

# Qualität als Auswahlkriterium der Krankenhausplanung

## Die verborgene Dimension der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

BERND OBERMÖLLER

Dr. Bernd Obermüller ist Rechtsreferent der Fachabteilung Versorgungsplanung im Amt für Gesundheit der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien und Hansestadt Hamburg

Durch das Krankenhausstrukturgesetz ist die Qualität der Krankenhausversorgung zu einem bundesgesetzlichen Steuerungsinstrument der Krankenhausfinanzierung und -planung geworden. Noch ist nicht vollständig ausgelotet, welche Auswirkungen die Verankerung der Qualität im Krankenhausfinanzierungsgesetz und die damit verbundene Einführung sogenannter planungsrelevanter Qualitätsindikatoren auf die Krankenhausplanung in den Ländern haben werden. Leicht zu erkennen ist die Funktion planungsrelevanter Indikatoren als Mindestvoraussetzungen für die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan eines Landes. Erst bei näherer Befassung mit den Vorgaben wird deutlich, dass diese Indikatoren vor allem für Auswahlentscheidungen der Krankenhausplanungsbehörden wertvoll werden könnten.

### 1. Qualitätsorientierte Krankenhausplanung nach dem Krankenhausstrukturgesetz

Mit dem Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) am 1. Januar 2016 ist die Qualität der stationären Versorgung in den bundesgesetzlichen Vorgaben für die Krankenhausplanung der Länder verankert. Zum einen wurde der in § 1 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) festgelegte Zweck der Krankenhausfinanzierung modifiziert: neben der bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu sozial tragbaren Pflegesätzen dient die Krankenhausfinanzierung nun auch der qualitativ hochwertigen sowie patientengerechten Versorgung. Zum anderen enthalten das

KHG und die Regelungen zur Qualitätssicherung im SGB V folgendes Programm zur Umsetzung der neuen Zielvorgabe „Qualität“ in die Krankenhausplanung der Länder:

- Krankenhäuser, die bei den sog. planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PQI) oder im jeweiligen Landesrecht vorgesehenen Qualitätsvorgaben nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen, dürfen insoweit ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen werden (§ 8 Abs. 1a KHG). Bereits in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser sind durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan herauszunehmen, soweit sie in einem

erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweisen (§ 8 Abs. 1b KHG). Dabei sind jeweils die Auswertungsergebnisse der sog. externen stationären Qualitätssicherung für die PQI zu berücksichtigen. Für die mittels Versorgungsvertrag zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassenen Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag gibt es korrespondierende Regelungen in § 109 Abs. 3 SGB V.

- Bei den PQI handelt es sich um Indikatoren zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die als Grundlage für qualitätsorientierte Entscheidungen der Krankenhausplanung geeignet sind (§ 136c Abs. 1 SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat diese zu beschließen und seine diesbezüglichen Beschlüsse als Empfehlungen an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden zu übersenden (§ 136 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Ein erster Beschluss ist bis zum 31. Dezember 2016 zu fassen (§ 136c Abs. 1 Satz 3 SGB V). In der Gesetzesbegründung heißt es dazu erläuternd, es werde die Zuordnung von

### **Nicht jedes Krankenhaus, das eine hinreichende Qualität bietet, hat einen Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan.**

Leistungen zu den PQI angestrebt. In den Ländern erfolge bisher regelmäßig keine Bepflanzung einzelner Leistungen oder Leistungsbereiche, sondern von Abteilungen. Damit die Indikatoren sich für Zwecke der Planung eignen, müssten diese daher z.B. in der Zusammenschau eines Indikatoren-Sets die Bewertung der Versorgungsqualität einer Abteilung ermöglichen. Um trotz des unterschiedlichen Leistungsgeschehens in Abteilungen gleicher Art zu sachgerechten Indikatoren zu gelangen, könne der G-BA etwa auf Grundlage von Anforderungen der Weiterbildung in den jeweiligen Abteilungen Grundleistungsbereiche benennen, die das typische Leistungsspektrum der jeweiligen Abteilungsart abbilden und als Basis für die festzulegenden Indikatoren gelten könnten. Es obliege dann dem

jeweiligen Land zu prüfen, ob diese Grundleistungsbereiche auch für die spezifische Versorgungssituation in den Krankenhäusern des Landes als sachgerecht angesehen werden könnten (Bunderatsdrucksache 277/15, S. 114).

