfügbarkeit, zur absolut erforderlichen Anzahl ("mindestens 0,25 VK") oder zu erforderlichen Stellenschlüsseln (Tabelle 22) und vielfach sogar zu Mindestmengen. So muss z. B. gemäß dem Zertifikat der Deutschen Krebsgesellschaft für Onkologische Zentren eine Pflegefachkraft, die eine Chemotherapie verantwortlich appliziert, mindestens 50 Chemotherapieapplikationen nachweisen. Und gemäß dem Zertifikatsmo-

dul "Neuroonkologische Tumore" muss pro Operateur der Nachweis von mindestens 25 offenen neuroonkologischen Operationen/Jahr (als erster Operateur oder als zweiter Operateur im Rahmen der Ausbildung neuer Operateure) erfolgen. Andere Zertifikate enthalten vergleichbare Regelungen.

Tabelle 22: Art und Vorgaben zur Personalausstattung, die von Zertifikaten gemacht werden

	Weitere Anforderungen an die Leitung	Erforderliche Personalabs. Anzahl	Personal-schlüssel	Zeitliche Verfügbarkeit	Anzahl Zertifikate insgesamt
Anzahl Zertifikate	16	31	11	17	16

Quelle: IGES

Auch "sonstige Strukturvorgaben" werden häufig gemacht. Dabei handelt es sich um Dokumentationspflichten (z. B. Teilnahme an der Dokumentation im Rahmen von Krebsregistern) und vielfach um Kooperationsanforderungen mit anderen stationären oder ambulanten Einrichtungen.

3.5.4 Quantitative Relevanz und Entwicklung

Die Auswertung der Daten gem. § 21 KHEntgG für Nordrhein-Westfalen und das Jahr 2010 zeigen, dass die Zertifikate breite Versorgungsbereiche abdecken. Schon ohne den Bereich der Traumatologie werden durch die Zertifikate rund 12,51 % aller Krankenhausfälle in Nordrhein-Westfalen im Jahr 2010 erfasst. Der Bereich der Versorgung von Schwerverletzten und Patienten mit Polytrauma lässt sich mit Routinedaten nur schwer abgrenzen. Entsprechende OPS Zusatzcodes (5-981, 5-982) wurden im Jahr 2010 nur 450-mal kodiert. Lefering (2008)⁷³ spricht von bundesweit etwa 30.000 Schwerstverletzten pro Jahr in Deutschland, was für Nordrhein-Westfalen rund 6.000 Schwerstverletzte bedeuten würde. Im Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung⁷⁴ ist von bundesweit jährlich 32.500-38.000 Schwerstverletzten (Polytrauma mit einem Verletzungsschweregrad nach dem Injury

⁷³ Ruchtholtz (http://www.dgu-online.de/uploads/media/PM_traumanetzwerk_ostwestfalen.pdf; Zugriff am 12.03.2012) spricht von jährlich über 35.000 Menschen mit schweren, oft lebensbedrohlichen Verletzungen.

⁷⁴ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (2008).

Severity Score von ≥ 16) die Rede und von einer mindestens gleich hohen Zahl von leichter Unfallverletzten.

Auffallend ist wiederum, dass es in meisten Bereichen trotz eines überwiegenden Fallzahlenanstiegs in den Jahren 2006-2010 zu einem Rückgang der behandelnden Einrichtungen kam. Lediglich in der geriatrischen Versorgung kam es in den letzten Jahren zu einem deutlichen Anstieg der Einrichtungen.

Tabelle 23: Quantitative Relevanz der Zertifikate im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010

ICD / OPS / Abteilungen	Fälle 2010		Veränderung 2006-2010	Einrichtungen 2010		Veränderung 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einricht.	Anzahl	in %
Onkologie							
DKG Onko Modul Neuro (C70-C72, D32, D33.3, D42, D43, D44.3-D44.5)	11.391	0,258%	10,2%	286	71,9%	-26	-8,33%
DKG Onko Modul Kopf Hals (C00-C14)	11.629	0,263%	9,3%	229	57,5%	-8	-3,38%
DKG Onko Modul Pankreas (C65)	10.717	0,243%	5,2%	290	72,9%	-18	-5,84%
Onko Brust (C50)	36.542	0,828%	0,8%	279	70,1%	-28	-9,12%
DKG Onko Darm (C18-C21)	40.964	0,928%	-14,0%	303	76,1%	-19	-5,90%
DKG Onko Gyn (C51-C58)	17.055	0,386%	-4,4%	288	72,4%	-17	-5,57%
DKG Onko Haut (C43-C44)	21.195	0,480%	23,1%	270	67,8%	-13	-4,59%
DKG Onko Prostata (C61)	19.092	0,432%	-1,2%	276	69,3%	-15	-5,15%
DKG Onko Lunge (C34)	51.035	1,156%	5,3%	308	77,4%	-21	-6,38%
Chirurgie							
DGAV Viszeralchirurgie Pankreas (K85-K87)	14.827	0,336%	8,4%	302	75,9%	-18	-5,63%
DGAV Viszeralchirurgie Leber (K70-K77)	17.797	0,403%	4,5%	313	78,6%	-17	-5,15%
DGAV Viszeralchirurgie Adipositas (E66)	2.014	0,046%	55,2%	171	43,0%	-6	-3,39%

ICD / OPS / Abteilungen	Fälle 2010		Veränderung 2006-2010	Einrichtungen 2010		Veränderung 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einricht.	Anzahl	in %
DGAV Viszeralchirurgie Schildd. Endokr. (E04, C73)	23.041	0,522%	-2,5%	283	71,1%	-13	-4,39%
DGAV Viszeralchirurgie Magen (K20-K25)	33.005	0,748%	-0,1%	310	77,9%	-19	-5,78%
DGG Gefäßzentrum (I70-I79)	57.447	1,301%	18,9%	325	81,7%	-14	-4,13%
Schlaganfall (I60-I64, G45)	85.576	1,938%	5,3%	322	80,9 %	-14	-4,17%
Geriatric (keine spez. Diagnosen, ersatzweise OPS 8-550 und Abteilungsfallzahlen)	55.042	1,496%	56,2%	96	24,12%	12	14,29%
Geriatric (keine spez. Diagnosen, ersatzweise Abteilungsfallzahlen)	98.289		16,5%	77	19,3	6	8,45%
Pädiatrie (keine spez. Diagnosen, ersatzweise Abteilungsfallzahlen)	229.398		-1,0%	74	18,6%	0	0%
Nephrologie (N00-N08, N10-N16, N17-N19)	60.429	1,369%	-26,1%	320	80,4%	-16	-4,76%
DDG Basisanerkennung / Erw. diabet. QM (E10-E14)	46.375	1,050%	-1,8%	320	80,4%	-25	-7,25%
DGK Chest Pain Unit (R07.1-R07.4)	25.771	0,584%	54,8%	299	75,1%	-18	-5,68%
Trauma Basis / Regional / Überregional (OPS 5-981, 5-982)	237/ 213	0,005% /0,005%	-7,1 %/ 21,0 %	70/ 52	17,6%/ 13,1%	2/ -3	2,9%/- 5,5 %

Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

3.5.5 Evidenzbasis der Strukturvorgaben in den Quellen

Es gibt kein etabliertes, konsentiertes Verfahren für die Erstellung von Zertifikaten und auch keine umfassende Übersicht und Bewertung von Zertifikaten im Krankenhaussektor. Die hier untersuchten Zertifikate enthalten - mit wenigen Ausnahmen⁷⁵ - kaum Angaben zur Evidenzbasierung der in den Zertifikaten enthaltenen Vorgaben. Ihre Evidenz speist sich also im Wesentlichen aus der institutionellen Autorität der sie herausgebenden Gesellschaften bzw. Verbände. Für die Indikationsbereiche einer Reihe von Zertifikaten aus dem onkologischen Bereich liegen S3- Leitlinien vor. Dieser inhaltliche Bezug wird in den Zertifikaten jedoch nicht explizit erwähnt.

3.5.6 Fazit

Die einzelnen Zertifikate decken im Durchschnitt einen deutlich breiteren Versorgungsbereich ab als etwa die OPS Codes oder die G-BA-Richtlinien. Sie machen überwiegend sowohl alle Bereich der Strukturqualität erfassende als auch detaillierte Vorgaben zur Strukturqualität.

Diese hohe Regelungsintensität war bisher insoweit vergleichsweise unproblematisch, als es sich bei der Zertifizierung grundsätzlich um ein freiwilliges Instrument der Qualitätssicherung und Dokumentation handelt. Eine höhere Verbindlichkeit von Zertifizierungen könnte mit dieser hohen Regelungsintensität konfliktieren, insbesondere da z.B. in Zertifikaten auch Mindestmengen festgelegt werden, die in anderen Kontexten (vgl. Kapitel 2.5.3) höchst umstritten sind.

Die Handhabbarkeit bei Verweisen der Länder auf Zertifikate stellt sich für die Beteiligten recht unterschiedlich dar. Für die Einrichtungen kann es je nach Umfang des Zertifikats mit erheblichem personellem und finanziellem Aufwand verbunden sein, eine Erstzertifizierung und dann ggf. auch die Rezertifizierungen zu erhalten. Für die Krankenhausplanungsbehörde dagegen wird der Aufwand minimiert, da in der Regel die Vorlage des Zertifikats als Nachweis der geforderten Qualität genügt. Für die meisten im Rahmen dieses Gutachtens extrahierten Zertifikate konnten Informationen zum Umsetzungsstand recherchiert werden. Die überwiegende Anzahl der recherchierten und extrahierten Zertifikate befindet sich bereits in der bun-

⁷⁵ Vgl. Breukmann et al. (2008). Ein direkter Bezug zu entsprechenden S3-Leitlinien findet sich nur in den Zertifikaten für Brustzentren und die traumatologische Versorgung, allerdings nur summarisch und nicht auf Ebene der einzelnen Vorgaben.

desweiten Umsetzung. Allerdings zeigt sich hinsichtlich des Grades der Umsetzung ein sehr differenziertes Bild. So haben sich einzelne Zertifikate bereits bundesweit stark etabliert und wurden an eine Vielzahl von Einrichtungen verliehen. So sind beispielsweise durch die Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD e.V.) 236 Kinder- und Jugendkliniken (Stand 08/2010) zertifiziert worden⁷⁶. Weitere, auf spezielle Fachgebiete fokussierte Zertifikate wurden nach Rechercheinformationen bis zur Gutachtenerstellung erst an einige wenige Kliniken/Fachabteilungen vergeben.

Die Mehrzahl der hier untersuchten Zertifikate enthalten keine expliziten Hinweise auf die Evidenz der durch sie getroffenen Vorgaben zur Strukturqualität. Inwieweit die Anforderungen notwendig sind, damit in den Versorgungsbereichen eine dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechende Versorgung in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden kann, lässt sich daher nicht beurteilen.

3.6 Ergebnisse der Analyse von Vorgaben zur externen Qualitätssicherung gem. § 135a SGB V

Krankenhäuser sind gem. § 135a Abs. 2 Nr. 1 SGB V dazu verpflichtet, sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen. Dazu wurden von einer Institution gem. § 137a Abs. 1 SGB V die notwendigen Indikatoren für die Messung und Darstellung der Ergebnisqualität entwickelt. Der G-BA legt regelmäßig fest, welche Leistungsbe- reiche (z. B. Geburtshilfe, Nierentransplantation) in die externe Qualitätssi- cherung einbezogen werden.

3.6.1 Vorgehen

Grundlage der Analyse waren über den Internetauftritt des seit 2009 mit der Umsetzung der externen sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen gem. § 137a SGB V beauftragten AQUA Instituts veröf- fentlichten Beschreibungen von Qualitätsindikatoren.⁷⁷ Zum Stand der Auswertungen im Rahmen dieses Gutachtens lagen 255 Qualitätsindikato-

⁷⁶ Vgl. Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V. (GKinD e.V.) für eine Chronologie zur Entwicklung des Qualitätsstandards: http://www.ausgezeichnet-fuer-kinder.de/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=12; Zugriff am 12.03.2012.

⁷⁷ Vgl. www.sqg.de/downloads/QIDB/2010/direkt/...; Zugriff am 10.01.2012.

ren in 32 Leistungsbereichen vor. Es wurden alle aktuellen Qualitätsindikatoren-Beschreibungen und Rechenregeln dahingehend geprüft, ob sich aus ihnen Vorgaben für die Strukturqualität ableiten lassen.

3.6.2 Inhaltliche Beschreibung der relevanten Qualitätsindikatoren

Nur aus fünf der insgesamt 255 Indikatoren ließen sich - inhaltlich sehr beschränkte - Vorgaben zur Strukturqualität ableiten, vorrangig im Bereich der apparativen Ausstattung (Tabelle 24).

Tabelle 24: Übersicht zu den Regelungsinhalten der Qualitätsindikatoren gem. § 137a Abs.2 Nr. 1 SGB V im Hinblick auf die Strukturqualität

Leistungsbereich	Kennzahlbezeichnung	Strukturqualitätsanforderung (Zähler)
Ambulant erworbene Pneumonie	QI 1: Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde.
Chirurgie bei Mammakarzinom	QI 2: Intraoperatives Präparatröntgen	Operationen mit intraoperativem Präparatröntgen.
	QI 9: Meldung an Krebsregister	Patientinnen mit Meldung an ein epidemiologisches oder klinisches Krebsregister/ Landeskrebsregister.
Geburtshilfe	QI 7: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen (24+0 bis 35+0 Wochen)	Pädiater bei Geburt anwesend.
Neonatologie	QI 10: Hörtest	Kinder mit durchgeführtem Hörtest.

Quelle: IGES

3.6.3 Quantitative Relevanz und Entwicklung

Die fünf identifizierten Qualitätsindikatoren beziehen sich jeweils auf quantitativ relevante Versorgungsbereiche (Tabelle 25). Auffällig ist auch, dass in allen Bereichen die Anzahl der Einrichtungen mit entsprechenden Fällen deutlich zurück gegangen ist.

Tabelle 25: Quantitative Relevanz der Qualitätsindikatoren gem. § 137a Abs.2 Nr. 1 SGB V im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010

ICD	Fälle 2010		Veränderung 2006-2010	Anz. Einrichtungen 2010		Veränderung 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % alle Einricht.	Anzahl	in %
Pneumonie (J09-J18)	64.462	1,460%	7,9%	321	80,7%	-18	-5,3%
Mammachirurgie (C50)	36.542	0,828%	0,8%	279	70,1%	-28	-9,1%
Neonatologie (P00-P96)	39.587	0,897%	6,0%	189	47,5%	-21	-10,0%
Frühgeborene (P07.2-3)	3.698	0,084%	-15,7%	166	41,7%	-20	-10,8%

Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

3.6.4 Evidenzbasis der Strukturvorgaben in den Quellen

Die Qualitätsindikatoren selbst sind nicht mit einer bestimmten Evidenz versehen. Die Rationalen (Erläuterungen) zu den einzelnen Indikatoren enthalten aber grundsätzlich eine Darstellung des fachlichen Hintergrundes sowie Begründungen für die Ausgestaltung der Qualitätsindikatoren.⁷⁸

3.6.5 Fazit

Die Qualitätsindikatoren für die externe Qualitätssicherung gem. § 135a SGB V erfassen weit überwiegend die Prozess- und Ergebnisqualität in den jeweiligen Leistungsbereichen. Nur vier der 255 Qualitätsindikatoren machen - inhaltlich sehr eingeschränkte - Vorgaben zur Strukturqualität. Auch wenn sie relevante Leistungs-/Versorgungsbereiche berühren, sind sie daher für eine Festlegung von Qualitätsindikatoren im Rahmen der Krankenhausplanung von sehr eingeschränkter Relevanz.

3.7 Ergebnisse der Analyse von S3-Leitlinien der AWMF

Leitlinien können eine weitere wesentliche Quelle für Qualitätskriterien darstellen. Derzeit können auf dem Internetauftritt der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) annähernd 700 Leitlinien abgerufen werden. In Abstimmung mit dem Auftraggeber erfolgte im Rahmen dieser Studie eine Beschränkung auf S3-Leitlinien, da diese Entwicklungsstufe die größtmögliche methodische Fundierung und Evidenzbasierung mit einem abgeschlossenen Konsentierungsprozess der beteiligten Experten verbindet.

3.7.1 Vorgehen

Aus den zum Zeitpunkt des Datenabzugs (November 2011) bei der AWMF vorliegenden 101 S3-Leitlinien wurden in einer ersten Selektion diejenigen ausgewählt, die mindestens eines der folgenden Kriterien aufwiesen:

⁷⁸ Vgl. dazu z. B. die Beschreibung des Indikatorensatzes für den Leistungsbereich 'Ambulant erworbene Pneumonie' im Jahr 2010: www.sqg.de/downloads/QIDB/2010/AQUA_PNEU_Indikatoren_2010.pdf; Zugriff am 12.03.2012.

- Die Leitlinie ist einem der folgenden Fachgebiete zuzuordnen: Innere Medizin, Chirurgie, Intensiv- und Notfallmedizin, sowie Onkologie und Psychiatrie.
- Es handelt sich um eine Nationale Versorgungsleitlinie.
- Die Leitlinie behandelt zumindest in Teilen die akutstationäre Versorgung (i. d. R. wurde Screening, Prävention, explizit vorklinische Diagnostik nicht berücksichtigt).

Auf der Grundlage der genannten Kriterien wurden 23 S3-Leitlinien ausgewählt und durchgesehen. Die Durchsicht ergab für acht Leitlinien, dass diese keine operationalisierbaren Strukturkriterien enthielten.⁷⁹

Bei der Extraktion von Qualitätskriterien galten folgende Regeln:

- Es werden nur mit Evidenz bzw. Empfehlungsgrad gekennzeichnete Angaben berücksichtigt.
- Wird ein Strukturkriterium in einer Leitlinie an mehreren Stellen mit unterschiedlichen Evidenz-, Konsens- und Empfehlungsgraden genannt, wird der jeweils höchste Grad dokumentiert.
- Es wird nicht differenziert zwischen personellen, apparativen und sonstigen Voraussetzungen, die für die Versorgung spezieller Patientengruppen und solchen, die i. d. R. für alle Patienten erforderlich sind.

3.7.2 Inhaltliche Beschreibung der relevanten Leitlinien

Nach orientierender Durchsicht aller S3-Leitlinien wurden aus 15 von ihnen Strukturqualitätskriterien extrahiert. Fünf Leitlinien davon betreffen den Bereich der onkologischen Versorgung, drei die intensiv- und notfallmedizinische Versorgung und bei zweien handelt es sich um Nationale Versorgungsleitlinien zur Versorgung bei Herz-Kreislaufkrankungen.

⁷⁹ Dazu gehören z. B. die Nationale Versorgungsleitlinie Asthma sowie Leitlinien zur psychiatrischen Versorgung.

