

# Qualitätsoffensive Krankenhaus

## Auswirkungen des Krankenhausstrukturgesetzes auf die Qualitätssicherung im Krankenhaus

UTA BUCH

Uta Buch ist Gesundheitsökonomin und freiberufliche Autorin. Sie war insbesondere auf den Gebieten Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement tätig; u.a. beim AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH und bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Berlin

**Mit dem Inkrafttreten des Krankenhausstrukturgesetzes am 1. Januar 2016 sehen sich die Krankenhäuser in Deutschland großen Herausforderungen gegenüber. Der Gesetzgeber hat neben Regelungen zur Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung und zur Stärkung der pflegerischen Patientenversorgung eine Qualitätsoffensive für Krankenhäuser gestartet. Erstmals wird Qualität als Kriterium der Krankenhausplanung herangezogen und es werden neue Instrumente zur Mengensteuerung sowie der qualitätsorientierten Vergütung entwickelt. Der Beitrag gibt einen Überblick über die relevanten Schwerpunkte und soll zu einer kritischen Auseinandersetzung im Hinblick auf mögliche Auswirkungen auf die Qualitätssicherung anregen.**

### 1. Qualität im Krankenhaus

Die Krankenhäuser in Deutschland erbringen die medizinische Versorgung auf einem hohen Qualitätsniveau und nehmen im Zuge der Sicherung und der Messung von Qualitätsdaten unter den Leistungserbringern eine wichtige Rolle ein. Neben der gesetzlichen Verpflichtung zur Teilnahme an der externen stationären QS ergreifen Krankenhäuser auf freiwilliger Basis, beispielsweise im Rahmen des internen Qualitätsmanagements (QM), zahlreiche Aktivitäten, um die Zufriedenheit ihrer Patienten ständig auf einem gleichbleibend hohen Niveau zu halten und bei Bedarf zu verbessern.

#### 1.1 Qualitätssicherung

QS ist die Summe aller Maßnahmen, die geplant und systematisch eingesetzt werden, um definierte Qualitätsanforderungen zu überprüfen, sicherzustellen bzw. sie zu erreichen. Seit gut einem Jahrzehnt werden im stationären Bereich

Qualitätsdaten der Krankenhäuser nach einheitlichen Regeln dokumentiert, auf wissenschaftlichem Niveau ausgewertet und transparent dargestellt. Sie ist somit ein Garant für den Nachweis der erbrachten Qualität. Die externe stationäre QS wird auch als das „Flaggschiff“ aller Qualitätsaktivitäten bezeichnet. Mit eigens dafür entwickelten Instrumenten, z. B. dem sogenannten „Strukturierten Dialog“ werden Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung und -förderung angestoßen und über Ergebnisse, wenn sie weniger gut ausgefallen sind, Zielvereinbarungen mit Kliniken getroffen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist der zentrale Normgeber für die Qualitätssicherung. Als oberstes Gremium der Selbstverwaltung setzt er die gesetzlichen Forderungen in Form von Richtlinien um und beschließt verbindliche einheitliche Vorgaben für alle beteiligten Akteure.

Gemessen wird die Qualität für ausgewählte Krankheitsbilder, den sogenannten Leistungsbereichen, z. B. Hüft- und

Kniesgelenkersatz, in der Herzchirurgie oder auch für die Behandlung von Früh- und Neugeborenen. Derzeit erfolgt die verpflichtende QS in den Krankenhäusern für 25 dieser Leistungsbereiche. Mit 266 Qualitätsindikatoren steht der Qualitätsmessung im stationären Sektor eine umfangreiche Datengrundlage (ca. 2,5 Mio. Datensätze) zur Verfügung. (vgl. IQTIG 2017)

Ein großer Teil der Indikatoren ist verpflichtender Bestandteil der Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Diese stehen neben weiteren aufbereiteten Informationen einer breiten Öffentlichkeit zur Verfügung, (siehe auch Kapitel 2.2.1).