- Die PQI werden grundsätzlich Bestandteil der Krankenhauspläne. Die Länder können jedoch ihre Geltung durch Landesrecht ganz oder teilweise ausschließen oder einschränken. Der Ausschluss kann generell erfolgen. Das betreffende Land kann aber auch in Bezug auf jeden einzelnen vom G-BA beschlossenen Qualitätsindikator entscheiden, ob und gegebenenfalls in welcher Form er Bestandteil des Krankenhausplans werden soll. Ferner ist klargestellt, dass die Länder weitere Qualitätsanforderungen zum Gegenstand ihrer Krankenhauspläne machen können (§ 6 Abs. 1a KHG).
- Damit die Länder die PQI für ihre Planungen verwerten können, hat der G-BA den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden regelmäßig die einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung zu den PQI sowie Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse der Krankenhäuser zu übermitteln. Zugleich soll das Verfahren der externen stationären Qualitätssicherung für die PQI beschleunigt werden (§ 136c Abs. 2 SGB V) und der Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ist auf Grundlage einer vom G-BA noch zu beschließenden Richtlinie befugt, anlassbezogen die Richtigkeit der Dokumentation der Krankenhäuser im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung zu kontrollieren (§§ 137 Abs. 3, 275a SGB V).

### **2. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren als Ausschlusskriterien**

Beim unbefangenen Blick auf die neuen Regelungen zur qualitätsorientierten Krankenhausplanung sollen die PQI allein Krankenhäusern mit unzureichender Qualität den Zugang zum Krankenhaus-

plan versperren. Die Krankenhausplanungsbehörden sollen an Hand der für ihren Krankenhausplan geltenden PQI, der mitgelieferten Bewertungsmaßstäbe und den dazugehörigen einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnissen entscheiden, ob ein Krankenhaus in dem Bereich, den der jeweilige Indikator bzw. das Indikatoren-Set abdeckt, eine hinreichende Qualität aufweist. Ist die erfasste Qualität in einem erheblichen Maß unzureichend, darf das Krankenhaus in diesem Bereich nicht in den Krankenhausplan aufgenommen werden. Bei bereits erfolgter Planaufnahme muss es aus dem Krankenhausplan herausgenommen werden. Lassen sich aus der unzureichenden Qualität in einem Bereich Rückschlüsse auf andere Bereiche oder sogar auf das gesamte Krankenhaus ziehen, können weitergehende Konsequenzen für die Zulassung des Krankenhauses drohen.

### **3. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren als Auswahlkriterien**

Eine andere Dimension der PQI bleibt dagegen auf den ersten Blick verborgen. Sie wird erst erkennbar, wenn man eine Planaufnahmeentscheidung bis zum Ende durchspielt: Nicht jedes Krankenhaus, das die Gewähr für eine hinreichende Qualität bietet und auch bedarfsgerecht und leistungsfähig im Sinne von § 1 Abs. 1 KHG ist, hat damit einen Anspruch auf Aufnahme in den Krankenhausplan. Denn stehen für die Deckung des zu versorgenden Bedarfs in einem Planungsraum mehrere Krankenhäuser zur Verfügung, hat die zuständige Landesbehörde nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG unter Berücksichtigung der öffentlichen Interessen und der Vielfalt der Krankenträger nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden, welches Krankenhaus den Zielen der Krankenhausplanung des Landes am besten gerecht wird. Die Qualität der Versorgung wird in diesen Vorgaben für die Auswahl nicht erwähnt. Das ist aber auch nicht erforderlich, weil zu den Zielen der Krankenhausplanung zwingend auch die Ziele der Krankenhausfinanzierung aus § 1 Abs. 1 KHG gehören. Die Länder sollen seit dem Inkrafttreten des KHSG nicht nur eine Versorgung durch leistungsfähige und eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser sicherstellen, sondern explizit auch eine hochwertige Qualität.