Tabelle 26: Übersicht über die durchgesehenen und extrahierten S-3-Leitlinien

Versorgungsbereich / Fachgesellschaft	Bezeichnung der Leitlinie	Kurzbezeichnung der Leitlinie
Onkologie		
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin; Deutsche Krebsgesellschaft	Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Lungenkarzinoms	S3-LungenCa
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.(DKG) und Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)	Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms	S3-MammaCa
Dt. Ges. f. Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Dt. Krebsgesellschaft (DKG)	Exokrines Pankreaskarzinom	S3-PankreasCa
Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. Deutsche Krebshilfe e. V.	Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms	S3-ProstataCa
Medizinische Klinik, Knappschaftskrankenhaus, Ruhr-Universität Bochum und die AWMF im Auftrag der DGVS und der DKG	Kolorektales Karzinom	S3-Kolorektales Karzinom
Herz-/Kreislaufkrankungen - Kardiologie		
Bundesärztekammer; Kassenärztliche Bundesvereinigung; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische Herzinsuffizienz	S3-Herzinsuff
Bundesärztekammer; Kassenärztliche Bundesvereinigung; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK	S3-KHK

Versorgungsbereich / Fachgesellschaft	Bezeichnung der Leitlinie	Kurzbezeichnung der Leitlinie
Chirurgie		
Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen und der Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie	Diagnostik und Therapie von Gallensteinen	S3-Gallensteine
Pneumologie		
Bundesärztekammer; Kassenärztliche Bundesvereinigung; Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften	Nationale VersorgungsLeitlinie COPD	S3-COPD
	Nationale VersorgungsLeitlinie Asthma	
Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, Deutsche Gesellschaft für Infektiologie Kompetenznetzwerk CAPNETZ	Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobielle Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen tiefen Atemwegsinfektionen (akute Bronchitis, akute Exazerbation einer chronischen Bronchitis, Influenza und andere respiratorische Virusinfektionen) sowie ambulant erworbener Pneumonie	S3-Pneumonie
Orthopädie		
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) und Berufsverband derÄrzte für Orthopädie BVO)	Koxarthrose	S3-Koxarthrose
Intensiv-/Notfallmedizin		
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie	Polytrauma/ Schwerverletzten-Behandlung	"S3-Leitlinie Polytrauma/ Schwerverletzten-Behandlung"

Versorgungsbereich / Fachgesellschaft	Bezeichnung der Leitlinie	Kurzbezeichnung der Leitlinie
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.	Nichtinvasive Beatmung als Therapie der akuten respiratorischen Insuffizienz	
Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin; Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin	Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin	
Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung (DGK) et al.	Infarktbedingter kardiogener Schock - Diagnose, Monitoring und Therapie	S3-Kardiogener Schock
Prof. Dr. C. Spies, Universitätskliniken für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin Campus Charité Mitte und Campus Virchow-Klinikum Charité - Universitätsmedizin Berlin	Leitlinie zur intensivmedizinischen Versorgung herzchirurgischer Patienten - Hämodynamisches Monitoring und Herz-Kreislauf	S3-HerzChirurgie
Schlaganfall		
DEGAM	Schlaganfall	
Schmerz		
Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie	Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen	
Psychiatrie		
Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz	Demenzen	S3-Demenz
DGPPN et al.	Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression	

Versorgungsbereich / Fachgesellschaft	Bezeichnung der Leitlinie	Kurzbezeichnung der Leitlinie
Deutschesprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (federführend)	Posttraumatische Belastungsstörung	
Geburtshilfe		
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; Arbeitsgemeinschaft für Medizinrecht	Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea und zur Frage der sogenannten Sectio auf Wunsch (S1)	

Quelle: IGES

Anmerkung: Die grau beschriebenen Leitlinien wurden durchgesehen, allerdings ließen sich aus ihnen keine operationalisierbaren Strukturqualitätskriterien ableiten.

3.7.3 Regelungsinhalte

Die extrahierten S3-Leitlinien enthalten fast alle Vorgaben zur apparativen Ausstattung (sowohl Diagnostik als auch Therapie). Dabei enthalten die Leitlinien zwar teilweise detaillierte Angaben zur Art der notwendigen apparativen Ausstattung (z. B. Digitale Subtraktionsangiographie, CPAP-Beatmung, BiPAP-Beatmung oder endotracheale Intubation) aber keinerlei Vorgaben zur zeitlichen oder räumlichen Verfügbarkeit und der benötigten Anzahl bestimmter Geräte (z. B. Intensivbeatmungsplätze).

Vorgaben zur personellen Ausstattung sind nur - dort allerdings sehr detailliert - in der Leitlinie zur Polytrauma-/ Schwerverletzten-Behandlung für das Schockraum-Team enthalten: Dieses soll als festes Team nach vorstrukturierten Plänen arbeiten und mindestens aus drei Ärzten (zwei Chirurgen, ein Anästhesist) bestehen, wobei mindestens ein Anästhesist und ein Chirurg Facharztstandard haben sollten. Traumazentren sollen erweiterte Schockraumteams vorhalten, denen zusätzlich Facharztgruppen (z. B. Gefäßchirurgie, Neurochirurgie) angehören. Angaben zur Ausstattung mit Pflegepersonal oder Therapeuten enthalten die S3-Leitlinien nicht.

Auch Vorgaben zur räumlichen Ausstattung sind lediglich - dort aber wiederum detailliert - in der Polytrauma-Leitlinie enthalten (Größe des Schockraums in qm pro Patient, Nähe zu Krankenanhfahrt, OP, Hubschrauberlandeplatz, Verweis auf Arbeitsstätten-Richtlinie, Arbeitsstättenverordnung, Röntgenverordnung etc.).

Tabelle 27: Übersicht zu den Regelungsinhalten der S3-Leitlinien im Hinblick auf die Strukturqualität

	Haus/Fach- abteilung	Personal	Apparate	Räume	Mengen/ Kapazität	Sonstige
Onkologie						
S3-LungenCa	0	0	1	0	0	0
S3-MammaCa	0	0	1	0	0	0
S3-PankreasCa	0	0	1	0	0	0
S3-ProstataCa	1	0	1	0	0	0
S3-Kolorektales Karzinom	0	0	1	0	0	0
Chirurgie						
S3-Gallensteine	0	0	1	0	0	1
Pneumologie						
S3-COPD	0	0	1	0	0	0
S3-Pneumonie	0	0	1	0	0	0
Herz-/Kreislaufkrankungen - Kardiologie						
S3-Herzinsuffizienz	0	0	1	0	0	0
S3-KHK	0	0	1	0	0	0
Orthopädie						
S3-Koxarthrose	0	0	1	0	0	0
Intensiv-/Notfallmedizin						
S3- HerzChirurgie_Intensivmedizin	0	0	1	0	0	0
S3-Kardiogener Schock	0	0	1	0	0	0
S3-Leitlinie Polytrauma/ Schwerverletzten-Behandlung	1	1	1	1	0	0
Psychiatrie						
S3-Demenz	0	0	1	0	0	0
Summe	2	1	15	1	0	1

Quelle: IGES

3.7.4 Quantitative Relevanz und Entwicklung

Die ausgewerteten Leitlinien betreffen überwiegend quantitative bedeutsame, breite Versorgungsbereiche (Tabelle 28). Hervorzuheben sind hier insbesondere die Versorgung von Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie und der Bereich der Herz-/Kreislaufkrankungen.

Auffällig ist, dass in fast allen Bereichen (Ausnahme: Demenz) die Anzahl der betroffenen Einrichtungen trotz insgesamt steigender Krankenhauszahlen in Nordrhein-Westfalen zurückgeht. Besonders ausgeprägt ist dieser Rückgang bei Einrichtungen, die Fälle mit einem Kardiogenen Schock behandelten; dies könnte allerdings u. a. auf die vergleichsweise geringe Fallzahl zurück zu führen sein.

Tabelle 28: Quantitative Relevanz der S3-Leitlinien im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010

ICD	Fälle 2010		Veränd. 2006-2010	Einrichtungen 2010		Veränd. 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einricht.	Anzahl	in %
Onkologie							
Lungen-Ca (C34)	51.035	1,156%	5,3%	308	77,4%	-21	-6,38%
Mamma-Ca (C50)	36.542	0,828%	0,8%	279	70,1%	-28	-9,12%
Pankreas-Ca (C25)	10.717	0,243%	5,2%	290	72,9%	-18	-5,84%
Prostata-Ca (C61)	19.092	0,432%	-1,2%	276	69,3%	-15	-5,15%
Colon-Ca (C18-C21)	40.964	0,928%	-14,0%	303	76,1%	-19	-5,90%
Herz-/Kreislaufferkrankungen - Kardiologie							
KHK (I25)	50.454	1,143%	-9,4%	299	75,1%	-24	-7,43%
Herzinsuffizienz (I50)	76.665	1,737%	12,1%	311	78,1%	-22	-6,61%
Chirurgie							
Galle (K80)	47.267	1,071%	7,6%	298	74,9%	-25	-7,74%
Pneumologie							
Pneumonie (J09-J18)	64.462	1,460%	7,9%	321	80,7%	-18	-5,31%
COPD (J44)	49.473	1,121%	23,8%	310	77,9%	-26	-7,74%
Orthopädie							
Koxarthrose (M16)	35.056	0,794%	7,4%	302	75,9%	-17	-5,33%

ICD	Fälle 2010		Veränd. 2006-2010	Einrichtungen 2010		Veränd. 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einricht.	Anzahl	in %
Intensiv-/Notfallmedizin							
Kardiogener Schock (R57.0)	500	0,011%	-23,3%	161	40,5%	-39	-19,5%
Polytrauma / Schwerverletzte	Nicht abgrenzbar auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG						
Psychiatrie							
Demenz (F00, F01, F02, F03, G30, G31)	13.603	0,308%	61,6%	329	82,7%	1	0,3%

Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Anmerkung: Vgl. dazu auch Kapitel 3.5.4.

3.7.5 Evidenzbasis der Strukturvorgaben in den Quellen

Die S3-Leitlinien stellen grundsätzlich die beste hier untersuchte Evidenzbasis für Strukturvorgaben dar: Nachdem es in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts Zweifel an der methodischen Qualität der deutschsprachigen Leitlinien gab⁸⁰, wurde ein umfangreiches Regelwerk zur Erstellung von Leitlinien erarbeitet, welches auf der Seite der AWMF ausführlich beschrieben wird.⁸¹ Zudem gibt es seit 2005 das Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung⁸², welches eine ältere Checkliste aus dem Jahr 2000 ersetzt. Damit eine Leitlinie zurecht als S3-Leitlinie bezeichnet werden kann, sind eine Vielzahl von qualitätssichernden Anforderungen zu erfüllen.⁸³ Eine entsprechende Prüfung von Leitlinien erfolgt durch die AWMF vor Publikation. Dennoch konnte bei der Auswertung der Leitlinien festgestellt werden, dass diese sich hinsichtlich ihrer Methodik zur Darstellung der mit einzelnen Aussagen verbundenen Evidenzstärken teilweise deutlich voneinander unterscheiden, so dass ein Vergleich zwischen den Leitlinien hinsichtlich der Evidenzfundierung einzelner Aussagen sehr erschwert wird.

3.7.6 Fazit

Medizinische Leitlinien sind grundsätzlich auf das konkrete medizinische Handeln ausgerichtet. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass sie eher geeignet sind zur Ableitung von Prozessqualitätsindikatoren als zur Ableitung von Strukturqualitätsindikatoren. Viele der untersuchten Leitlinien enthalten überhaupt keine Vorgaben zur Strukturqualität. Wo dies doch der Fall ist, handelt es fast ausschließlich um Vorgaben zur apparativen Ausstattung. Auch bietet das Vorliegen von Leitlinien alleine noch keine ausreichende Gewähr dafür, dass diese in der Versorgungswirklichkeit auch berücksichtigt werden. Teilweise sind sich die Verfasser von Leitlinien den damit einhergehenden Beschränkungen bewusst; so wird z. B. konstatiert:

⁸⁰ Vgl. z. B. Ollenschläger G et al. (1998).

⁸¹ Vgl. www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/ll-entwicklung.html; Zugriff am 12.03.2012.

⁸² Vgl. www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/Werkzeuge/delbi05_08.pdf; Zugriff am 12.03.2012.

⁸³ Vgl. www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/hilfen-werkzeuge/klassifikation-s3.html; Zugriff am 12.03.2012.

"Für die Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung ist die flächendeckende Implementierung dieser modernen, evidenzbasierten Therapieempfehlungen entscheidend. Trotz großer Resonanz konnte diese flächendeckende Implementierung in den letzten Jahren noch nicht erreicht werden. Eine wesentliche strukturelle Rahmenbedingung zur Implementierung und praktischen Umsetzung der S3-Leitlinie sind die von der DKG zertifizierten Darmkrebszentren, deren Qualitätsanforderungen auf dem Boden der Empfehlungen der S3-Leitlinie entwickelt wurden."⁸⁴

Die große Stärke der Leitlinien ist ihre Evidenzbasierung und dadurch ihre Eignung, den jeweils gültigen Standard der medizinischen Wissenschaft zu beschreiben. Auch decken sie vielfach breite Versorgungsbereiche ab. Angesichts der geringen Anzahl von Strukturqualitätsindikatoren sind sie insgesamt nur wenig geeignet, die Krankenhausplanung bei der Festlegung solcher Kriterien zu unterstützen.

3.8 Ergebnisse der Analyse von Krankenhausplänen anderer Bundesländer

3.8.1 Vorgehen

In einem ersten Arbeitsschritt wurden alle aktuellen Krankenhausgesetze und -pläne⁸⁵ der Bundesländer sowie die darin genannten Fachprogramme und ggf. landesspezifische Zertifikate recherchiert. In einem zweiten Arbeitsschritt wurden die Landeskrankenhausgesetze und allgemeinen Teile der Krankenhauspläne auf die Bedeutung von Qualitätskriterien für die Krankenhausplanung hin ausgewertet. Bei besonderem Klärungsbedarf wurden auch die entsprechenden Krankenhausplanungsbehörden der Länder kontaktiert. In einem dritten Arbeitsschritt erfolgte zunächst eine orientierende Durchsicht der Pläne, um eine Übersicht über die relevanten Versorgungsbereiche (z. B. Geriatrie, Schlaganfallversorgung, Palliativmedizin, Onkologie) zu erhalten. In einem vierten Schritt schließlich wurden die Qualitätskriterien aus den einzelnen Plänen/Fachprogrammen getrennt nach Versorgungsbereichen extrahiert.

⁸⁴ Vgl. Schmiegel et al. (2008: 801).

⁸⁵ Eine Übersicht über die ausgewerteten Krankenhauspläne findet sich im Literaturverzeichnis.

3.8.2 Rechtliche Grundlagen und Thematisierung von Qualitätskriterien in den aktuellen Krankenhausgesetzen und -plänen

Die Qualität der medizinischen Leistungserbringung spielt in den aktuellen Krankenhausgesetzen und -plänen der Bundesländer eine unterschiedliche Rolle. Sieben Bundesländer (z. B. Baden-Württemberg) haben sowohl im aktuellen Krankenhausgesetz als auch im aktuellen Krankenhausplan die Qualitätsdimension ausdrücklich etabliert (Tabelle 29).

Tabelle 29: Qualitätsorientierung als Grundlage der Krankenhausplanung in den aktuellen Krankenhausgesetzen und -plänen der Länder

		Verankerung im Plan	
		Ja	Nein
Verankerung im Gesetz	Ja	Baden-Württemberg, Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt	Bremen
	Nein	Saarland	Bayern, Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen

Quelle: IGES

So sieht z. B. § 6 Abs. 1 des baden-württembergischen Landeskrankenhausgesetzes vor, dass im Rahmen des Krankenhausplans insbesondere die Qualität und Sicherheit der Versorgung zu beachten ist. Und im Krankenhausplan wird in Kapitel 4.1.1 festgestellt, dass die Krankenhausrahmenplanung sich vor allem an der medizinischen Leistungsfähigkeit und Zweckmäßigkeit und - unter anderem - an der langfristig zu sichernden medizinischen Qualität orientiere. Auch das Krankenhausgesetz des Landes Berlin sieht in § 6 Abs. 2 Nr. 1 vor, dass der Krankenhausplan als Rahmenplan insbesondere Versorgungsziele, Qualitätsanforderungen und die Voraussetzungen für die Zulassung zur Notfallversorgung benennt. Im Krankenhausplan wird diese Regelung konzeptuell aufgegriffen, indem festgestellt wird: "Soweit in Verbindung mit der Krankenhausplanung Anknüpfungspunkte bestehen (Vorgabe von Strukturanforderungen, Facharztstandard), werden diese aufgegriffen und in Planungsentscheidungen bei gegebenen Ermessensspielräumen einbezogen." (Kapitel 5: 17).

Daneben gibt es sieben weitere Bundesländer (z. B. Bayern), in denen die Qualität als Grundlage der Krankenhausplanung weder im Gesetz noch im

Plan ausdrücklich eine Rolle spielt. Von diesen Ländern hat Thüringen explizit darauf hingewiesen, dass es zur Regelung von Strukturanforderungen einer gesetzlichen Grundlage ermangele: "Die mit dem 5. Thüringer Krankenhausplan formulierten Zielsetzungen, für bestimmte Leistungsangebote der Krankenhäuser Mindestvorgaben zur Strukturqualität verbindlich über die Krankenhausplanung zu regeln, können mit dem 6. Thüringer Krankenhausplan noch nicht verwirklicht werden, da die hierfür notwendige Novellierung des Thüringer Krankenhausgesetzes in der zurückliegenden Legislaturperiode nicht mehr abgeschlossen werden konnte (6. Plan: 19).

Auffällig sind die beiden übrigen Länder: Auf der einen Seite wird in Bremen die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung vielfach im neueren Krankenhausgesetz (von 2011) thematisiert, im Krankenhausplan von 2007 spielt die Qualität der Versorgung allerdings explizit noch keine wesentliche Rolle. Auf der anderen Seite findet sich im saarländischen Krankenhausgesetz keine ausdrückliche Ausrichtung der Krankenhausplanung an der Versorgungsqualität; statt dessen wird dort unter anderem in § 23 Abs. 8 des Saarländischen Krankenhausgesetzes i. d. F. von 2007 geregelt, dass zwischen Kostenträgern und Krankenhausträgern durch Festlegungen von Mindestversorgungsmengen und Mindestausstattungsstandards weitergehende Regelungen zur Qualitätssicherung vertraglich vereinbart werden können. Im Krankenhausplan von 2011 wird dagegen die Qualität der Versorgung ausdrücklich zum Ziel der Krankenhausplanung (Kap. 2.1.3) und der Krankenhausplanungsbehörde zur Aufgabe gemacht, weitere Qualitätsanforderungen an die Leistungen der Krankenhäuser im Krankenhausplan zu verankern.

Deutliche Unterschiede zwischen den Ländern gibt es auch hinsichtlich der Explizierung der Konsequenzen bei Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben. Vielfach lassen sich diese Konsequenzen nicht unmittelbar und eindeutig aus den Krankenhausplänen und -gesetzen der Länder erschließen. Vor allem die Bundesländer Saarland und Schleswig-Holstein haben dagegen in ihren aktuellen Krankenhausplänen klare Festlegungen getroffen: Die Einhaltung von Qualitätsvorgaben (d.h. dort z. B.: die Zertifizierung von Einrichtungen nach den Vorgaben von Fachgesellschaften) wird unmittelbar an den Bestand des entsprechenden Versorgungsvertrags geknüpft.

3.8.3 Inhaltliche Beschreibung der ausgewählten Vorgaben in den Krankenhausplänen

Im Hinblick auf die Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen können vier Konstellationen unterschieden werden:

1.) Vier Länder (Bremen, Niedersachsen, Sachsen, Thüringen) trafen überhaupt keine Festlegungen zu Strukturqualitätsanforderungen an Krankenhäuser.

2.) In anderen Fällen verzichteten Länder in bestimmten Teilbereichen auf eine Regelung zur Strukturqualität mit dem expliziten Verweis auf bundesrechtliche Vorgaben entweder des G-BA (z. B. zur neonatologischen Versorgung) oder des OPS (insbesondere den OPS 8-550 zur geriatrischen Komplexbehandlung).⁸⁶

3.) In anderen Konstellationen machten Länder externe Vorgaben etwa von Fachgesellschaften (im Rahmen von Zertifizierungen) ausdrücklich zur Grundlage ihrer Krankenhausplanung, ohne selbst inhaltlich eigene Kriterien zu entwickeln (Tabelle 30). So machten das Saarland (2010: 61f.) und Rheinland-Pfalz (2010: 90f.) eine Zertifizierung im Bereich der Gefäßmedizin zur Voraussetzung für einen entsprechenden Versorgungsauftrag. Vor allem aber das Land Schleswig-Holstein macht von solchen Verweisen Gebrauch: Zertifizierungen werden für Brustzentren, Onkologische Zentren, Diabetologische Schwerpunkte sowie Traumazentren zur Voraussetzung für einen entsprechenden Versorgungsvertrag, für den Bereich der Neonatologie die Vorgaben des G-BA. Im Hinblick auf die Brustzentren verweist das Land (2010: 63) zudem darauf, dass eine Zertifizierung des Brustzentrums durch die Deutsche Krebsgesellschaft als Grundlage für die Erfüllung der Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 3 KHEntgG angesehen wird.⁸⁷

⁸⁶ Im aktuellen Krankenhausplan für Hamburg wird festgestellt (S. 40): "Welche Auswirkungen der Beschluss des GBA auf die Struktur der Hamburger geburtshilflichen Abteilungen künftig entwickeln wird, bleibt zu beobachten." Und im aktuellen Krankenhausplan Hessens heißt es (S. 81): "Die Strukturvorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses haben unmittelbare Rechtswirkung, die nicht krankhausplanerisch nachvollzogen werden muss."

⁸⁷ Eine weitere Konstellation findet sich in Bayern: Dort verweist der Krankenhausplan ausdrücklich auf die Anforderungen aus DMP Brustkrebs Anlage 1 "Struktur- und Prozessqualität Krankenhaus Brustkrebs", stellt aber dann fest: "Die Ausweisung im Anhang des KH-Plans erfolgt ohne planerische Festlegung ausschließlich zur Information. Insbesondere ist mit der Tatsache, dass ein Krankenhaus nicht im Anhang ausgewiesen ist, kein Ausschluss von der Leistungserbringung verbunden." (Kapitel 3.3.4).

Tabelle 30: Übersicht über die von den Ländern mit Verweis auf andere Quellen regulierten Bereiche

Versorgungsbereich	Fundierung	Bundesländer
Verbindlicher Verweis		
Brustzentren	Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft / Deutsche Gesellschaft für Senologie	Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein
Gefäßmedizin	Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie (RP), Dreier-Zertifizierung (SL)	Rheinland-Pfalz, Saarland
Chest Pain Unit	Zertifizierung Deutsche Gesellschaft für Kardiologie - Herz- und Kreislaufforschung	Saarland
Schlaganfall	Zertifizierung gem. Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft und Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe	Saarland
Trauma	Zertifizierung gem. der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.	Schleswig-Holstein
Tumorzentrum	Anforderungen an ein Onkologisches Zentrum der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie (DGHO)	Schleswig-Holstein
Nephrologie	Ausführungen der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie	Schleswig-Holstein
Diabetes	DGG Anerkennung Stufe 1 und 2, zusätzlich DMP-Voraussetzungen für Diabetologische Schwerpunkteinheiten	Schleswig-Holstein
Unverbindlicher Verweis		
Brustzentren	DMP Anforderungen 'Anlage 1 Struktur- und Prozessqualität Krankenhaus Brustkrebs'	Bayern, Berlin
Neonatologie	G-BA-Richtlinie	Hamburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt
Geriatric	OPS 8-550	Rheinland-Pfalz, Sachsen

Quelle: IGES

4.) Neben solchen Verweisen kommt es auch häufig vor, dass die Bundesländer selbst Strukturqualitätsvorgaben festlegen, ohne sich dabei ausdrücklich auf andere Quellen zu beziehen. Diese Fälle werden im Folgenden ausführlicher dargestellt.

Ein Kernbereich für die Vorgabe von Strukturqualitätsanforderungen war die Notfallversorgung. Hier machten insgesamt fünf Länder (Berlin, Hessen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und das Saarland) entsprechende Vorgaben. Hinzu kommen Vorgaben zur indikationsspezifischen Notfallversorgung wie etwa im Bereich der kardiologischen Notfallversorgung (Berlin, Hamburg) und im Bereich der akuten Schlaganfallversorgung (Baden-Württemberg, Hamburg, Saarland).

Ein weiterer inhaltlicher Schwerpunkt der Krankenhauspläne lag im Bereich der geriatrischen Versorgung: Hier machten fünf Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt) weitergehende Vorgaben zur Strukturqualität.

Ebenfalls häufig thematisiert wurde der Bereich der onkologischen Versorgung, teilweise breit (Onkologische Zentren: Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern) und teilweise etwas enger gefasst (Brustzentren in Rheinland-Pfalz).

Die Versorgung von Neugeborenen und Kindern wurden in unterschiedlichen Konstellationen erfasst: einmal umfassend im Rahmen eines Perinatalzentrums (Mecklenburg-Vorpommern), einmal im Hinblick auf die pädiatrische Versorgung (Sachsen-Anhalt), zweimal mit einem Fokus auf die Geburtshilfe und einmal unter dem Aspekt der Neonatalversorgung (Bayern).

Neben weiteren spezifischen Regelungsbereichen (z. B. Diabetologie, Psychiatrie, Palliativmedizin) haben einige Länder auch übergreifende Festlegungen zur Strukturqualität getroffen, etwa im Hinblick auf den Facharztstandard (Berlin, Sachsen-Anhalt) oder die Mindestabteilungsgröße (Hessen).

3.8.4 Regelungsinhalte

Insgesamt wurden aus den aktuellen Krankenhausplänen der Länder 38 Bereiche ausgewertet, in denen die Länder eigenständige Vorgaben zur Strukturqualität gemacht haben. Quantitativ dominieren dabei die Vorgaben zur personellen Ausstattung und zu einer Einrichtung insgesamt: zu diesen beiden Themen wurden in 21 bzw. 29 der 38 betrachteten Bereiche Vorgaben gemacht (Tabelle 31).

Tabelle 31: Übersicht zu den Regelungsinhalten von Krankenhausplänen anderer Bundesländer

Bundesland	Versorgungsbereich	Gesamt	Pers.	App.	Räum.	Menge	Sonst.
Notfallmedizin							
Berlin	Notfallmedizin	1	1	0	1	1	1
Hessen	Notfallmedizin	1	1	1	0	0	0
Sachsen-Anhalt	Notfallmedizin	1	1	1	0	0	0
Schleswig-Holstein	Notfallmedizin	1	1	1	0	0	0
Saarland	Notfallmedizin	1	0	1	0	0	0
Berlin	Kardiologie (Notfallmedizin)	0	1	1	0	1	0
Hamburg	Kardiologie (Notfallmedizin)	0	0	1	0	0	0
Schlaganfall							
Baden-Württemberg	Schlaganfall	1	1	0	0	1	0
Hamburg	Schlaganfall	0	0	0	0	0	1
Saarland	Schlaganfall	1	1	0	0	1	1
Onkologie							
Baden-Württemberg	Onkologie	0	1	0	0	0	1
Bayern	Onkologie	0	1	0	1	1	1
Hessen	Onkologie	1	1	0	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	Onkologie	1	0	1	0	0	1
Rheinland-Pfalz	Onkologie	1	1	1	0	0	0
Geriatric							
Baden-Württemberg	Geriatric	0	1	0	0	0	0
Bayern	Geriatric	1	1	0	1	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	Geriatric	0	1	0	0	0	1

Bundesland	Versorgungsbereich	Gesamt	Pers.	App.	Räum.	Menge	Sonst.
Rheinland-Pfalz	Geriatric	1	1	1	0	0	0
Sachsen-Anhalt	Geriatric	1	1	0	0	0	1
Geburt, Kinder							
Sachsen-Anhalt	Pädiatrie	0	1	0	0	0	1
Mecklenburg-Vorpommern	Perinatalzentrum	1	1	1	0	1	1
Bayern	Neonatalogie	1	0	0	0	1	1
Rheinland-Pfalz	Geburtshilfe	1	1	1	0	0	0
Saarland	Geburtshilfe	1	0	0	0	1	0
Neurologische Frührehabilitation							
Brandenburg	Neurologische Frührehabilitation	1	0	0	0	0	0
Hamburg	Neurologische Frührehabilitation	1	1	0	0	0	1
Sachsen-Anhalt	Neurologische Frührehabilitation	0	1	0	0	0	1
Weitere Fachgebiete							
Berlin	Thoraxchirurgie	0	1	0	0	1	0
Berlin	Psychiatrie	0	1	0	0	0	0
Rheinland-Pfalz	Diabetologie	0	1	1	0	0	1
Baden-Württemberg	Intensivmedizin	1	0	0	0	0	0
Fachgebietsübergreifend							
Schleswig-Holstein	Palliativmedizin	1	1	0	1	1	1
Baden-Württemberg	Schmerz	0	1	0	1	0	1
Hessen	Mindestabteilungsgrößen	0	0	0	0	1	0
Berlin	Facharztstandard	0	1	0	0	0	0
Sachsen-Anhalt	Facharztstandard	0	1	0	0	0	0
Hessen	Belegarztsystem	0	1	0	0	0	0
Gesamt		21	29	12	5	11	17

Quelle: IGES

Bei den Strukturvorgaben zum Gesamthaus geht es meist um vorzuhaltenden Fachabteilungen und Funktionsbereiche etwa bei Zentren oder der Notfallversorgung. Die vielfältigen Vorgaben zur personellen Ausstattung sind oft sehr ausdifferenziert.

Tabelle 32: Anzahl Versorgungsbereiche, für die in den Krankenhausplänen Vorgaben zu den verschiedenen Berufsgruppen gemacht werden

	Arzt	Pflege	Therapeuten	Sonstiges Personal	Anzahl Versorgungsbereiche insgesamt
Anzahl Versorgungsbereiche	28	11	17	9	38

Quelle: IGES

Bei den Vorgaben zur personellen Ausstattung dominieren wiederum Vorgaben zum ärztlichen Bereich (Tabelle 32). Vielfach geht es um die Facharztbezeichnung des leitenden Arztes einer Abteilung, teilweise auch um den Facharztstatus weiterer Ärzte. Häufig (in 17 der 38 identifizierten Versorgungsbereiche) werden in den Plänen auch Vorgaben zur zeitlichen Verfügbarkeit des Personals gemacht (Tabelle 33), vor allem im Bereich der Notfallmedizin (z. B. "24-stündiger ärztlicher Anwesenheitsdienst"⁸⁸).

Tabelle 33: Art und Vorgaben zur Personalausstattung, die von in Krankenhausplänen gemacht werden

	Weitere Anforderungen an die Leitung	Erforderliche abs. Anzahl	Personal-schlüssel	Zeitliche Verfügbarkeit	Anzahl Versorgungsbereiche insgesamt
Anzahl Versorgungsbereiche	11	12	3	17	38

Quelle: IGES

Für die Geriatrie wird z. B. in Bayern vorgegeben, dass die fachärztliche Behandlungsleitung "zu den üblichen Arbeitszeiten" anwesend sein muss. Minutengenaue Vorgaben enthält der Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz für die Geburtshilfe: Demnach muss z. B. ein Facharzt für Frau-

⁸⁸ Vorgabe des Landes Schleswig-Holstein zur Notfallmedizin.

enheilkunde und Geburtshilfe innerhalb von zehn Minuten im Krankenhaus verfügbar sein.

Stellenschlüssel bzw. feste Vorgaben zur Anzahl der in einem Zentrum oder einer Fachabteilung tätigen Ärzte werden seltener getroffen. Bayern empfiehlt eine Orientierung an den Personalkennzahlen des Qualitätssiegels Geriatrie und sieht für eine Palliativstation 1 Arztstelle pro 6,5 Betten vor. Berlin verweist für die Psychiatrie auf die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und fordert für die Ausweisung einer Abteilung für Thoraxchirurgie mindestens zwei in Vollzeit tätige Fachärzte für Thoraxchirurgie. Das Land Sachsen-Anhalt schließlich fordert für alle Fachabteilung, dass Leiter und stellvertretender Leiter einer Fachabteilung zusammen für mindestens 60 Stunden pro Woche vertraglich gebunden sind.

Noch seltener sind arztbezogene Mindestmengenvorgaben: So schreibt das Land Berlin für die Ausweisung einer Kardiologie mindestens vier PCI-erfahrene Kardiologen des Krankenhauses (ggf. Belegärzte) mit mindestens 75 perkutanen Koronarinterventionen (PCI) pro Jahr und Arzt vor.

Vorgaben zur personellen Ausstattung im Pflegebereich und mit Therapeuten kommen deutlich seltener vor und sind weniger differenziert als die Vorgaben zur ärztlichen Personalausstattung. Bei den Therapeuten werden oft nur die Berufsgruppen genannt. Detaillierte Vorgaben sind selten: So erwartet Bayern für die Palliativversorgung von der Pflegeleitung und deren Vertretung einen abgeschlossenen 160 h Palliative Care Kurs; Berlin verweist für die Psychiatrie lediglich auf die Einhaltung der Psych-PV, laut dem Krankenhausplan des Landes Rheinland-Pfalz sollte in der Geburtshilfe mindestens eine examinierte Krankenschwester / Krankenpfleger ständig erreichbar sein. In Regionalen und Überregionalen Schmerzzentren des Landes Baden-Württemberg soll mindestens eine in der Schmerztherapie erfahrene Pflegekraft tätig sein. Das Pflegepersonal soll die Qualifikation einer „Pain Nurse“ oder alternativ einer algesiologischen Fachassistenz aufweisen.

Vorgaben zur apparativen Ausstattung beziehen sich überwiegend auf den Bereich der allgemeinen oder fachspezifischen notfallmedizinischen Versorgung. Hinsichtlich ihrer Spezifität bleiben diese Anforderungen aber deutlich hinter denen anderer Quellen (z. B. der Leitlinien und Zertifikate) zurück. Vergleichsweise spezifisch sind dabei noch die Vorgaben des Landes Rheinland-Pfalz zur apparativen Ausstattung in der Geriatrie, für die u.a. neben eigenen Betten zur Monitorüberwachung (Intermediate Care) alle sonographischen sowie elektrokardiographischen Untersuchungsmöglichkeiten in eigener Verantwortung verfügbar sein sollten.

Vereinzelt machen die Länder Mindestkapazitätsvorgaben. Dabei setzt das Land Hessen umfassend Mindestabteilungsgrößen fest, während andere

Länder Mindestkapazitäten für ganz bestimmte Bereiche (z. B. Schleswig-Holstein: mindestens fünf Betten für Palliativmedizin; Bayern: Mindestanzahl neonatologischer Intensivbeatmungsplätze) fordern.

3.8.5 Quantitative Relevanz und Entwicklung

Die in den Krankenhausplänen mit eigenen Vorgaben der Länder geregelten Versorgungsbereiche lassen sich auf unterschiedliche Weise abgrenzen: über einen Fachabteilungsschlüsse (z. B. 0200 Geriatrie), einen typischen OPS Code (z. B. 8-550 Geriatriische frührehabilitative Komplexbehandlung) oder das abgedeckte Diagnosespektrum (Diabetes mellitus E10-E14 ICD 10).

Mengenmäßig besonders relevant ist die onkologische Versorgung. Hier ist es in den letzten Jahren trotz einer Fallzahlsteigerung zu einer Konzentration der Leistungserbringung auf weniger Krankenhäuser gekommen. Deutliche Rückgänge bei der Anzahl der behandelnden Einrichtungen von 2006 bis 2010 zeigen sich auch in der kardiologischen Notfallversorgung, der Diabetologie, der Geburtshilfe und Neonatologie und der allgemeinen Schlaganfallversorgung (abgrenzt über die Hauptdiagnose). Besonders auffällig sind jedoch die Entwicklungen bei der spezialisierten Schlaganfallversorgung (OPS 8-981, 8-98b) und der spezialisierten Schmerzversorgung (OPS 8-918, 8-91c). In beiden Bereichen gab es - auf unterschiedlichen Niveaus - eine deutliche Fallzahlsteigerung. Während diese jedoch im Bereich der Schlaganfallversorgung mit einem deutlichen Anstieg der leistungserbringenden Einrichtungen einher ging, ging die Anzahl der Einrichtungen, die eine spezialisierte Schmerztherapie erbrachten, noch deutlicher zurück. Auffällig bei der Schlaganfallversorgung ist auch, dass die Anzahl der Schlaganfall-Fälle mit spezialisierter Behandlung deutlich stärker gestiegen ist die Anzahl der Fälle mit entsprechenden Schlaganfall-Diagnosen.

Bei der geriatrischen Versorgung zeigt sich, dass im Jahr 2010 nahezu drei Viertel der 71.093 Fälle mit einer geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung in einer der - entsprechend den Daten gem. § 21 KHEntgG - 77 geriatrischen Abteilungen abgerechnet wurden. Die übrigen Fälle verteilten sich auf 88 Abteilungen für Innere Medizin und 307 sonstige Abteilungen. Betrachtet man nur die Fälle ohne Verlegungen (40.424), so lag der Anteil der in geriatrischen Abteilungen behandelten Patienten mit 91,8% deutlich höher.

Tabelle 34: Quantitative Relevanz der Vorgaben in Krankenhausplänen im Hinblick auf Fallzahlen und betroffene Einrichtungen, 2006/2010

Versorgungsbereich	Abgrenzungskriterien (ICD, OPS, Abteilungsschlüssel)	Fälle 2010		Veränd. 2006-2010	Einrichtungen 2010		Veränd. 2006-2010	
		Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einricht.	Anzahl	in %
Onkologie	C00-D48	448.363	10,156%	0,9%	338	84,9%	-20	-5,59%
Brustzentrum	C50	36.542	0,828%	0,8%	279	70,1%	-28	-9,12%
Psychiatrie	F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	290.272	6,575%		377	94,7%		
	2900 Allgemeine Psychiatrie; 3100 Psychosomatik / Psych.therapie	218.553			102	25,6%		
	F00-F99 in 2900 Allgemeine Psych; 3100 Psych.som. /Psych.therapie	201.668			102	25,6%		
Pädiatrie	1000 Pädiatrie	229.398		-1,0%	74	18,6%	0	0,00%
Geriatric	8-550	55.042	1,496%	56,2%	96	24,1%	12	14,29%
	0200 Geriatric	98.289			77	19,3%		
	OPS 8-550 in 0200 Geriatric	51.273		51,5%	77	19,3%	7	10,00%
Kardiologie	I20-I25; R07.1-4	191.373	4,335%	-3,0%	318	79,9%	-21	-6,19%

Versorgungsbereich	Abgrenzungskriterien (ICD, OPS, Abteilungsschlüssel)	Fälle 2010		Veränd. 2006-2010	Einrichtungen 2010		Veränd. 2006-2010	
		Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einricht.	Anzahl	in %
Notfallmedizin	I21, I22	47.733	1,081%	5,6%	309	77,6%	-17	-5,21%
Diabetologie	E10-E14	46.375	1,050%	-1,8%	320	80,4%	-25	-7,25%
Geburtshilfe	OPS 5-72, 9-260, 9-261, 9-268	86.361	2,3%	-1,6%	166	41,7%	-20	-10,8%
	OPS 5-74 (Sectio)	48.935	1,33%	7,1%	186	46,7%	-16	-7,9%
Neonatologie	P00-P96	39.587	0,897%	6,0%	189	47,5%	-21	-10,00%
Schlaganfall	I60, I61, I62, I63, I64, G45	85.576	1,938%	5,3%	322	80,9%	-14	-4,17%
	8-981, 8-98b	42.809	1,163%	77,7%	107	26,9%	21	24,42%
Schmerz	8-918, 8-91c	8.766	0,238%	54,1%	90	22,6%	-54	-37,50%
Thoraxchirurgie	ICD und OPS*	2.641		-13,1%	10	2,5%	-1	-9,09%
Neurologische Frührehabilitation	8-552	842	0,019%	21,9%	18	4,5%	-4	-18,18%

Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG Anmerkung: * Die Abgrenzung der Thoraxchirurgie erfolgt in Berlin über folgende OPS bzw. ICD, ICD: A15, C34, C37, C38, C45.0, C77.1, C78.0, C78.1, C78.3, D14.3, D38.1, D38.2, D38.3, D86, J86, J94.0, J94.1, J94.2, J94.7, J94.8, J95.8; OPS: 5-321, 5-322, 5-323, 5-324, 5-325, 5-327, 5-328, 5-334, 5-342, 5-343.6, 5-343.7, 5-344, 5-346.8, 5-346.9, 5-346.a, 5-347, 5-077

3.8.6 Fundierung der Strukturvorgaben in den Quellen

Wie oben beschrieben, stützt sich mittlerweile eine Reihe von Ländern bei der Festlegung von Qualitätsvorgaben auf Zertifikate von Fachgesellschaften, um so eine entsprechende fachliche Fundierung ihrer Vorgaben sicherzustellen.