An Hand eines Beispiels lässt sich verdeutlichen, weshalb PQI für die Auswahl zwischen konkurrierenden Krankenhäusern enorm hilfreich sein könnten: Für eine Stadt ergibt sich die Notwendigkeit für 10 zusätzliche neurochirurgische Betten. In der Stadt befinden sich Krankenhaus A und Krankenhaus B, die beide über eine neurochirurgische Fachabteilung verfügen, die Interesse an einer Bettenaufstockung haben und einen entsprechenden Antrag bei der zuständigen Behörde gestellt haben.

Für die Krankenhausplanungsbehörden ist es traditionell schwierig, eine rechtssichere Auswahl zwischen konkurrierenden Anträgen auf Aufnahme in den Krankenhausplan bzw. Erhöhung der Bettenkapazitäten zu treffen. Allein schon die veröffentlichten Gerichtentscheidungen zur Krankenhausplanung sind mittlerweile kaum noch zu überblicken. Hinzu kommen unveröffentlichte Entscheidungen und Streitigkeiten, die durch einen Vergleich bereinigt werden. Häufig geht es dabei um eine Auswahl nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG. Obwohl die Planungsbehörden bei einer solchen Auswahl einen Ermessensspielraum haben, werden ihre Entscheidungen nicht selten von den Gerichten beanstandet.

In dem obigen Beispiel könnte die Planungsbehörde etwa ihre Auswahl zugunsten eines Konkurrenten mit Unterschieden bei der Leistungsfähigkeit der beiden neurochirurgischen Abteilungen begründen. Doch Unterschiede in diesem Bereich sind im Planungsprozess schwierig darzustellen. Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts kommt es für die Leistungsfähigkeit darauf an, ob das Leistungsangebot des Krankenhauses dauerhaft die Anforderungen erfüllt, die nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft und dem jeweils zu erfüllenden Versorgungsauftrag an ein Krankenhaus der betreffenden Art zu stellen sind. Das Bundesverwaltungsgericht hat den Begriff der Leistungsfähigkeit im Sinne des KHG aus dem damals geltenden § 11 Bundespflegesatzverordnung abgeleitet, nach dem Krankenhäuser entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit in Gruppen einzuteilen waren. Für diese Einteilung war insbesondere auf die Zahl, die Bedeutung und der Umfang der Fachabteilungen verschiedener Fachrichtungen, die Zahl der hauptberuflich angestellten und weiteren angestellten oder zugelassenen Fachärzte

in der einzelnen Fachabteilung und das Verhältnis dieser Zahl zur Bettenzahl sowie das Vorhandensein der erforderlichen räumlichen und medizinisch-technischen Einrichtungen abzustellen (BVerwG, Urteil vom 26.03.1981 – 3 C 134/79). Wie lässt sich die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern gerichtsfest vergleichen? Reine Auflistungen zum Personal, zu den Räumlichkeiten und zur medizinisch-technischen Ausstattung werfen die Frage auf, ob sich mit ihnen wirklich erfassen lässt, welchen medizinischen Standard ein Krankenhaus in personeller, sachlicher und technischer Hinsicht bietet. Jenseits reiner Auflistungen wird es jedoch schnell kompliziert: Soll z.B. die Planungsbehörde die Stellen- oder Dienstpläne der Krankenhäuser A und B auswerten? Sie müsste dann auch das speziell in der Neurochirurgie eingesetzte Personal ermitteln. Und wie ist dann gegebenenfalls mit dem Einsatz von Ärztinnen und Ärzten auf Honorarbasis umzugehen? Für einen aussagekräftigen Vergleich müsste an sich auch die Expertise der Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden. Ein Vergleich der Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern ist alles andere als trivial und bietet in einer juristischen Auseinandersetzung erhebliche Angriffsfläche.