Bei den übrigen Festlegungen ist überwiegend keine besondere Fundierung zu erkennen. Teilweise wurden die Vorgaben aber von Expertenkommissionen oder Arbeitsgruppen auf Landesebene erarbeitet; so dass zumindest ein Expertenkonsens ersichtlich wird.

3.8.7 Fazit

Einige Bundesländer haben umfangreich von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, Anforderungen an die Strukturqualität der Krankenhäuser in ihre aktuellen Krankenhauspläne aufzunehmen, während andere Länder diese Möglichkeit bisher überhaupt nicht genutzt haben. Teilweise ist dies geschehen, ohne dass in den entsprechenden Krankenhausgesetzen der Länder explizite Ermächtigungen zur Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen enthalten sind. In diesen Fällen könnte eine Ableitung der Kompetenz zur Festlegung von Strukturqualitätsvorgaben aus dem gesetzlichen Auftrag der Länder zur Sicherung der Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern erfolgt sein.

Die Festlegungen unterscheiden sich sowohl hinsichtlich ihrer Fundierung und Verbindlichkeit als auch im Hinblick auf ihre inhaltliche Ausrichtung und Detailliertheit.

- Hinsichtlich ihrer Fundierung stützen nur wenige Länder die Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen umfassend auf externe Evidenzquellen. Vorrangig werden in diesen Fällen Zertifizierungen von Fachgesellschaften herangezogen. Vielfach bezogen sich die Länder jedoch auf Landesgremien oder machten überhaupt keine Angaben zur Evidenzbasierung.
- Die Verbindlichkeit der Vorgaben zur Strukturqualität für die Krankenhäuser wird in vielen Krankenhausplänen nicht klar ersichtlich. In anderen Fällen wird explizit erwähnt, dass die Ausweisung aus Transparenzgründen erfolgt, d. h. um bestimmte Qualifikationen öffentlich besser sichtbar zu machen. Einige Bundesländer knüpfen aber die Erfüllung von Strukturqualitätsanforderungen unmittelbar an den Versorgungsvertrag der Krankenhäuser.

- Inhaltlich stand die Notfallversorgung im Vordergrund; teilweise wurden ganze Versorgungsbereiche / Fachgebiete spezifisch geregelt, teilweise wurden fachgebietsübergreifende Regelungen getroffen. Die Vorgaben zur Strukturqualität, die derzeit Krankenhauspläne enthalten, beziehen sich – wie dies auch für die anderen Quellen festgestellt werden konnte – vorrangig auf die personelle Ausstattung mit (ärztlichem) Personal und dessen zeitliche Verfügbarkeit.

Die Vorgaben anderer Bundesländer zu Strukturqualitätsanforderungen in der Krankenhausplanung können eine Grundlage für entsprechende Überlegungen in Nordrhein-Westfalen sein. Vor einer Übertragung von Regelungsansätzen anderer Länder auf die nordrhein-westfälische Krankenhausplanung ist jedoch die Erforderlichkeit, Geeignetheit und Angemessenheit einer solchen Maßnahme vor dem Hintergrund der spezifischen Versorgungssituation in Nordrhein-Westfalen eingehend zu prüfen.

3.9 Prüfung auf besonderen Handlungsbedarf

3.9.1 Notfallversorgung

Als ein Problem in der stationären Versorgung wird zunehmend diskutiert, dass Krankenhäuser nicht in ausreichendem Maße an der Notfallversorgung teilnehmen. Das Saarland überwacht in diesem Zusammenhang die Abmeldungen der Krankenhäuser von der Notfallversorgung. Krankenhäuser mit einer eingeschränkten Verfügbarkeit von Notfallkapazitäten werden von der Krankenhausplanungsbehörde kontaktiert, um einer Verbesserung der Situation zu erreichen. Gegebenenfalls werden aufsichtsrechtliche Maßnahmen gem. § 15 Abs. 4 SKHG getroffen (2011: 30).

Entsprechende Informationen für das Land Nordrhein-Westfalen waren für die Gutachtenerstellung nicht verfügbar. Um die Situation der Notfallversorgung in NRW zu ermitteln, werden daher die Daten gem. § 21 KHEntgG analysiert. Ausgangspunkt der Analyse sind hierbei die Notfälle, die in Zeiten aufgenommen werden, in denen eine anderweitige Versorgung außer der im Krankenhaus nur eingeschränkt möglich ist. Hierbei handelt es sich um Nachtzeiten und die Wochenenden. Gleichzeitig sind dies auch Zeiten, in denen die Personalkapazitäten im Krankenhaus reduziert sind. Da Krankenhäuser grundsätzlich verpflichtet sind, kontinuierlich – also auch nachts und an Wochenenden – an der Notfallversorgung teilzunehmen, wäre zu erwarten, dass erstens Notfälle nachts und an Wochenenden relativ häufiger sind und zweitens dass es zwischen den einzelnen Krankenhäusern hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung nur relativ geringe Unterschiede gibt.

Die Daten gem. § 21 KHEntgG erlauben jedoch keine Differenzierung des Aufnahmezeitpunktes nach Tageszeiten, so dass Häufigkeitsunterschiede von Notfallaufnahmen während der Nacht nicht näher untersucht werden können. Ähnlich, wie dies auch im Land Berlin im Rahmen der Krankenhausplanung geschieht (2010: 56f.), können aber die Aufnahmehäufigkeiten von Notfällen in Krankenhäusern an Wochenenden untersucht werden.

Die Basis für die Identifikation von Notfällen in Krankenhäusern über die Diagnose bildete eine Liste mit Notfalldiagnosen, die von der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) herausgegeben wurde.⁸⁹ Diese enthält Notfalldiagnosen u. a. für die Bereiche Kardiologie, Pulmologie, Neurologie und Traumatologie. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass die DIVI-Liste im Wesentlichen Aufnahme- statt Entlassungsdiagnosen umfasst, während der Datensatz gemäß § 21 KHEntgG Entlassungsdiagnosen enthält.

Anhand des Datensatzes gem. § 21 KHEntgG wurde zunächst geprüft, wie sich die Fallzahlen bei den einzelnen Notfalldiagnosen von 2006 bis 2010 entwickelt haben und wie sich die Anzahl der diese Diagnosen ausweisenden Krankenhäuser in diesem Zeitraum entwickelt hat.⁹⁰ Der erste Analyseschritt zeigt, dass die Liste der DIVI wegen eines anderen Fokus (Aufnahme- statt Entlassungsdiagnose) nur sehr bedingt als Grundlage für eine Auswertung mit Daten gem. § 21 KHEntgG geeignet ist. So sieht man z. B. bei wesentlichen Notfalldiagnosen wie dem akuten Herzinfarkt oder dem Schlaganfall, dass diese in der Liste nur durch unspezifische Diagnosen bezeichnet werden (nicht näher bezeichneter akuter Myokardinfarkt (I21.9), so dass sich nicht nur sehr niedrige Fallzahlen für diese beiden für die Notfallversorgung zentralen Erkrankungen, sondern auch erhebliche Fallzahlrückgänge im Zeitraum 2006 bis 2010 ergeben. Aus diesem Grunde wurden zusätzlich eine besonders relevante Notfalldiagnose umfassender - ICD 10 I21 (Akuter Myokardinfarkt) statt nur I21.9 - sowie die Diagnosen des XIX. Kapitels des ICD 10 (Verletzungen, Vergiftungen etc.) insgesamt analysiert.

In einem zweiten Schritt wurde geprüft, wie viele Fälle mit entsprechenden Diagnosen im Jahr 2010 von den Krankenhäusern an Wochenenden (Samstag und Sonntag) aufgenommen wurden und wie sich diese Zahl zur Zahl der insgesamt (während der gesamten Woche) mit diesen Notfalldiagnosen aufgenommenen Fälle verhält.

⁸⁹ Vgl. <http://www.divi-org.de/fileadmin/pdfs/gdrg/icd.pdf>; Zugriff am 12.03.2012.

⁹⁰ Die Ergebnisse dieser Analysen finden sich in Anlage 2.

Auf Basis der DIVI-Diagnosen nahmen von den 346 im Datensatz enthaltenen Kliniken, die mindestens einmal eine der DIVI-Diagnosen kodiert hatten, 21 in keinem der vier Bereiche an der Notfallversorgung am Wochenende teil. Differenziert nach Notfalldiagnosen zeigt sich, dass bei den traumatologischen Notfalldiagnosen der Anteil der an Wochenenden aufgenommenen Patienten am höchsten ist (Tabelle 34) und über die restlichen Tage der Woche nahezu gleich verteilt.

Tabelle 35: Anteil der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit Notfalldiagnose an allen Fällen mit Notfalldiagnose nach Diagnosegruppen, 2010

Diagnosegruppe	Kardiologie	Pulmologie	Neurologie	Traumatologie
Anteil Fälle am Wochenende	14,7%	19,1%	18,3%	27,6%

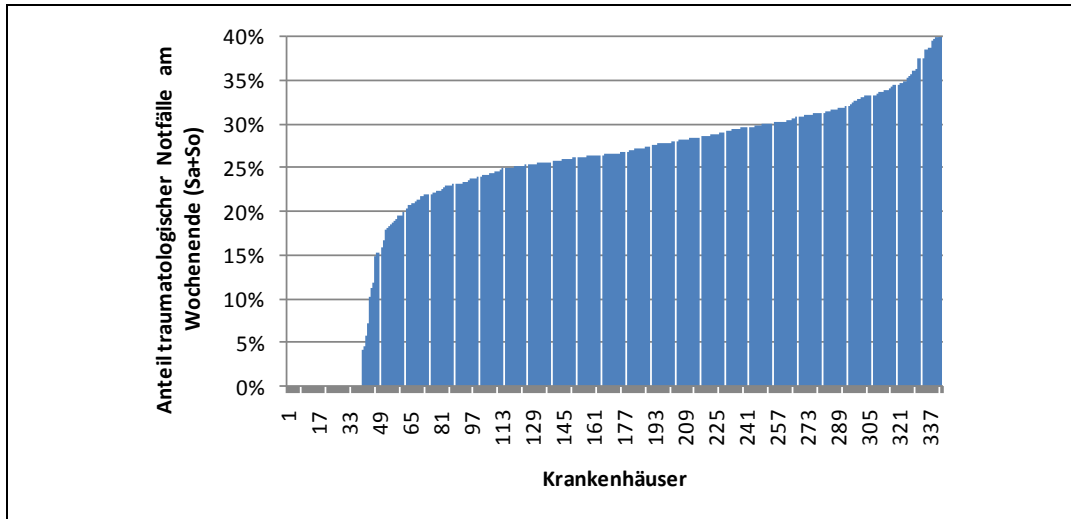
Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Bei den kardiologischen Notfällen hingegen war der Anteil der an Wochenenden aufgenommenen Fälle im Vergleich zu traumatologischen Notfällen nur etwa halb so hoch.

Betrachtet man nun die Verteilung der relativen Häufigkeiten auf die einzelnen Kliniken, zeigt sich, dass von den 346 im Datensatz enthaltenen Kliniken 39 (12,0 %) keine traumatologischen Notfälle an Wochenenden aufnahmen, darunter – ausweislich ihres Namens – viele Fachkliniken (Abbildung 9⁹¹). Bei weiteren 24 Kliniken war der Anteil nur unterdurchschnittlich hoch bei 4 % bis 20 %. Hieraus ergeben sich Hinweise darauf, dass sich ein nennenswerter Teil der Kliniken in NRW nur sehr eingeschränkt an der traumatologischen Notfallversorgung an Wochenenden beteiligt.

⁹¹ Die Abbildungen 9 - 14 stellen die Anteilswerte für jedes einzelne Krankenhaus graphisch in Form von Balken dar. Aufgrund der großen Anzahl der Krankenhäuser sind die einzelnen Balken sehr schmal; auch wurde der Übersicht halber nicht jedes Krankenhaus mit einer Nummer bezeichnet.

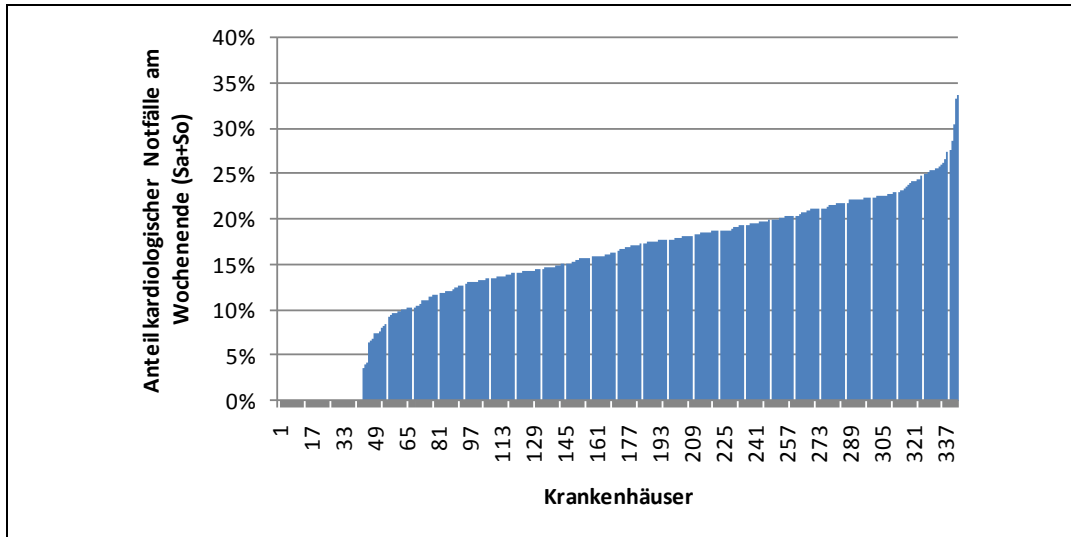
Abbildung 9: Anteile der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit traumato-
logischer Notfalldiagnose an allen Fällen mit traumatischer Not-
falldiagnose in den einzelnen Krankenhäusern, NRW, 2010



Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Von den 346 im Datensatz enthaltenen Kliniken mit entsprechenden Hauptdiagnosen behandelten 43 (12,1 %) keine kardiologischen Notfälle an Wochenenden, darunter – ausweislich ihres Namens – viele Fachkliniken. Bei weiteren 21 Kliniken (6,1 %) fanden max. 10 % ihrer kardiologischen Notfallaufnahmen an Wochenenden statt. Insgesamt 242 Kliniken (69,9 %), die an der Notfallversorgung teilnahmen hatten einen Anteil kardiologischer Notfallaufnahmen an Wochenenden zwischen 4 % und 20 % (Abbildung 10).

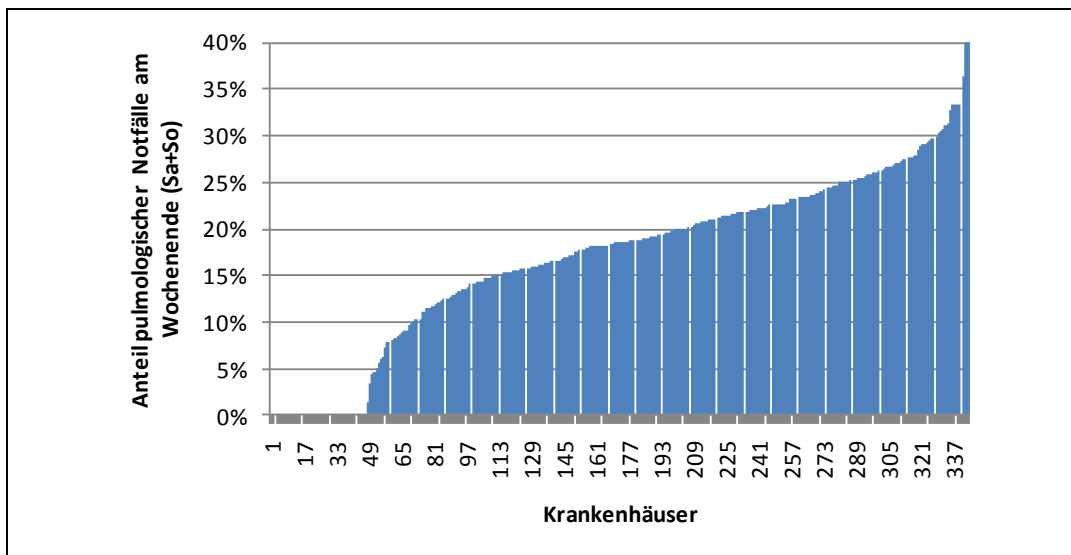
Abbildung 10: Anteile der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit kardiologischer Notfalldiagnose an allen Fällen mit kardiologischer Notfalldiagnose in den einzelnen Krankenhäusern, NRW, 2010



Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

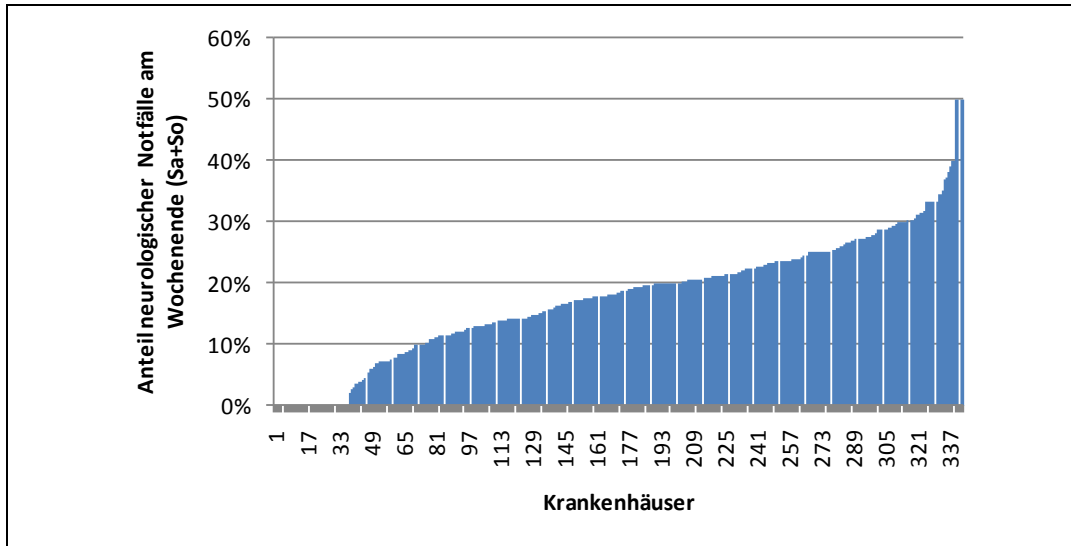
Vergleichbare Verhältnisse sind in der pulmonologischen (Abbildung 11) und neurologischen (Abbildung 12) Notfallversorgung zu beobachten.

Abbildung 11: Anteile der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit pulmonologischer Notfalldiagnose an allen Fällen mit pulmonologischer Notfalldiagnose in den einzelnen Krankenhäusern, NRW, 2010



Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

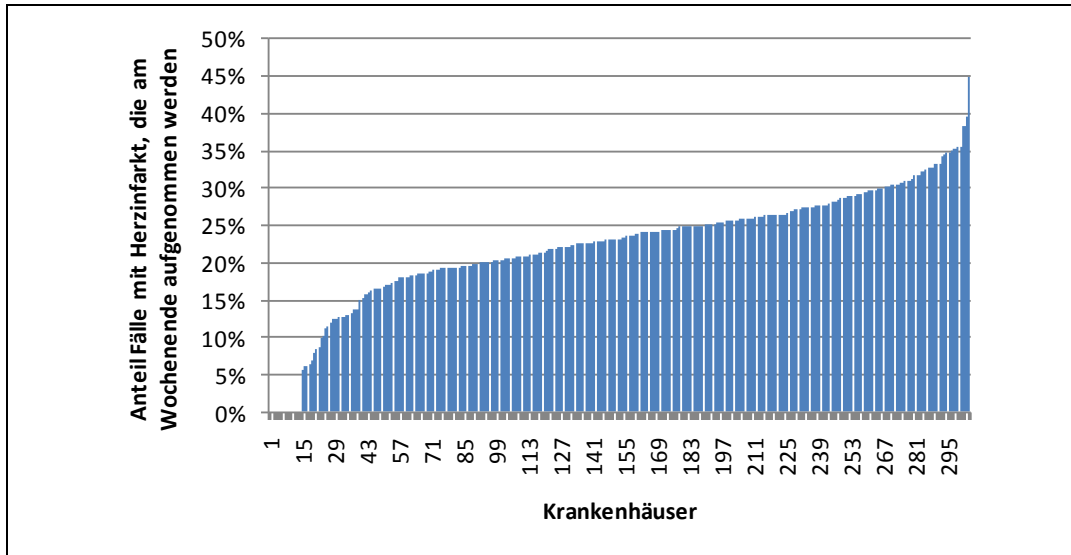
Abbildung 12: Anteile der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit neurologischer Notfalldiagnose an allen Fällen mit neurologischer Notfalldiagnose in den einzelnen Krankenhäusern, NRW, 2010



Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Betrachtet man weiter einige spezifische zusätzliche Notfalldiagnosen, zeigt sich ein ähnliches Muster. Von den Fällen mit der Diagnose Herzinfarkt (ICD 10 I21) wurden im Jahr 2011 rund 22,7 % an Wochenenden aufgenommen. Bei 39 Einrichtungen von 309 Einrichtungen (12,6 %), die Patienten mit der Hauptdiagnose Herzinfarkt aufnahmen, lag dieser Anteil unter 15 % (Abbildung 13). Berücksichtigt man nur die Einrichtungen, die insgesamt mindestens 10 Herzinfarktfälle im Jahr 2010 aufgenommen haben, sinkt der Anteil der Einrichtungen, die weniger als 15 % aller Fälle an Wochenenden aufgenommen haben, auf 9,2 %.

Abbildung 13: Anteile der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit Herzinfarkt an allen Fällen mit Herzinfarkt in den einzelnen Krankenhäusern, NRW, 2010

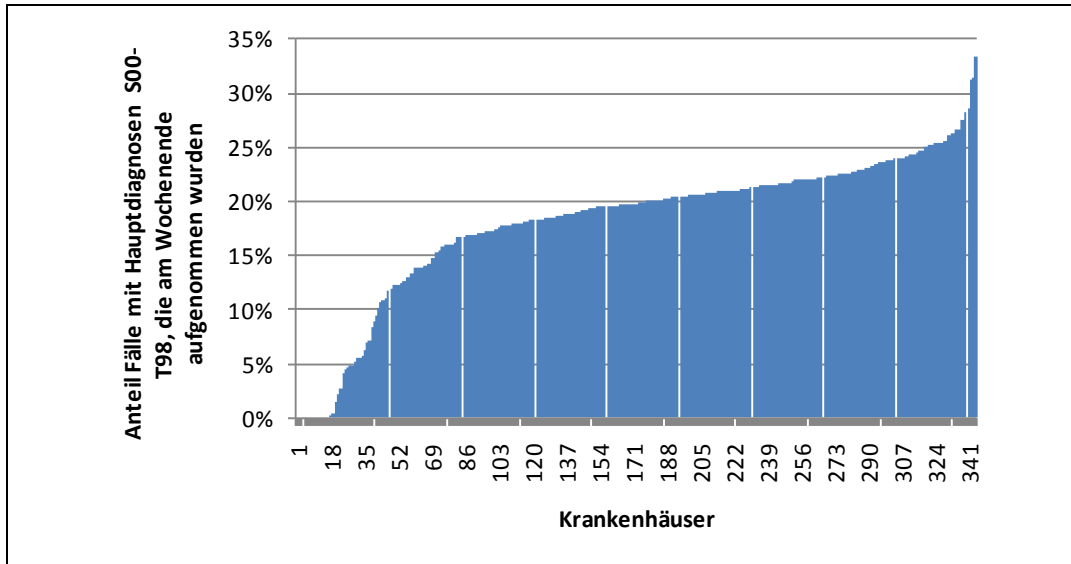


Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Anmerkung: Drei Krankenhäuser mit insgesamt weniger als drei Fällen, die angaben, mindestens 50 % aller Fälle an Wochenenden aufgenommen zu haben, werden in der Graphik nicht dargestellt, um die Übersichtlichkeit zu verbessern.

Bei Fällen mit Verletzungen etc. (ICD S00-T98) wurden an Wochenenden im Schnitt 20 % aller Fälle aufgenommen. In 70 der 348 Kliniken mit entsprechenden Diagnosen lag der Anteil unter 15 % (Abbildung 14).

Abbildung 14: Anteile der an Wochenenden aufgenommenen Fälle mit Hauptdiagnosen S00-T98 an allen Fällen mit Hauptdiagnosen S00-T98 in den einzelnen Krankenhäusern, NRW, 2010



Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHEntgG

Die Betrachtung der Häufigkeitsverteilungen von Notfallaufnahmen an Wochenenden für verschiedene Diagnosebereiche liefert ein erstes Indiz dafür, dass sich ein nennenswerter Teil der Kliniken in NRW nur mit Einschränkungen an der Notfallversorgung beteiligt.

3.9.2 Elektive Leistungen

Während bei der Notfallversorgung eher eine Unterversorgung befürchtet wird, werden von Krankenkassen für den Bereich elektiver, also planbarer, Leistungen mögliche Spielräume von Krankenhäusern zur Fallzahlerhöhung zunehmend kritisch diskutiert.⁹² Daher fordern die Krankenkassen schon seit mehreren Jahren, den Kontrahierungszwang mit Krankenhäusern zumindest zu lockern, indem für ausgewählte elektive Leistungen der Abschluss von Einzelverträgen ermöglicht wird.

Diese Forderung hat der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen bereits im Jahr 2007 aufgegriffen und in diesem Zusammenhang eine Unterscheidung zwischen Notfällen und elektiven Leistungen vorgeschlagen.⁹³ Als ersten Ausgangspunkt für das auf der individuellen Ebene zu verhan-

⁹² Vgl. beispielsweise BarmerGEK (2010).

⁹³ Vgl. dazu auch Albrecht et al. (2010: 59ff.).

delnde elektive Leistungsspektrum schlug der Rat die elektiven Leistungen des Fallpauschalenkatalogs der Bundespflegesatzverordnung 1995 vor (SVR-G 2007: 59). Von Seiten der Krankenkassen wurde ein möglichst umfassender Katalog elektiver Leistungen als Gegenstand einer Selektivvertragsoption gefordert (vgl. Platzer 2008). Genannt wurden neben den üblicherweise vorgeschlagenen Bereichen Hüft- und Kniegelenksprothesen, Arthroscopien der Schulter, Ellenbogen und Knie sowie Bandscheibeneingriffe folgende Leistungen:

- Prostataresektion
- Glaukom-Kataraktoperationen
- Operative Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen
- Entfernung der Gaumen- und Rachenmandeln
- Behandlung von Schlafapnoe
- Entbindungen und Versorgung von Neugeborenen

Die Spezifizierung des Abgrenzungskriteriums "Elektivität" für Leistungen kann beispielsweise nach folgenden Kriterien vorgenommen werden:

- Unterscheidung zwischen Tag- und Nachtaufnahmen
- Zugang eines Patienten in das Krankenhaus: selbständig oder per Rettungswagen
- "Nähe" von Leistungen zum Todesfall
- Abrechnungsposition im DRG-System: Einteilung von DRG-Positionen danach,
- ob diese immer / nie / bedingt (bei Nutzung eines Rettungswagens) als
- Notfall gelten (vgl. Leber et al. 2007: 30).

Eine umfassende Definition elektiver Krankenhausleistungen, die eine eindeutige Kategorisierung aller Krankenhausleistungen ermöglicht, existiert jedoch nicht. Für diese Studie wurden die in Tabelle 36 aufgeführten OPS-Codes berücksichtigt, bei denen ein hoher Anteil an elektiv erbrachten Leistungen nach den o. a. Kriterien vermutet wird.⁹⁴

⁹⁴ Durch diese Abgrenzung von elektiven Leistungen ausschließlich über den OPS Code wird die Häufigkeit elektiver Leistungen tendenziell überschätzt. So sind beispielsweise Krankenhausleistungen im Zusammenhang mit Hüft-Endoprothesen i. d. R. elektiv, wenn es sich um Arthrose als Diagnose handelt, sie können aber auch nach einem Unfall (Sturz) erbracht werden und wären dann als nicht-elektiv einzustufen.

Tabelle 36: Entwicklung der Anzahl von möglicherweise elektiv erbrachten Leistungen und der Anzahl der diese Leistungen erbringenden Einrichtungen 2006, 2010

OPS	Fälle 2010		Veränderung 2006-2010	Anzahl Krankenhäuser 2010		Veränderung 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller KH	Anzahl	in %
Endoprothetik							
5-82	93.934	2,55%	14,6%	291	73,1%	-11	-3,6%
Wirbelsäulenchirurgie							
5-83	55.265	1,50%	48,3%	259	65,1%	40	18,3%
5-837	1.090	0,03%	79,9%	88	22,1%	13	17,3%
Herzchirurgie							
8-83	232.814	6,33%	30,6%	323	81,2%	-23	-6,6%
8-84	12.488	0,34%		178	44,7%	178	
5-35	9.287	0,25%	19,6%	49	12,3%	15	44,1%
5-36	10.911	0,30%	-14,4%	25	6,3%	2	8,7%
5-37	36.753	1,00%	25,8%	268	67,3%	1	0,4%
Arthroskopien							
1-697	14.789	0,40%	0,1%	271	68,1%	-13	-4,6%
Herzkatheter							
1-27	172.494	4,69%	11,0%	284	71,4%	11	4,0%
Sectio							
5-74	48.935	1,33%	7,1%	186	46,7%	-16	-7,9%
Hernien (5-530, 5-531, 5-534, 5-535, 5-536)							
s. o.	61.536	1,39%	2,8%	288	72,4%	-16	-5,3%
Prostata							
5-601	16.199	0,37%	-0,1%	101	25,4%	-1	-1,0%

Quelle: IGES auf Basis der Daten gem. § 21 KHentgG

Insgesamt hat die Anzahl abgerechneter OPS-Codes im Zeitraum 2006 bis 2010 um 16,4 % zugenommen. Insbesondere im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie hat sowohl die Anzahl der erbrachten Leistungen als auch die Anzahl der leistungserbringenden Krankenhäuser von 2006 bis 2010 überproportional zugenommen. Im Bereich der Endoprothetik und in Teilbereichen der Herzchirurgie (OPS 8-83: Therapeutische Katheterisierung und Kanüleneinlage in Gefäße), den Arthroskopien und der Versorgung von

Hernien sind die Fallzahlen insgesamt ebenfalls gestiegen, allerdings konzentrierten sich hier die Fallzahlen auf eine abnehmende Zahl von Einrichtungen.

Die starke Zunahme der Behandlungsfälle in der Wirbelsäulenchirurgie verbunden mit der deutlichen Ausweitung der Anzahl der leistungserbringenden Krankenhäuser gibt Anlass, eine stärkere Überprüfung der Qualität der Leistungserbringung in Erwägung zu ziehen. Dies gilt auch vor dem Hintergrund von Untersuchungsergebnissen, die zeigen, dass die starke Fallzahlzunahme mit ausgeprägten regionalen Unterschieden in der Versorgung einhergeht und sich diese Unterschiede nur ansatzweise durch Morbiditätsunterschiede u. a. Faktoren erklären lassen (vgl. Fürstenberg et al. 2012).

Da die Krankenkassen weiterhin keine Plankrankenhäuser von der Teilnahme an der stationären Versorgung ihrer Versicherten grundsätzlich ausschließen können, beklagen sie, dass sie nicht über ausreichende Möglichkeiten zur Leistungsmengen- und -qualitätskontrolle verfügen. Somit käme zur Sicherstellung einer ausreichenden Strukturqualität bei elektiven Leistungen prinzipiell auch die Krankenhausplanung der Bundesländer in Betracht.

4 Ergebnis: Grundlagen für Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung

4.1 Beurteilung möglicher Qualitätskriterien nach Quelle

Vergleicht man die verschiedenen durchgesehenen Quellen hinsichtlich ihrer Eignung als Grundlage für die Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen in einem Krankenhausplan, so treten deutliche Unterschiede zutage (Tabelle 37).

Für die Vorgaben des G-BA und den in den OPS-Codes enthaltenen Qualitätsanforderungen gilt gleichermaßen, dass sie für die Leistungserbringer unmittelbar verbindlich sind, ohne dass eine explizite Evidenzgrundlage ersichtlich ist. Während sich die G-BA-Richtlinien aber - soweit sich dies quantifizieren ließ - v. a. auf hochspezialisierte Leistungen beschränken, deckten die identifizierten OPS-Codes mit Vorgaben zur Strukturqualität im Jahr 2010 insgesamt 515.961 OPS-Fälle ab. Auf die fünf häufigsten OPS Codes (8-980 - Intensivmedizin, 9-60 - Psychotherapie, 8-919 - Akutschmerzbehandlung, 8-550 Geriatrie und 8-981 - Schlaganfall) entfielen dabei rund 70 % aller Fälle.

Die quantitativ weitaus höchste Relevanz und auch die höchste Regelungsdichte haben die Zertifikate. In der Regel durch medizinische Fachgesellschaften beschlossen, ist die - bisher freiwillige - (Re-)Zertifizierung für die Krankenhäuser teilweise mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Angesichts ihrer zumindest mittelbaren Evidenzbasierung über die Konzentrierung im Rahmen einer oder mehrerer medizinischen Fachgesellschaften scheinen sich die Zertifikate von den hier untersuchten Quellen vergleichsweise gut als Grundlage für die Formulierung von Qualitätsindikatoren in der Krankenhausplanung zu eignen.

Die höchste Evidenzfundierung haben die Vorgaben in den 15 analysierten Leitlinien. Auch decken sie quantitativ bedeutsame Versorgungsbereiche ab. Ihr Regelungsgehalt im Hinblick auf die Strukturqualität ist allerdings eher gering und etablierte Vorlagen für die Erfassung der Strukturvorgaben existieren auch nicht, wodurch Praktikabilität und Umsetzbarkeit beschränkt werden.

Die fünf Qualitätsindikatoren weisen zwar schon allein deshalb eine hohe Praktikabilität auf, weil sie routinemäßig in der externen Qualitätssicherung Anwendung finden, ihr Regelungsgehalt ist aber sehr begrenzt. Für die Sicherung der Strukturqualität sind sie daher weitgehend irrelevant.

Tabelle 37: Zusammenfassung der Analyseergebnisse für die verschiedenen Quellen

	G-BA	OPS	Zertifikate	Leitlinien	QI
Anzahl extrahierter Quellen	7	55	32	515	5
Regelungsinhalte / -tiefe	hoch	mittel	hoch	gering	sehr gering
Anzahl Fälle insg.	15.702*	515.961	965.085**	501.830**	144.289
Umsetzungsstand	gesetzlich unmittelbar verpflichtend	gesetzlich unmittelbar verpflichtend	freiwillig, unterschiedlich ausgeprägt, oft bundesweit	wenig verbindlich/ unklar	gesetzlich unmittelbar verpflichtend
Handhabbarkeit	gut (Strukturprüfungen in RL vorgesehen)	mittel (nur Prüfungen im Einzelfall vorgesehen)	Aufwand KH: tw. hoch Aufwand Behörde: niedrig	eher niedrig	hoch, weil routinemäßig von KH zu dokumentieren
Evidenzbasis	nicht offensichtlich	nicht offensichtlich	mittel	hoch	nicht formell

Quelle: IGES

Anmerkung: * Bei zwei der sieben Richtlinien (zur Chondrozytenimplantation am Kniegelenk und zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen) ließ sich keine Fallzahl ermitteln.

** Dabei wurde die Anzahl der Polytraumatisierten/Schwerstverletzten in NRW basierend auf Lefering (2008) auf 6.000 Fälle im Jahr geschätzt.

4.2 Beurteilung möglicher Qualitätskriterien nach Regelungsbereichen

In den weitaus meisten Quellen wurden v. a. Vorgaben zur personellen Ausstattung der Krankenhäuser gemacht. 121 von 151 ausgewerteten Quellen enthielten entsprechende Vorgaben (Tabelle 38).⁹⁵

Tabelle 38: Überblick über die Regelungsinhalte nach Quellenarten

Quelle	Anzahl Quellen mit Vorgaben zu...						Insg.
	Gesamt- haus/ Fachabt.	Personal	apparative Ausstat- tung	räumliche Voraus- setzungen	Mengen und Kapazität	Sonst.	
G-BA	2	7	5	3	2	7	7
OPS	0	51	9	2	0	1	55
Zertifikate	14	32	31	22	23	30	32
QI	0	1	3	0	0	1	5
S3_LL	2	1	15	1	0	1	15
KH-Pläne	21	29	12	5	11	17	38
Gesamt	39	121	75	33	36	56	151

Quelle: IGES

Besonders häufig sind Vorgaben zur personellen Ausstattung in den Zertifikaten und den G-BA-Richtlinien. Die S3-Leitlinien und die Qualitätsindikatoren für die externe Qualitätssicherung hingegen machen kaum Vorgaben zur personellen Ausstattung und fokussieren stattdessen auf die apparative Ausstattung der Einrichtungen.

⁹⁵ Eine ausführliche Version dieser Tabelle, in der alle den einzelnen Versorgungsbereichen jeweils zugeordneten Quellen ausführlich ausgewiesen sind, findet sich in Anhang 1.

Tabelle 39: Überblick über die Vorgaben zur personellen Ausstattung nach Quellenarten

Quelle	Anzahl Quellen mit Vorgaben zu...				Gesamt
	Arzt	Pflege	Therapeuten	Sonstiges Personal	
G-BA	7	4	2	2	7
OPS	48	23	35	12	55
Zertifikate	32	23	16	18	32
QI	1	0	0	0	0
S3_LL	1	0	0	0	0
KH-Pläne	28	11	17	9	38
Gesamt	117	61	70	41	132

Quelle: IGES

Statt jeweils versorgungsbereichsspezifische Vorgaben zu treffen, haben zwei Bundesländer (Berlin und Sachsen-Anhalt) im Rahmen der Krankenhausplanung versucht, die Ausstattung mit ärztlichem Personal auch übergreifend hinsichtlich des von Krankenhäusern zu leistenden Facharztstandards zu konkretisieren.