Ein weiteres Auswahlkriterium könnte die Wirtschaftlichkeit der beiden neurochirurgischen Versorgungsangebote im Sinne höherer oder niedrigerer Betriebskosten sein. Doch ein solcher Vergleich ist in Zeiten der pauschalierten Finanzierung von Krankenhausleistungen kaum praktikabel. Was nützen geringere Kosten eines Krankenhauses, wenn das Krankenhaus dennoch einen Anspruch auf die volle pauschale Vergütung hat?

Die Frage, welches Krankenhaus im Falle der Gewährung zusätzlicher Betten höhere Fördermittel beanspruchen müsste, könnte ein sinnvolles Kriterium sein. Nur hat das Bundesverfassungsgericht es den Planungsbehörden mit Hinweis auf das Grundrecht der Berufsfreiheit der Krankenhausträger verboten, diesen Aspekt bei Auswahlentscheidungen heranzuziehen, weil andernfalls neu hinzutretende Bewerber bei stagnierenden Bettenzahlen keine reelle Chance hätten, in den Krankenhausplan aufgenommen

zu werden (vgl. BVerfG, Beschluss vom 04.03.2004 – 1 BvR 88/00).

In der Praxis der Krankenhausplanung eingesetzte Kriterien sind z.B. der Vorzug von Krankenhäusern mit einem breiten Versorgungsangebot bzw. einem größeren Disziplinen-Spektrum, auch wurde zum Teil auf den Vorzug einer Teilnahme an der Not- und Unfallversorgung abgestellt. Die Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte zu solchen Auswahlkriterien ist uneinheitlich – teilweise werden sie von Gerichten akzeptiert, andere Gerichte

**Ohne rechtssichere Qualitätskriterien ist eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung mit einem hohen Prozessrisiko für die Planungsbehörde verbunden.**

beanstanden sie als strukturelle Benachteiligung von Spezialkliniken.

Auch eine Auswahl unter Qualitäts Gesichtspunkten ist bislang nicht die Lösung, weil sich die Qualität von Versorgungsangeboten schwierig operationalisieren lässt. Ohne rechtssichere Qualitätskriterien ist eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung mit einem hohen Prozessrisiko für die Planungsbehörde verbunden. Auswahlentscheidungen nach § 8 Abs. 2 Satz 2 KHG haben zweifellos regional unterschiedliche Relevanz. In strukturschwächeren Regionen stehen selten mehrere Bewerber für einen Versorgungsbedarf zur Verfügung, aber zumindest in den Stadtstaaten und in Regionen mit einer Überversorgung sind Auswahlentscheidungen der krankenhauplanerische Alltag. Deshalb wäre es sehr hilfreich, wenn die Behörden auf PQI und die dazu von den Krankenhäusern im Rahmen der externen stationären Qualitätssicherung erfassten Daten zurückgreifen könnten. In dem obigen Beispiel einer potenziellen Bettenerhöhung zweier in Betrieb befindlicher Fachabteilungen könnte an Hand von Qualitätsdaten beantwortet werden, welches Krankenhaus in den zurückliegenden Jahren im Grundleistungsbereich Neurochirurgie die bessere Qualität geliefert hat.

PQI als Ausschlusskriterium für den Zugang zum Krankenhausplan sind dagegen mit Tücken verbunden:

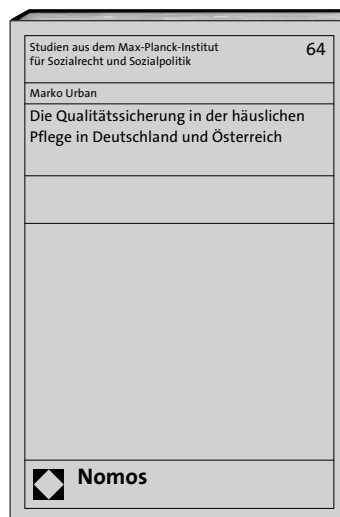
- Nach der bisherigen Praxis der externen stationären Qualitätssicherung, bei der die Qualitätsziele von fast allen Krankenhäusern erreicht werden, müssen Krankenhäuser kaum befürchten, eine unzureichende Qualität bescheinigt zu bekommen. Hier bedarf es schon eines grundsätzlichen Wandels im Sinne deutlich strengerer Bewertungsmaßstäbe.
- Und wie ist damit umzugehen, wenn ein Krankenhaus eine im erheblichen Maß unzureichende Qualität aufweist, aber in einer den Patientinnen und Patienten zumutbaren Entfernung kein anderes Krankenhaus zur Verfügung steht?

#### 4. Ausblick

Vor diesem Hintergrund sollte bei der Entwicklung der PQI die Möglichkeit des Vergleichs von Krankenhäusern im Blick behalten werden. Die Indikatoren sollten auch eine Beurteilung ermöglichen, welches Krankenhaus eine bessere Qualität aufweist – und dies nicht nur als Qualitätstransparenz für Patientinnen und Patienten bzw. einweisende Ärztinnen und Ärzte, sondern auch für die Krankenhausplanung. Den Planungsbehörden ständen dadurch mehr Möglichkeiten zur Verfügung, die qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen und so ihren neuen Auftrag aus § 1 Abs. 1 KHG in die Praxis umzusetzen. Selbstverständlich muss bei der Verwendung als Auswahlkriterium ebenso wie für die Funktion als Ausschlusskriterium die Rechtssicherheit des Indikators gegeben sein. Ein wichtiges Thema ist hier die Risikoadjustierung, ohne die ein fairer Vergleich zwischen Krankenhäusern oft nicht möglich ist. Als Auswahlkriterium muss der Indikator zusätzlich Unterschiede zwischen der Qualität verschiedener Anbieter abbilden können; ohne diese Fähigkeit ist der Indikator für eine Auswahl nicht verwendbar.

Es bleibt abzuwarten, welchen Nutzen die PQI für die Krankenhausplanung haben werden. Auf den ersten Beschluss des G-BA, der bis Ende 2016 gefasst sein soll, kann man gespannt sein. ■

# Pflege mit Qualität



## Die Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege in Deutschland und Österreich

Von Dr. Marko Urban

2016, 351 S., brosch., 92,- €

ISBN 978-3-8487-2470-3

eISBN 978-3-8452-6629-9

(Studien aus dem Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik, Bd. 64)

[nomos-shop.de/26552](http://nomos-shop.de/26552)

Pflege und Pflegebedürftigkeit sind in aller Munde. Die vielen Reformen des SGB XI zeigen, dass eine zukunftsfeste Lösung schwierig ist. Jeder will gut gepflegt werden. Aber was bedeutet eine hohe Qualität der Pflege, und wie kann es dem Staat gelingen, diese zu steuern? Dazu werden mögliche Lösungen und Grenzen aufgezeigt, vor allem, wenn die Pflege durch nichtprofessionelle Pflegekräfte erfolgt.

Durch eine getrennte, aber parallele Analyse der Qualitätssicherung bei der Pflege durch professionelle beziehungsweise durch nichtprofessionelle Pflegekräfte können die vorhandenen Instrumente zur Steuerung der Qualität verglichen werden. Der Rechtsvergleich mit Österreich öffnet den Blick für neue Ansätze auch für Deutschland. Im Ergebnis kann durch eine verstärkte Kooperation von professionellen und nichtprofessionellen Pflegekräften bei hoher Qualität das Potenzial der nichtprofessionellen Pflegekräfte am besten genutzt werden.



Unser Wissenschaftsprogramm ist auch online verfügbar unter: [www.nomos-elibrary.de](http://www.nomos-elibrary.de)

Portofreie Buch-Bestellungen unter  
[www.nomos-shop.de](http://www.nomos-shop.de)  
Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



**Nomos**