Dies geschieht in dem einen Fall (Berlin) durch eine Stellungnahme der Berliner Ärztekammer und in Sachsen-Anhalt im Wesentlichen durch die Festlegung, dass

- die Leitung einer Abteilung jeweils durch einen Facharzt mit der entsprechenden Facharztbezeichnung erfolgen muss,
- die Stellvertreter der Leitung ebenfalls über diese Facharztbezeichnung verfügen müssen und
- diese Ärzte insgesamt mindestens für 60 Stunden pro Arbeitswoche arbeitsvertraglich gebunden sein müssen.

Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass es eine breite und detaillierte Basis für die Festlegung von Qualitätsanforderungen in der Krankenhausplanung insbesondere im Bereich der personellen Ausstattung mit Ärzten, Therapeuten und Pflegekräften gibt.

4.3 Beurteilung möglicher Qualitätskriterien nach Versorgungsbereichen

Die aus den einbezogenen Quellen exzerpierten Qualitätsvorgaben wurden 16 verschiedenen Versorgungsbereichen zugeordnet, die entweder einzelnen Fachabteilungen entsprechen oder Bereichen, die im Rahmen der

Krankenhausplanung häufig im Rahmen einer Fachplanung geregelt werden (Tabelle 40).

Umfassende Vorgaben aus einer Vielzahl unterschiedlicher Quellen gibt es vor allem für die *Onkologie*. Hier gibt es neben fünf jeweils organspezifischen S3-Leitlinien zehn Zertifikate, die die Versorgung entweder organspezifisch oder umfassender regeln. Damit ist auch ein hoher Fundierungsgrad der Vorgaben gegeben. Durch diese Vorgaben werden die wesentlichen Bereiche der onkologischen Versorgung abgedeckt. Insofern gibt es für Vorgaben zur Strukturqualität eine breite und gut fundierte Basis für in diesem quantitativ (ICD C00-C97: 368.237 Fälle im Jahr 2010) wie qualitativ sehr bedeutsamen Versorgungsbereich. Die hohe Bedeutung des Versorgungsbereichs zeigt sich nicht zuletzt auch daran, dass insgesamt sechs Bundesländer Strukturqualitätsanforderungen für diesen Bereich formuliert haben. Aufgrund des interdisziplinären Charakters dieses Versorgungsbereichs strahlen Strukturqualitätsvorgaben zur Onkologie in die verschiedenen Fachdisziplinen aus, insbesondere in die Innere Medizin (42,4 % aller onkologischen Diagnosen), Urologie (12,1 %), Chirurgie (11,6 %) und Frauenheilkunde und Geburtshilfe (8 %).

Auch im Bereich der *Notfall- und Intensivmedizin* - insbesondere im Hinblick auf die Versorgung von Schwerverletzten/Polytraumatisierten und die kardiologische Notfallbehandlung gibt es neben vier Zertifikaten und drei S3-Leitlinien zehn Bundesländer, die zu diesem Versorgungsbereiche Vorgaben zur Strukturqualität gemacht haben. Dabei beziehen sich jedoch drei Zertifikate zur Polytrauma- und Schwerverletzten-Versorgung im Rahmen eines gestuften Systems (Basis, Regional, Überregional) im Wesentlichen auf die Strukturqualität eines Schockraums. Die Notfallversorgung im breiteren, nicht fachspezifischen oder auf bestimmte Schweregrade ausgerichteten Sinne, wird dagegen nur in den Krankenhausplänen anderer Bundesländer thematisiert. Die Vorgabe des OPS Codes 8-990 weist zwar eine große Fallzahl auf (n=137.354 oder 3,8 % aller codierten OPS-Codes), regelt aber im Wesentlichen nur die Qualifikation und Verfügbarkeit des ärztlichen und pflegerischen Personals im konkreten Einzelfall. Entsprechend der einfallorientierten Logik des OPS-Systems macht er jedoch keine Vorgaben etwa zur - in diesem Bereich populationsbezogen notwendigen Zahl von personellen, apparativen und räumlichen Intensivbehandlungskapazitäten.

Die *geriatrische Versorgung* (98.289 Abteilungsfälle), die *Schlaganfallversorgung* (ICD 10 I60-I64, G45: 85.576 Fälle oder 1,9 % aller codierten OPS-Codes) und der große Bereich der *Pädiatrie* (n= 229.398 Abteilungsfälle) werden durch Zertifikate und OPS-Codes umfassend strukturiert; allerdings gibt es für diese Bereiche keine S3-Leitlinie für die Krankenhaus-

versorgung,⁹⁶ so dass die Evidenzfundierung etwas schwächer ist als etwa bei den Vorgaben im Bereich der Onkologie, der Chirurgie und der Notfallmedizin. Im Bereich der Geriatrie regeln die OPS 8-550 (n=55.042) die Versorgung durch ein spezialisiertes geriatrisches Team und das Zertifikat die Versorgung in einer spezialisierten geriatrischen Einrichtung. Angesichts des Querschnittcharakters der geriatrischen Versorgung findet eine (Erst-)Versorgung geriatrischer Patienten nicht immer in einer geriatrischen Abteilung statt. Einige Bundesländer haben daher ein gestuftes geriatrisches Versorgungssystem entwickelt, mit dem durch ein geriatrisches Konsil geriatrische Fachkompetenz auch in anderen Fachabteilungen (z. B. Innere Medizin, Orthopädie/Unfallchirurgie, Chirurgie) gestärkt werden kann.

Ein Schwerpunkt in den Fachabteilungen für *Neurologie* (193.576 Abteilungsfälle in 2010) ist die oben schon diskutierte Versorgung von Schlaganfallpatienten. Die darüber hinausgehenden Versorgungsschwerpunkte im Bereich der Nervenerkrankungen (ICD 10 G00-G99); z. B. Multiple Sklerose) werden nicht erfasst, die Epilepsiebehandlung nur im Hinblick auf die Versorgung schwer behandelbarer Fälle durch die OPS 8-972 (n=1.273).

Im Bereich der *Chirurgie* (948.033 Abteilungsfälle 2010) ist v. a. die Viszeralchirurgie durch neun Zertifikate und die Gefäßchirurgie im Rahmen eines Zertifikats für Gefäßzentren erfasst, auf welches auch von zwei Bundesländern (Rheinland-Pfalz, Saarland) im Rahmen der Krankenhausplanung verwiesen wird. Zudem gibt es in diesem Bereich auch große Überschneidungen mit der Onkologie. Der Teilbereich der Kinderherzchirurgie wird durch eine G-BA-Richtlinie umfassend geregelt. Die Unfallchirurgie wird teilweise durch die S3-Leitlinie zur Coxarthrose mit erfasst; die allerdings - wie andere Leitlinien auch nur eingeschränkt Vorgaben zur Strukturqualität enthält. Die Thoraxchirurgie wird teilweise durch die S3-Leitlinie und das Zertifikat zum Lungenkrebs abgedeckt. Berlin hat als einziges Bundesland spezifische Vorgaben zur Thoraxchirurgie gemacht und die Herzchirurgie wird lediglich durch eine G-BA-Richtlinie zur Kinderherzchirurgie geregelt. Spezifische Vorgaben zur Neurochirurgie und zur plastischen Chirurgie gibt es nicht.

Die *Orthopädie* (190.320 Abteilungsfälle) wird zunehmend entsprechend den Weiterbildungsordnungen mit der Unfallchirurgie zusammen diskutiert. Mit dieser 'teilt' sie sich die S3-Leitlinie zur Coxarthrose. Alle weiteren Be-

⁹⁶ Für die Schlaganfallversorgung gibt es eine S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfallgesellschaft zur Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls und eine S3-Leitlinie, die aber nicht die Akuttherapie umfasst.

reiche (z. B. die Wirbelsäulenerkrankungen) werden ggf. lediglich durch die Vorgaben der OPS 8-977 abgedeckt, so dass der spezifische Regelungsgrad im Bereich der Orthopädie eher niedrig ist.

Die *Innere Medizin* - als zahlenmäßig bedeutsamste Fachrichtung mit 1.604.099 Abteilungsfällen im Jahr 2010 - behandelt innerhalb ihres breiten Diagnosespektrums selbstverständlich auch eine große Zahl von Patienten mit onkologischen Erkrankungen (*Hämatologie und internistische Onkologie*; 10,8 % aller Fälle in der inneren Medizin hatten im Jahr 2010 eine onkologische Hauptdiagnose), so dass darüber eine entsprechende Abdeckung mit Vorgaben zur Strukturqualität gegeben ist. Die *Endokrinologie* wird breit durch die das Diabetes-Zertifikat abgedeckt, auf das auch der Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein verweist. Dabei fällt allerdings auf, dass die Anzahl des kodierten OPS-Codes 8-984 (Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes Mellitus) im Vergleich zur Anzahl der Fälle mit einer entsprechenden Diagnose (ICD 10 E10-E14: 46.375) relativ gering ist. Der große Bereich der *Gastroenterologie* wird dagegen nur teilweise durch die Vorgaben für Diabetesversorgung und die gastroenterologische Onkologie durch die entsprechenden onkologischen Vorgaben abgedeckt; für weite Bereiche der gastroenterologischen Versorgung (ICD 10 K00-K93 - Krankheiten des Verdauungssystems, insbesondere z. B. K29, K52) gibt es somit keine Vorgaben zur Strukturqualität. Für die *Nephrologie* gibt es ein Zertifikat, welchen dieses Fachgebiet breit abdeckt und auf welches im Krankenhausplan des Landes Schleswig-Holstein verwiesen wird. Die *Pulmologie* wird mit durch zwei S3-Leitlinien zur Pneumonie und zur COPD inhaltlich breit erfasst, allerdings ist der Vorgabengehalt gering. Für die *Kardiologie* als fallzahlmäßig zentrale Subdisziplin der Inneren Medizin gibt es lediglich zwei S3-Leitlinien (KHK-, Herzinsuffizienz), bei denen sich ein hoher Fundierungsgrad mit einer geringen Regelungstiefe paart, sowie ein OPS Code für eine ganz spezielle diagnostische Maßnahme (OPS 3-031 - Komplexe differentialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie), für deren Durchführung lediglich der Facharztstatus des untersuchenden Arztes gefordert wird.

Die *Neonatologie* wird insbesondere durch die G-BA-Richtlinie und die damit verbundene Mindestmengenvorgabe reguliert. Dies ist der Grund dafür, warum mehrere Bundesländer hier mittlerweile auf eigenständige Regelungen verzichtet haben. Ein anderes Bundesland (Berlin) hatte zwischenzeitlich versucht, ein von den Vorgaben des G-BA abweichendes System der neonatologischen Versorgung zu etablieren, davon aber dann Abstand genommen, um eine Niederlage im Rahmen einer gerichtlichen Auseinandersetzung zu vermeiden. Ein weiteres Bundesland (Bayern) hat die G-BA-Vorgaben im Rahmen seiner Krankenhausplanung modifiziert. Insgesamt scheinen Abweichungen von den G-BA-Vorgaben nur dann Aussicht auf

Bestand zu haben, wenn sie dafür Begründungen anführen, die über die - wesentlich auf die Qualitätssicherung fixierte - Argumentation des G-BA hinausgehen, z. B. im Hinblick auf eine Abwägung des Qualitätsargumente des G-BA mit Argumenten der Wirtschaftlichkeit und einer bedarfsgerechten, flächendeckenden Versorgung.⁹⁷

Das Leistungsgeschehen in den Fachabteilungen für *Frauenheilkunde und Geburtshilfe* (2010: 509.930 Abteilungsfälle) wird i. d. R. durch die Geburtshilfe und onkologische Diagnosen (C50, C51) geprägt. Während jedoch die beiden onkologischen Diagnosen durch zwei Zertifikate (zum Brustkrebszentrum und zum gynäkologischen Krebszentrum) inhaltlich umfassend abgebildet werden, finden sich für die 'normale' Geburtshilfe (ohne die durch die G-BA-Richtlinie erfassten Früh- und Neugeborenen) außer dem einen Qualitätsindikator aus der externen Qualitätssicherung keine Vorgaben zur Strukturqualität.

Für die beiden Fachabteilungen *Nuklearmedizin* (15.938 Abteilungsfälle) und *Strahlenheilkunde* (17.144 Abteilungsfälle) konnten keine eigenständigen Quellen mit Vorgaben zur Strukturqualität identifiziert werden. Auch sie sind aber wesentlich durch die Vorgaben zur onkologischen Versorgung erfasst: 36,9 % aller Fälle in der Nuklearmedizin und 89,7 % aller Fälle in der Strahlenheilkunde hatten im Jahr 2010 eine onkologische Hauptdiagnose (ICD C00-C97).

Das breite Diagnosespektrum der *Psychiatrie* und *Psychosomatik / Psychotherapie* wird lediglich durch eine - in ihrer Aussagekraft wiederum begrenzte S3-Leitlinie zur Demenz und sieben OPS-Codes mit vergleichsweise geringer Fallzahl erfasst (n=16.749, davon 11.490 für die OPS 1-903 - Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen).

Insgesamt zeigt sich, dass es neben einer versorgungsbereichsbezogenen breiten Abdeckung mit Vorgaben zur Strukturqualität (z. B. in der Onkologie) auch 'weiße Flecken' auf in der Versorgungslandschaft gibt, für die keine entsprechenden Vorgaben zur Strukturqualität identifiziert werden konnten. Dies gilt z. B. für weite Teile der Inneren Medizin.

⁹⁷ Vgl. dazu auch Kapitel 2.5.3.

Tabelle 40: Anzahl Quellen nach Versorgungsbereich und Quellenart

Versorgungsbereich	OPS	Zertifikat	S3-Leitlinie	G-BA	QI	KH Plan
Geriatric	2	2				5
Schlaganfall	3	2				3
Neurologie	3					3
Schmerz	5					1
Psychiatrie	7		1			1
Innere Medizin	1	3	1		1	3
Herz-/Kreislaufkrankungen - Kardiologie	1		2			
Pneumologie			1			
Intensiv-/Notfallmedizin	2	4	3			10
Chirurgie	2	10	1	2		3
Orthopädie	1		1	1		
Onkologie		10	5	2	1	7
Pädiatrie	5	1		1		1
Neonatalogie/Geburtshilfe	1			1	3	5
Palliativmedizin	2					2
Dermatologie	1					
Übergreifend / nicht zuzuordnen	5					4

Quelle: IGES

5 Folgerungen für die Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen

1) Es erscheint grundsätzlich sinnvoll, dass Länder bei der Krankenhausplanung Strukturqualitätskriterien berücksichtigen sollten.

Die stationäre Krankenhausversorgung in Deutschland ist in ein dichtes Netz von externen Qualitätssicherungsmaßnahmen eingebunden. Allerdings weist dieses Netz noch einige Schwächen auf, da bestimmte Bereiche gegenwärtig nicht von der externen Qualitätssicherung erfasst werden oder die Qualitätssicherungsmaßnahmen nur eingeschränkt wirksam sind.

Hinzu kommt, dass es - bei einer insgesamt qualitativ hochwertigen Krankenhausversorgung in Deutschland - eine Reihe von Qualitätsmängeln in einzelnen Bereichen konstatiert wird, und zwar sowohl im Hinblick auf bestimmte Ergebnisqualitätsparameter (z. B. nosokomiale Infektionen) als auch im Hinblick auf Strukturqualitätsparameter (Stichwort: angespannte Personalsituation bei Ärzten und Pflegekräften in Krankenhäusern).

Daher stellt die Festlegung von Anforderungen an die Strukturqualität von Krankenhäusern im Rahmen von Krankenhausplänen eine grundsätzlich sinnvolle Ausformung der Aufgabe der Länder dar, die Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern sicherzustellen.

2) Es gibt eine belastbare juristische Grundlage dafür, dass Länder im Allgemeinen und das Land Nordrhein-Westfalen im Besonderen Qualitätskriterien bei der Krankenhausplanung berücksichtigen.

Für die Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung gibt es in Nordrhein-Westfalen - wie in anderen Bundesländern auch - eine belastbare rechtliche Grundlage. Spezialrechtlich findet sich dies in § 13 KHGG, die es erlaubt, Vorgaben für die Versorgungsangebote nach regionaler Verteilung, Art, Zahl und Qualität zu machen. Zudem lässt sich die Kompetenz zur Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen auch aus der Aufgabe der Länder gem. § 6 Abs. 1 KHG herleiten, zum Zweck der Sicherung der Versorgung der Bevölkerung mit - u. a. - leistungsfähigen Krankenhäusern Krankenhauspläne aufzustellen. Darüber hinaus ergibt sich die Zulässigkeit, Qualitätsanforderungen im Rahmen der Krankenhausplanung der Länder festzulegen, auch aus § 137 Abs. 3 S. 9 SGB V.

Die Kompetenz des Landes zur Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen wird jedoch begrenzt: Zum einen durch die mögliche Zielkonkurrenz, dass nicht nur eine Versorgung mit leistungsfähigen, sondern auch mit

eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen zu gewährleisten ist. Zum anderen durch die Tatsache, dass eine solche Festlegung von Strukturqualitätsanforderungen immer einen Eingriff in die Grundrechte des Krankenhausträger darstellt, so dass besondere Anforderungen an die Verhältnismäßigkeit - d.h. die Geeignetheit, Erforderlichkeit und Angemessenheit - eines solchen Eingriffs gestellt werden müssen.

3) Es gibt eine breite Basis für die Festlegung von belastbaren und praktikablen Qualitätskriterien in der Krankenhausplanung.

Erste Ansatzpunkte für Strukturqualitätsanforderungen lassen sich schon aus § 107 Abs. 1 SGB V herleiten. Auch der Facharztstandard bietet sich als medizinisch wie juristisch etablierte Basis für die Festlegung solcher Kriterien an. Darauf zum Teil aufbauend, zeigen die im Rahmen des Gutachtens analysierten Quellen, dass eine breite Basis für mögliche Strukturqualitätsanforderungen insbesondere im Bereich der Personalausstattung von Krankenhäusern existiert. Diese Anforderungen sind zwar nur zum geringen Teil durch S3-Leitlinien medizinischer Fachgesellschaften, vielfach aber zumindest durch Zertifikate dieser Institutionen gedeckt. Dadurch, dass diese Kriterien vielfach schon zur Qualitätssicherung eingesetzt werden, weisen sie oft schon ein ausreichendes Maß an Praktikabilität auf. Bei der Festlegung von Qualitätskriterien auf Landesebene sind ggf. bestehende Vorgaben auf bundesrechtlicher Basis (z. B. in Form von G-BA-Richtlinien) zu berücksichtigen.

4) Das Land Nordrhein-Westfalen sollte in begrenztem Rahmen entsprechende Festlegungen treffen.

Der Vergleich mit anderen Bundesländern zeigt, dass das Land Nordrhein-Westfalen bisher nur sehr sparsam von der Möglichkeit Gebrauch gemacht hat, Strukturqualitätsvorgaben für die Krankenhäuser festzulegen. Die oben gemachten Ausführungen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen und Grenzen dieser Kompetenz lassen es angezeigt erscheinen, an dieser Praxis grundsätzlich festzuhalten. Auch die durchgeführten Analysen zur Entwicklung der Anzahl der leistungserbringenden Krankenhäuser in den untersuchten Versorgungsbereichen deutet darauf hin, dass in den meisten Versorgungsbereichen ein erwünschter Konzentrationsprozess in der Leistungserbringung eingesetzt hat, so dass sich aus diesen Analysen kein unmittelbarer krankenhauserplanerischer Handlungsdruck ableiten lässt. Ausnahmen gibt es in der geriatrischen Versorgung und in der Wirbelsäulenchirurgie⁹⁸, wo die Anzahl der die Leistungen erbringenden Einrichtungen

⁹⁸ Vgl. dazu Kapitel 3.9.2.

deutlich zugenommen hat. Hier sollte geprüft werden, ob ein besonderer krankenhauplanerischer Handlungsbedarf besteht. Ggf. stünden zumindest für die Geriatrie (OPS 8-550, Zertifikat) entsprechende Grundlagen für Qualitätsvorgaben zur Verfügung.

Die eingangs beschriebenen Hinweise auf bestehende Defizite in der Versorgung wie in den bestehenden Qualitätssicherungssystemen deuten jedoch darauf hin, dass es notwendig sein könnte, solche Festlegungen im begrenzten Umfang zu treffen. Das Ziel sollte dabei weniger die Regulierung von Spitzenmedizin als vielmehr die Formulierung von Mindeststandards für die - jeweils indikationsspezifische - Grundversorgung sein. Dabei liegt es nahe, angesichts einer notwendigen breiten Fundierung in den analysierten Quellen einen Fokus auf die personelle Ausstattung der Krankenhäuser zu legen. Hierfür stellen v. a. die Zertifikate und die OPS Codes eine belastbare und praktikable Grundlage für die Ableitung konkreter Vorgaben (etwa zur Qualifikation und zeitlichen Verfügbarkeit) dar. Beispielhaft ist aber auch der Ansatz des Landes Sachsen-Anhalt, der es für die Aufnahme eines Fachgebiets in den Krankenhausplan u. a. zur Bedingung macht, dass sowohl die Leitung als auch die Stellvertreter über eine entsprechende Facharztbezeichnung verfügen.⁹⁹

Wie der Vergleich mit anderen Bundesländern zeigt, haben diese vor allem in den Bereichen Notfallmedizin/Intensivmedizin sowie Geriatrie entsprechende Vorgaben gemacht.

Angesichts der vielfach geschilderten Probleme im Hinblick auf eine mangelnde Verfügbarkeit von Notfall- und intensivmedizinischen Kapazitäten sollten hier entsprechende Mindeststandards v.a. zur Qualifikation und Verfügbarkeit des vorzuhaltenden Personals im Rahmen eines gestuften Systems zur Notfall- und intensivmedizinischen Versorgung gemacht werden. Darüber hinaus könnte es - auch angesichts der Hinweise, welche die Analysen in Kapitel 3.9.1 ergeben haben - zielführend sein, ein entsprechendes Monitoringsystem zur Verfügbarkeit von Notfall- und intensivmedizinischen Kapazitäten zu etablieren, wie dies beispielsweise im Saarland geschehen ist.

Im Bereich der Geriatrie kann die Vielfalt landesspezifischer Vorgaben in anderen Bundesländern u. a. damit begründet werden, dass dieses Versorgungsgebiet in den 1990er Jahren erst bundesweit etabliert werden musste

⁹⁹ Diese Regelung stellt insofern eine Konkretisierung der in § 31 Abs. 2 KHGG getroffenen Vorgabe dar, dass der Träger eines Krankenhauses für jede Abteilung mindestens eine Abteilungärztin oder einen Abteilungsarzt zu bestellen hat, der nicht weisungsgebunden ist.

und dazu eine umfangreichere planerische Unterstützung teilweise notwendig war. Mittlerweile kann die Geriatrie in Deutschland als grundsätzlich etablierter Bereich gelten; wesentliche strukturelle Vorgaben wurden in der entsprechenden OPS (für die personelle Ausstattung) und dem umfangreichen Zertifizierungssystem des Bundesverbandes Geriatrie e.V. festgehalten. Diese beziehen sich jedoch grundsätzlich auf die Behandlung in spezifischen geriatrischen Settings. Die Geriatrie ist jedoch - ähnlich wie die Pädiatrie - ein medizinisches Querschnittfach; geriatrische Patienten werden vielfach (zunächst) in anderen Fachabteilungen (z. B. Neurologie, Chirurgie, Orthopädie, Innere) behandelt. Hier erscheint es sinnvoll, entsprechende strukturelle Vorgaben zu machen, die eine Identifikation von geriatrischen Patienten in diesen Abteilungen und im weiteren entweder eine konsiliarische Mitbehandlung vor Ort oder eine Verlegung in die geriatrische Fachabteilung ermöglichen. Entsprechend gestufte Systeme der geriatrischen Versorgung wurden z. B. in Mecklenburg-Vorpommern und Baden-Württemberg etabliert.

Literaturverzeichnis

- Albrecht M, Bleß HH, Höer A, Loos S, Schiffhorst G, Scholz C (2010): Ausweitung selektivvertraglicher Versorgung. Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung und Anforderungen an den zukünftigen regulatorischen Rahmen. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung (= edition der Hans-Böckler-Stiftung, Gesundheit und Qualität der Arbeit, Bd. 252).
- Albrecht M, Häussler B, Sander M, Schliwen A, Wolfschütz A (2009): Bestandsaufnahme: Art und Ausmaß bestehender Ineffizienzen im deutschen Gesundheitssystem. Annex zu Rürup, B., IGES Institut, et al. (2010). Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft. Online verfügbar unter <http://www.iges.de>; Zugriff am 12.03.2012.
- AQUA (2011): Qualitätsreport 2010, Bericht im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- Arnold M, Klauber J, Schellschmidt H (2002): Krankenhaus-Report 2001. Schwerpunkt: Personal, Schattauer Verlag.
- BarmerGEK (2010) Barmer GEK Report Krankenhaus 2010. (http://www.barmergek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame__PDF__Dokumente/Reports/Report_20Krankenhaus_202010,property=Data.pdf; Zugriff am 12.02.2012).
- Becker U, Kingreen T (2010): Kommentar SGB V. 2. Auflage 2010. München, C.H. Beck.
- Blum K, Löffert S (2010): Ärztemangel im Krankenhaus - Ausmaß, Ursachen und Gegenmaßnahmen - Forschungsgutachten im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft.
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2011a): Krankenhaus Barometer. Umfrage 2011. Deutsches Krankenhaus Institut.
- Blum K, Löffert S, Offermanns M, Steffen P (2011b): Psychiatrie Barometer. Umfrage 2011. Deutsches Krankenhaus-Institut.
- Blum M (2011): Zahlen sind noch keine Fakten. Statement des Geschäftsführers der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, 9. Ergebniskonferenz QS-NRW in Münster am 05.10.2011.
- Breukmann F, Post F, Giannitsis E, Darius H, Erbel R, Görges G, Heusch G, Jung W, Katus H, Perings J, Smetak N, Münzel T (2008) Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie - Herz-Kreislaufforschung für Chest Pain Units. Der Kardiologe, Band 2, Nr. 5: 389-394.
- Bruckenberg E (2002): DRG-Mindestmengen versus flächendeckende Versorgung, Zukunft der Krankenhausplanung. Fachtagung „Öffentliche Unternehmen oder Private Versorger? Forschungsstelle für Sozialrecht und Gesundheitsökonomie, Bayreuth, 12.12.2002 (<http://www.oberender-online.de/fileadmin/oberender/pdf/Dez02Bruckenberg.pdf>; Zugriff am 7.12.2011).
- BT-Drs. 17/6141. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss). 8.6.2011.

- BT-Drs. 16/3100. 16. Wahlperiode 24.10.2006; Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD: Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG). Verfügbar unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/031/1603100.pdf> (Zugriff: 12.2.2012).
- Carmer U (2001): Bundessozialgericht zum MRT, Radiologie gestärkt. *Der Radiologe*. 8-2001: 128.
- Dassen T (Hrsg.) (2004): Prävalenz Erhebung 2004. Pflegeabhängigkeit, Sturzereignisse, Inkontinenz, Dekubitus. Berlin, 2004.
- Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP), Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V. (BVÖGD) (2011) Gemeinsame Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Krankenhaushygiene und zur Änderung weiterer Gesetze vom 22.02.2011 (<http://www.aerzteoegd.de/pdf/stellungnahmen/krankenhaushygienegesetz.pdf>; Zugriff am 12.02.2012).
- Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (2008) Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung. Empfehlungen zur Struktur, Organisation und Ausstattung der Schwerverletzten-Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin.
- Dierks C (2005): Rechtliche Aspekte Gesundheitstelematik, *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz* 6: 635-639.
- DKI (2010): Aktuelles in dieser Woche aus NRW, <http://www.dkigmbh.de/index.php>; Zugriff am 25.01.2012).
- Döbler K (2011): Aktueller Stand der Qualitätssicherung in Deutschland. Vortrag auf der Klausurtagung GKV-Spitzenverbandes und KCQ, 26. Mai 2011, Stuttgart.
- Drösler S, Cools A, Köpfer T, Stausberg J (2006): Eigen sich Qualitätsindikatoren aus Routinedaten zur Qualitätsmessung im Krankenhaus? Erste Ergebnisse mit den amerikanischen Indikatoren zur Patientensicherheit in Deutschland. (<http://multimedia.3m.com/mws/mediawebserver?mwsId=66666UuZjcFSLXTtmxT65XTtEVuQEcuzgVs6EVs6E666666--&fn=Qualitaetsindikatoren.pdf>; Zugriff am 9.12.2011)
- Flintrop J, Gerst T (2011): Ärztliches Peer Review: Dialog auf Augenhöhe, in: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 108, Heft 16: A-882.
- Fritz G (2008): Die rechtliche Zulässigkeit regionaler Behandlungsmonopole im Rahmen der Krankenhausplanung am Beispiel der Brustzentren in Nordrhein-Westfalen. *MedR*: 355 – 362.
- Fuchs F, Amon M, Nimptsch U, Mansky T (2010): A-IQI | Austrian Inpatient Quality Indicators. Qualitätsindikatoren der Niederösterreichischen Landeskliniken-Holding. Definitionshandbuch, Version 1.0, Datenjahr 2010, Stand: 31.05.2010 (http://opus.kobv.de/tuberlin/volltexte/2010/2722/pdf/1A_IQI_Austrian_Inpatient_Quality_Indicators.pdf; Zugriff am 7.12.2011).
- Fürstenberg T, Zich K, Haustein R (2012): Regionale Unterschiede und deren Determinanten im Bereich der Wirbelsäulenchirurgie. In: *Klauber / Geraedts / Friedrich / Wasem (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2012*. Schattauer, Stuttgart: 77-96.

- Fürstenberg T, Laschat M, Zich K, Klein S, Gierling P, Nolting H-D, Schmidt T (2011): G-DRG-Begleitforschung gemäß § 17b Abs. 8 KHG, Endbericht des zweiten Forschungszyklus (2006 bis 2008). IGES Institut GmbH.
- Gastmeier P, Geffers C (2008): Nosokomiale Infektionen in Deutschland: Wie viele gibt es wirklich? Eine Schätzung für das Jahr 2006. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 133: 1111-1115.
- G-BA (2011): Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser lesen und verstehen. Berlin, Juni 2011.
- G-BA (2009): Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus. In der Fassung vom 19. März 2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009, Nr. 63, S. 1540, in Kraft getreten am 29. April 2009.
- Geraedts M, de Cruppé W, Blum K, Ohmann C (2010a): Distanzen zu Krankenhäusern mit Mindestmengen-relevanten Eingriffen 2004 bis 2006, in: Gesundheitswesen 2010; 72: 271-278.
- Geraedts M, Auras S, Hermeling P, de Cruppé W (2010b): Abschlussbericht zum Forschungsauftrag zur Verbesserung der gesetzlichen Qualitätsberichte auf der Basis einer Krankenhaus-, Patienten- und Einweiserbefragung. Revidierte Fassung auf der Basis der Diskussionen in der AG Qualitätsbericht des UA Qualitätssicherung des G-BA. Institut für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke, Witten, August 2010
- Geraedts M, Auras S, Hermeling P, de Cruppé W (2009): Public Reporting Formen und Effekte öffentlicher Qualitätsberichterstattung, in: Dtsch med Wochenschr, 134: S232-S233.
- Geraedts, M (2006): Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Sichtensicht, in: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg.): Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. S. 154-170 Gesundheitsministerkonferenz - GMK (2006): Beschlüsse der 79. GMK am 29. und 30. Juni 2006 in Dessau (TOP 9: Qualitätssicherung. Weiterentwicklung einer einheitlichen Qualitätsstrategie) (www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_79&id=79_09.02; Zugriff am 29.11.2011)
- Gruhl M (2007): Qualität als Steuerungsinstrument in der Krankenhausplanung, Präsentation.
- Hart D (Hrsg., 2005) Klinische Leitlinien und Recht. Nomos, Baden-Baden.
- Hensen G, Hensen P (2008): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.
- Hibbeler B (2011): Krankenhaushygienegesetz: Ministerium legt Entwurf vor. Dtsch Arztebl 2011; 108(6): A-241 / B-193 / C-193. (<http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=80847>; Zugriff am 12.12.2011).

- Hölzer S, Dudeck J (2001): Medizinische Leitlinien: Strategien zu Implementation, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 11: A665-A666.
- Huster S, Kaltenborn M. (2010): Krankenhausrecht. Praxishandbuch zum Recht des Krankenhauswesens. C.H. Beck.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) (2006): Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung, Köln.
- Isfort M, Weidner F, Neuhaus A, Kraus S, Köster V-H, Gehlen D (2010): Pflege-Thermometer 2009. Eine bundesweite Befragung von Pflegekräften zur Situation der Pflege und der Patientenversorgung im Krankenhaus. Herausgegeben von: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V. Köln.
- Kampf G, Löffler H, Gastmeier P (2009): Händehygiene zur Prävention nosokomialer Infektionen. Dtsch Arztebl Int, 106(40): 649-655.
- Katzenmeier C, Schrag-Slavu S (2010): Rechtsfragen des Einsatzes der Telemedizin im Rettungsdienst, Eine Untersuchung am Beispiel des Forschungsprojektes Med-on@ix, Springer Heidelberg.
- Kirchner H, Fiene M, Ollenschläger G (2003): Bewertung und Implementierung von Leitlinien, in: Rehabilitation, 42: 74-82.
- Knorr G (2011): Medizinische Qualität und Qualitätsdarstellung aus Sicht der Staatsregierung. 1. Ingolstädter aus Sicht der Staatsregierung. Ingolstadt, 30.9.2011 (www.klinikum-ingolstadt.de; Zugriff am 7.12.2011)
- Kubitschek J (2005): Qualität im Krankenhaus - Mit Zuckerbrot und Peitsche gegen die Schlamperei. In: Spiegel online, 29.03.2005.
- Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN (1998): Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a metaanalysis of prospective studies. JAMA, 279: 1200–1205.
- Leber W-D, Malzahn J, Wolff J (2007): Neuer Rahmen für die Kliniken, in: Gesundheit und Gesellschaft, Ausgabe 7-8/07, 10. Jg.: 27-32.
- Lefering R (2008): Das schwere Trauma. Qualitative und quantitative Herausforderung für das Rettungssystem. Notfall Rettungsmed 2008: 373-376.
- Ludwig U, Schmid B (2009): Ärzte auf Montage, in: Spiegel Online vom 28.12.2009.
- Makeham M, Kidd M, Saltman D, Mira M, Bridges-Webb C, Cooper C and Stromer S (2006): The Threats to Australian Patient Safety (TAPS) study: incidence of reported errors in general practice. In: MJA 2006; 185 (2): 95-98.
- Mansky T (2011): Stand und Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland. In: Klauber, Geraedts, Friedrich, Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2011. Schwerpunkte: Qualität durch Wettbewerb. Schattauer Verlag GmbH.
- Meinck M, Lübke N, Plate A (2006): Auf- oder Abbau geriatrischer Versorgungsstrukturen in Deutschland? Kritische Analyse zur Aussagekraft der amtlichen Statistik und anderweitiger Erhebungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 39: 443-450.
- Merkel S, Klinkhammer-Schalke M (2008): Implementierung von Leitlinien in der medizinischen Versorgung eines regionalen Tumorzentrums und einer Universitätsklinik: Beispiel: Kolorektales Karzinom.

- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation und Alter NRW (2011): 20. Landesgesundheitskonferenz „Prävention nosokomialer Infektionen“, 7. Dezember 2011.
- Mohrmann M, Koch V (2011): Selektivverträge im Krankenhausbereich als Instrument zur Verbesserung von Qualität und Effizienz, In: Klauber, Geraedts, Friedrich, Wasem (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2011. Schwerpunkte: Qualität durch Wettbewerb. Schattauer Verlag GmbH.
- Mörsch M (2010): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Stand: September 2010. Dezernat II - Krankenhausfinanzierung und -planung.
- Ollenschläger G, Oesingmann U, Thomeczek Ch, Kolkmann F-W (1998): Ärztliche Leitlinien in Deutschland - aktueller Stand und zukünftige Entwicklungen. Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. 92: 273-280.
- Ollenschläger G (2008): Stellenwert ärztlicher Leitlinien in der Arzthaftungsbeurteilung. Download unter www.evimed.info/mediapool/46/460824/data/FMB08-Leitlinien_Gutachten.pdf; Zugriff am 12.03.2012.
- Petersen U, Kaminski A, Jackson A (2007): Analyse aktueller Klinikführer: Was bringen sie dem Patienten?, in: Das Krankenhaus, 11/2007: 1112-1117.
- Plate A, Meinck M (2009): Unterschiede in der geriatrischen Versorgung und ihre Implikationen für die sozialmedizinische Begutachtung. Der medizinische Sachverständige. 01/2009: 23-28.
- Platzer H (2008): Zukünftige Vergütungsstrukturen der Krankenhäuser, Rede auf der Expertentagung "Innovative Versorgungsstrukturen für Gesundheitsregionen" am 8.5.2008 in Bayreuth.
- Plücker W, Wolking F (2009): Praxisorientierte Personalbedarfsentwicklung im Arzt-dienst - Neue fallbezogene Zeitwerte - in: KU Gesundheitsmanagement 4/2009: 62-65.
- Prütting D (2009): Krankenhausgestaltungsgesetz Nordrhein-Westfalen, Kommentar für die Praxis. 3 Auflage 2009. Kohlhammer Stuttgart.
- Prütting D (2012): Fachanwaltskommentar Medizinrecht. 2 Auflage 2012. Luchterhand Köln.
- QS-NRW (2008): Umsetzungskonzept der Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung in NRW (nach § 6 Abs. 2 des Vertrages über die Umsetzung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in NRW vom 22.03.2002 in Verbindung mit § 6 Heilberufsgesetz NRW). Stand 08.05.2008.
- Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, Aiken L (2007): Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records, in: Int J Nurs Stud. February; 44(2): 175-182.
- Rink O (2011): Peer Review im Krankenhaus: Evaluation zeigt: Es gibt noch Verbesserungspotenzial, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 27, Juli 2011.
- RKI (2002): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 8 – Nosokomiale Infektionen, Robert Koch-Institut, Berlin.
- Roters D (2011): in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht; 71. Ergänzungslieferung 2011. C.H. Beck München.

- Ruchholtz, S (2007): Schwerstverletztenversorgung unter DRG-Bedingungen. Veranstaltung vom 02. bis 03.02.2007, aus der Reihe "Experten-Workshop des Instituts für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) der LMU München", Günzburg.
- Rueden H, Gastmeier P, Daschner F, Schumacher M (1996): Nosokomiale Infektionen in Deutschland. Epidemiologie in den alten und neuen Bundesländern. Dtsch. Med. Wschr. 121: 1281–1287.
- Rupp K (2011): Innovative Formen im Versorgungs- und Vertragsmanagement - Erfahrungen aus der Praxis, TK Summer School, 15. September 2011, (<http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/385748/Datei/64867/Rupp-Innovative-Formen-Versorgungs-und-Vertragsmanagement-2011.pdf>; Zugriff am 12.2.2012).
- Samore MH, Evans RS, Lassen A, Gould P, Lloyd J, Gardner RM, Abouzelof R, Taylor C, Woodbury DA, Willy M und Bright RA (2004): Surveillance of Medical Device-Related Hazards and Adverse Events in Hospitalized Patients. JAMA, 291: 325–334.
- Sandars J, Esmail A (2003): The frequency and nature of medical error in primary care: understanding the diversity across studies. In: Fam Pract. Vol. 20, Issue 3: 231–236.
- Sauerland D, Wübker A (2008): Wie Qualitätsinformationen die Krankenhauswahl beeinflussen - eine empirische Untersuchung. Paper für die Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik, 23.-26. September 2008, Graz.
- Schmiegel W, Reinacher-Schick A, Arnold D, Graeven U, Heinemann V, Porschen R, Riemann J, Rödel R, Wieser M, Schmitt W, Schmoll H-J, Seufferlein T, Kopp L, Pox C (2008): S3-Leitlinie "Kolorektales Karzinom" - Aktualisierung 2008. Z Gastroenterol, 46: 799-840.
- Schrapppe M, Lessing C, Albers B, Conen D, Gerlach F, Hart D, Grandt D, Jonitz G, Lauterberg J, Loskill H und Rothmund, M (2007): Agenda Patientensicherheit 2007, Witten.
- Schrapppe M, Lessing C, Jonitz G, Grandt D, Conen D, Gerlach F, Hart D, Lauterberg J, Loskill H und Rothmund M (2006): Agenda Patientensicherheit 2006, Witten.
- Schillhorn K (2011): Kein Vorrang von Plankrankenhäusern. OVG Nordrh.-Westf. Urt. v. 5.10.2010 – 13 A 2070/09 (VG Gelsenkirchen) MedR: 451-455.
- Schütze B (2007): Rechtliche Rahmenbedingungen der Teleradiologie, Der Radiologie, S. 157-162.
- Scott IA, Ward M (2006): Public reporting of hospital outcomes based on administrative data: risks and opportunities. Med. J. Aust., 184: 571-575
- Selbmann HK, Kopp I (2005): Implementierung von Leitlinien in den Versorgungsalltag, in: Die Psychiatrie 1/2005: 33-38.
- Siebers L (2005): Der medizinische Qualitätsbericht - Bewertung und Entwicklung von Qualitätsindikatoren, Inaugural-Dissertation.
- Statistisches Bundesamt (1993): Fachserie 12, Reihe 6.1: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.

- Statistisches Bundesamt (2001): Fachserie 12, Reihe 6.1: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2000, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2011): Fachserie 12, Reihe 6.1: Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen 2010, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- SVR Gesundheit (2007): Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Gutachten 2007. Bonn.
- Ulsenheimer K (2006): Haftungsrechtliche Bedeutung von Leitlinien, *Krankenh.hyg.* 2006; 1(2): 169 - 175.
- US Department of Health and Human Services (2011): HHS Action Plan to Prevent Healthcare-Associated Infections: Incentives and Oversight (<http://www.hhs.gov/ash/initiatives/hai/incentives.html>; Zugriff am 5.12.2011.
- Vitkas K (2010): Die (Teil-) Herausnahme aus dem Krankenhausplan, *MedR*: 539 - 547.
- Wagener A (2008): Ziele und rechtliche Grundlagen staatlicher Krankenhausplanung, Vortrag anlässlich des 4. Symposiums "Krankenhaus und Recht", Städtisches Klinikum München-Bogenhausen, 27. November 2008, München.
- Walz M (1999). Teleradiologie: Formale und qualitative Voraussetzungen für Ärzte und MTA, *Der Radiologe*: 3-99, M 50 – 51.
- Werblow A, Schoffer O (2010): Entwicklung des Personalbestands in allgemeinen Krankenhäusern Deutschlands 2002-2007, in: Klauber J, Geraedts M, Friedrich J (Hrsg.): *Krankenhaus-Report 2010, Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise*, Schattauer Verlag.
- Wigge P, Kaiser R, Fischer J, Loose R (2010): Möglichkeiten und Grenzen der Zusammenarbeit zwischen Radiologen und Ärzten anderer Fachgebiete, *Rechtliche Vorgaben für die ambulante und stationäre Versorgung*, *MedR*: 700-710.

Ausgewertete Krankenhauspläne

- Baden-Württemberg: Krankenhausplan 2010 Baden-Württemberg. Textteil.
- Bayern: Krankenhausplan des Freistaats Bayern. Stand: 1. Januar 2011.
- Berlin: Krankenhausplan 2010 des Landes Berlin.
- Brandenburg: Dritter Krankenhausplan des Landes Brandenburg. Beschluss der Landesregierung vom 10. Juni 2008.
- Bremen: Krankenhausplan des Landes Bremen 2006 bis 2009.
- Hamburg: Krankenhausplan 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg.
- Hessen: Hessischer Krankenhausrahmenplan 2009. Allgemeiner Teil: Planungsgrundlagen und Bedarfsprognose.
- Mecklenburg-Vorpommern: Vierter Krankenhausplan des Landes Mecklenburg-Vorpommern.
- Niedersachsen: Niedersächsischer Krankenhausplan 2011.

Nordrhein-Westfalen: Krankenhausplan 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen.

Rheinland-Pfalz: Landeskrankenhausplan 2010.

Saarland: Krankenhausplan für das Saarland 2011-2015.

Sachsen: Krankenhausplan des Freistaates Sachsen. Stand: 1. Januar 2009.

Sachsen-Anhalt: Krankenhausplan Sachsen Anhalt 2011: Rahmenvorgaben für Qualitätsziele

Schleswig-Holstein: Krankenhausplan 2010 des Landes Schleswig-Holstein.

Thüringen: 6. Thüringer Krankenhausplan (gültig ab dem 1. Januar 2011).

Anhang

Anlage 1: Übersicht über die Quellen nach Versorgungsbereichen

OPS	Zertifikat	S3-Leitlinie	G-BA	QI	KH Plan	
Geriatric						
8-550 - Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung	Zert_Geriatric_AddOn				Plan_BW_2	Geriatric
8-98a - Teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung	Zert_Geriatric_Akut				Plan_BY_1	Geriatric
					Plan_MV_1	Geriatric
					Plan_RP_3	Geriatric
					Plan_SA_1	Geriatric
Schlaganfall						
8-981 - Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls	Zert_Schlaganfall_Überr regional				Plan_BW_3	Schlaganfall
8-98b.0 - Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden	Zert_Schlaganfall_regio nal				Plan_HH_3	Schlaganfall
8-98b.1 - Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls: Mehr als 72 Stunden					Plan_SL_2	Schlaganfall
Neurologie						
8-552 - Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation					Plan_BB_1	Neurologische Frührehabilitation

OPS	Zertifikat	S3-Leitlinie	G-BA	QI	KH Plan	
					Plan_HH_1	Neurologische Frührehabilitation
					Plan_SA_2	Neurologische Frührehabilitation
8-972 - Komplexbehandlung bei schwerbehandelbarer Epilepsie						
8-97d - Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson						
Schmerz						
1-910 - Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik					Plan_BW_4	Schmerz
8-918 - Multimodale Schmerztherapie						
8-919 - Komplexe Akutschmerzbehandlung						
8-91b - Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung						
8-91c - Teilstationäre Multimodale Schmerztherapie						
Psychiatrie						
1-903 - Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen					Plan_B_2	Psychiatrie
1-904 - Diagnostik bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei KiJu						
8-985 - Motivationsbehandlung Abhängigkeitskranker [Qualifizierter Entzug]						
9-401.5 - Psychosoziale Interventionen: Integrierte psychosoziale Komplexbehandlung						

OPS	Zertifikat	S3-Leitlinie	G-BA	QI	KH Plan	
9-402.0 - Psychosomatische Therapie: Psychosomatische und psychotherapeutische Komplexbehandlung						
9-403 - Sozialpädiatrische, neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie						
9-412 - Multimodale psychotherapeutische Komplexbehandlung im Liaisondienst						
		S3-Demenz				
Innere Medizin						
8-984 - Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus	Zert_Diabetes_Basis				SH-Verweis	Diabetologie
	Zert_Diabetes_Erweitert				Plan_RP_2	Diabetologie
	Zert_Nephrologie				SH-Verweis	Nephrologie
		S3-Pneumonie		QI-Pneu		
Herz-/Kreislaufkrankungen - Kardiologie						
3-031 - Komplexe differentialdiagnostische transthorakale Stress-Echokardiographie						
		S3-Herzinsuff				
		S3-KHK				
Intensiv-/Notfallmedizin						
	Zert_Trauma_Basis_	"S3-Leitlinie Polytrauma/Schwerverletzten-Behandlung"			SH_Verweis	Trauma
	Zert_Trauma_Überregional				Plan_B_3	Notfallmedizin

OPS	Zertifikat	S3-Leitlinie	G-BA	QI	KH Plan	
	Zert_Trauma_Regional				Plan_HE_2	Notfallmedizin
					Plan_SA_4	Notfallmedizin
					Plan_SH_2	Notfallmedizin
					Plan_SL_3	Notfallmedizin
	Zert_Thoraxschmerz				SL_Verweis	Chest-Pain-Unit
		S3-Kardiogener Schock			Plan_HH_2	Kardiologie (Notfallmedizin)
8-980 - Intensivmedizinische Komplexbehandlung		S3-HerzChirurgie_Intensivmedizin			Plan_B_1	Kardiologie (Notfallmedizin)
8-98d - Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)					Plan_BW_1	Intensivmedizin
Chirurgie						
8-988 - Spezielle Komplexbehandlung der Hand	Zert_Viszeralch_Allg.Anford					
8-989 - Chirurgische Komplexbehandlung bei schweren Infektionen	Zert_Viszeralch_Darm					
	Zert_Viszeralch_Minimalinvasiv					
	Zert_Viszeralch_Pankreas					
	Zert_Viszeralch_Leber					
	Zert_Viszeralch_Adipositas					
	Zert_Viszeralch_Schilddrüse					

OPS	Zertifikat	S3-Leitlinie	G-BA	QI	KH Plan	
	Zert_Viszeralch_Magen					
	Zert_Viszeralch_Endoskopie					
	Zert_Gefäßzentrum		G-BA_2: Bauchaortenaneurysma		RP_Verweis, SL_Verweis	Gefäßzentrum
		S3-Gallensteine				
					Plan_B_5	Thoraxchirurgie
			G-BA_7: Kinderherzchirurgie			
Orthopädie						
8-977 - Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems		S3-Koxarthrose	G-BA_1: Chondrozytenimplantation			
Onkologie						
	Zert_Onkologische_Zentren				Plan_MV_3	Onkologisches Zentrum
					Plan_HE_1	Onkologisches Zentrum
					Plan_BW_5	Onkologischer Schwerpunkt
					SH_Verweis	Tumorzentren
	Zert_Brustzentrum	S3-MammaCa		QI-	RL-Verweis, SH-	Mamma

OPS	Zertifikat	S3-Leitlinie	G-BA	QI	KH Plan	
				MammaCa	Verweis	
					Plan_RP_1	Onkologie (Brustzentrum)
	Zert_Lungenkrebszentren	S3-LungenCa	G-BA_4: PET			
	Zert_Pankreaskarzinomzentrum	S3-PankreasCa				
	Zert_Prostatakrebszentren	S3-ProstataCa				
	Zert_Darmkrebszentren	"S3-Kolorektales Karzinom				
	G-BA_5: Protonentherapie beim Rektumkarzinom					
	Zert_Kopf-Hals-Tumore					
	Zert_Hautkrebszentren					
	Zert_Neuroonkologische Tumore					
	Zert_Gynäkologische Krebszentren					
Pädiatrie						
1-940 - Komplexe Diagnostik bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	Zert_Kinder/Jugendliche		G-BA_3: Kinder-Onkologie		Plan_SA_3	Pädiatrie
1-942 - Komplexe neuropädiatrische Diagnostik						
1-943 - Komplexe Diagnostik bei Verdacht auf						

OPS	Zertifikat	S3-Leitlinie	G-BA	QI	KH Plan	
Lungenerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen						
8-973 - Komplexbehandlung bei Spina bifida						
8-986 - Multimodale kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung						
Neonatologie/Geburtshilfe						
1-944 - Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex bei Neugeborenen und Säuglingen: Mit erweiterter genetischer Diagnostik			G-BA_6: Versorgung von Früh- und Neugebore- nen (NICU)	QI-Neonatal	Plan_MV_2	Perinatalzentrum
					Plan_BY_3	Neonatologie
				QI-Geburt	Plan_RP_4	Geburtshilfe
					Plan_SL_1	Geburtshilfe
Palliativmedizin						
8-982 - Palliativmedizinische Komplexbehandlung					Plan_SH_1	Palliativmedizin
8-98e - Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung					Plan_BY_2	Palliativmedizin
Pneumologie						
		S3-COPD				
Dermatologie						
8-971 - Multimodale dermatologische Komplexbehandlung						
Übergreifend / Nicht zuordenbar						
					Plan_HE_3	Mindestabteilungs- größen

OPS	Zertifikat	S3-Leitlinie	G-BA	QI	KH Plan	
					Plan_B_4	Facharztstandard
					Plan_SA_5	Facharztstandard
					Plan_HE_4	Belegarztsystem
3-030 - Komplexe differentialdiagnostische Sonographie mit Kontrastmittel						
8-559 - Fachübergreifende und andere Frührehabilitation						
8-974 - Multimodale Komplexbehandlung bei sonstiger chronischer Erkrankung						

Quelle: IGES

Anlage 2: Entwicklung von Notfalldiagnosen und behandelnde Einrichtungen 2006-2010

ICD	Fälle 2010		Veränderung 2006-2010	Anzahl Einrichtungen 2010		Veränderung 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einrichtungen	Anzahl	in %
Kardiologie							
I20.0 - Instabile Angina pectoris	34.758	0,79%	-12,66%	297	74,62%	-23	-7,19%
I20.8 - Sonstige Formen der Angina pectoris	26.853	0,61%	-15,87%	284	71,36%	-17	-5,65%
I21.9 - Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet	1.885	0,04%	-29,90%	255	64,07%	-35	-12,07%
I25.9 - Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet	1.025	0,02%	-33,01%	122	30,65%	-96	-44,04%
I46.0 - Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung	656	0,01%	-8,64%	173	43,47%	-33	-16,02%
I46.1 - Plötzlicher Herztod, so beschrieben	313	0,01%	6,10%	123	30,90%	-14	-10,22%
I46.9 - Herzstillstand, nicht näher bezeichnet	433	0,01%	-19,81%	152	38,19%	-49	-24,38%
I47.9 - Paroxysmale Tachykardie, nicht näher bezeichnet	390	0,01%	-7,14%	170	42,71%	-5	-2,86%
I48.0 - Vorhofflattern	7.696	0,17%	30,31%	288	72,36%	-12	-4,00%
I49.0 - Kammerflattern und Kammerflimmern	1.601	0,04%	28,59%	238	59,80%	-20	-7,75%
I49.3 - Ventrikuläre Extrasystolie	1.939	0,04%	23,27%	252	63,32%	-11	-4,18%
I49.8 - Sonstige näher bezeichnete kardiale Arrhythmien	1.608	0,04%	51,70%	259	65,08%	-3	-1,15%
I49.9 - Kardiale Arrhythmie, nicht näher bezeichnet	555	0,01%	-20,49%	191	47,99%	-43	-18,38%
I50.1 - Linksherzinsuffizienz	55.841	1,26%	14,63%	307	77,14%	-20	-6,12%
I50.9 - Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet	1.312	0,03%	-80,88%	181	45,48%	-100	-35,59%

ICD	Fälle 2010		Veränderung 2006-2010	Anzahl Einrichtungen 2010		Veränderung 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einrichtungen	Anzahl	in %
J81 - Lungenödem	251	0,01%	-62,87%	116	29,15%	-72	-38,30%
R00.0 - Tachykardie, nicht näher bezeichnet	1.676	0,04%	37,94%	260	65,33%	-5	-1,89%
R00.1 - Bradykardie, nicht näher bezeichnet	1.752	0,04%	24,08%	275	69,10%	0	0,00%
R57.0 - Kardiogener Schock	500	0,01%	-23,31%	161	40,45%	-39	-19,50%
Pulmonologie							
I26.9 - Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale	7.590	0,17%	44,71%	304	76,38%	-14	-4,40%
J18.9 - Pneumonie, nicht näher bezeichnet	11.589	0,26%	-24,40%	288	72,36%	-34	-10,56%
J44.8 - Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung	3.845	0,09%	31,68%	270	67,84%	-23	-7,85%
J45.9 - Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet	1.984	0,04%	-13,59%	243	61,06%	-37	-13,21%
J46 - Status asthmaticus	1.404	0,03%	-21,08%	238	59,80%	-33	-12,18%
R06.0 - Dyspnoe	3.996	0,09%	58,38%	294	73,87%	3	1,03%
R09.2 - Atemstillstand	107	0,00%	114,00%	58	14,57%	18	45,00%
Neurologie							
G40.9 - Epilepsie, nicht näher bezeichnet	1.887	0,04%	-38,49%	235	59,05%	-43	-15,47%
G45.9 - Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet	6.074	0,14%	-45,62%	277	69,60%	-36	-11,50%

	Fälle 2010		Veränderung 2006-2010	Anzahl Einrichtungen 2010		Veränderung 2006-2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einrichtungen	Anzahl	in %
ICD							
I64 - Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet	2.362	0,05%	-52,07%	241	60,55%	-59	-19,67%
M51.2 - Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung	13.147	0,30%	20,43%	308	77,39%	-14	-4,35%
R40.0 - Somnolenz	1.140	0,03%	71,17%	249	62,56%	14	5,96%
R40.2 - Koma, nicht näher bezeichnet	247	0,01%	-33,42%	113	28,39%	-30	-20,98%
R56.8 - Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe	3.775	0,09%	-21,89%	279	70,10%	-22	-7,31%
Trauma							
E86 - Volumenmangel	19.740	0,45%	30,94%	314	78,89%	-15	-4,56%
R57.1 - Hypovolämischer Schock	252	0,01%	-14,86%	139	34,92%	-1	-0,71%
S00.9 - Oberflächliche Verletzung des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet	4.883	0,11%	2,35%	227	57,04%	-57	-20,07%
S01.7 - Multiple offene Wunden des Kopfes	30	0,00%	-33,33%	20	5,03%	-13	-39,39%
S01.9 - Offene Wunde des Kopfes, Teil nicht näher bezeichnet	530	0,01%	6,64%	148	37,19%	-15	-9,20%
S06.0 - Gehirnerschütterung	40.902	0,93%	11,81%	298	74,87%	-19	-5,99%
S06.2 Diffuse Hirn- und Kleinhirnverletzung	552	0,01%	-25,41%	126	31,66%	-21	-14,29%
S13.4 - Verstauchung und Zerrung der Halswirbelsäule	2.798	0,06%	27,59%	277	69,60%	-2	-0,72%
S27.3 Verletzungen der Lunge	196	0,00%	20,99%	90	22,61%	0	0,00%

ICD	Fälle 2010		Veränderung 2006-2010	Anzahl Einrichtungen 2010		Veränderung 2006- 2010	
	Anzahl	in % aller Fälle	in %	Anzahl	in % aller Einrichtungen	Anzahl	in %
S29.9 - Nicht näher bezeichnete Verletzung des Thorax	95	0,00%	-53,20%	56	14,07%	-29	-34,12%
T14.0 - Oberflächliche Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	865	0,02%	44,17%	147	36,93%	-60	-28,99%
T30.0 - Verbrennung nicht näher bezeichneten Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	32	0,00%	28,00%	21	5,28%	2	10,53%
T30.4 - Verätzung nicht näher bezeichneten Grades, Körperregion nicht näher bezeichnet	10	0,00%	-41,18%	10	2,51%	-3	-23,08%
Gesamt	271.076	6,1%	-1,5%			-25	-11%

Quelle: IGES

Anmerkung: Aus Platzgründen wurde in dieser Tabelle auf die Wiedergabe der Zahlen für das Jahr 2006 verzichtet. Die Veränderungswerte beziehen sich immer auf das Ausgangsjahr 2006.