## 2. Die aktuelle Krankenhausreform

Das deutsche Gesundheitswesen und insbesondere die ca. 2.000 Krankenhäuser stehen immer wieder im Fokus von Reformen. In einer kontinuierlichen Abfolge sind beispielsweise seit den 1970er Jahren über 30 solcher Reformen zu verzeichnen. Mit dem Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG), welches am 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, steht die Qualität der Krankenhausleistungen im Mittelpunkt.

Erstmals wird Qualität als Kriterium für die Krankenhausplanung sowie für die Vergütung von Krankenhausleistungen herangezogen. Darüber hinaus wird die Mindestmengenregelung klarer ausgestaltet und die Information der Patienten über die Qualität der Krankenhausversorgung soll verbessert und zugänglicher gemacht werden. (vgl. BMG 2015) Ziel der aktuellen Krankenhausreform ist es, durch eine stärker ausgeprägte Qualitätsorientierung den ordnungspolitischen Rahmen für den stationären Sektor zu modifizieren und zu modernisieren. (vgl. Klauber 2017)

Schon im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens entfachten unter den beteiligten Akteuren und Fachexperten kontroverse Diskussionen. Einige sprechen von einem Paradigmenwechsel, andere fühlen sich in ihrer Berufsfreiheit eingeschränkt und wiederum andere zweifeln die rechtssichere Umsetzung an.

### 2.1 Das Krankenhausstrukturgesetz

Neben den Themen Personalausstattung, Krankenhausfinanzierung, regionale Sicherstellung und Notfallversorgung sind

im Zuge der Qualitätsoffensive folgende Schwerpunkte für die Krankenhäuser relevant:

- Qualitätstransparenz
- Krankenhausplanung
- Qualitätsorientierte Vergütung
- Mindestmengenregelung
- Qualitätskontrollen.

Abbildung 1 zeigt die vier Säulen des KHSG. Im weiteren Verlauf wird auf die erste Säule „Qualitätsoffensive Krankenhaus“ näher eingegangen.

### 2.2 Die neuen Herausforderungen für Krankenhäuser

Tabelle 1 vermittelt einen Überblick über die QS-relevanten Themen, welche im Zuge der Umsetzung der Anforderungen aus dem KHSG auf die Krankenhäuser zukommen werden. Weitere Ausführungen zu Hintergründen und kritischen Auseinandersetzungen finden sich in den jeweiligen Unterkapiteln.

#### 2.2.1 Qualitätsberichte und öffentliche Berichterstattung

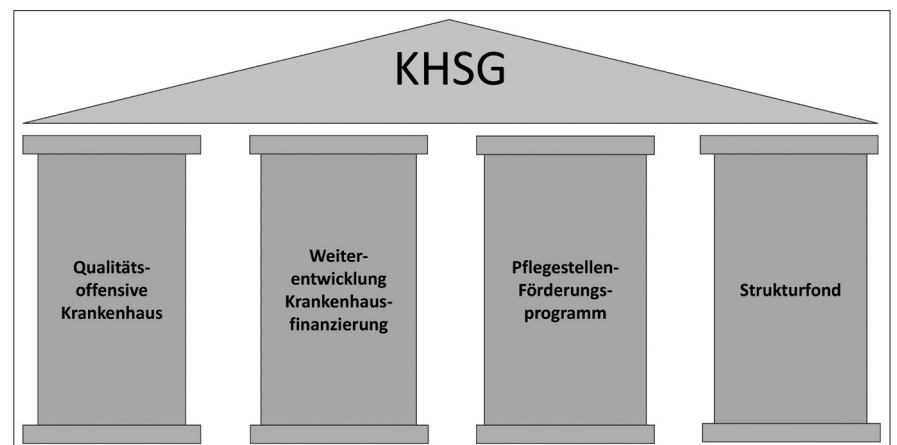
Seit dem Jahr 2005 sind die Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet, regelmäßig und anhand von Vorgaben des G-BA einen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen. Neben Informationen zu Struktur- und Leistungsdaten des jeweiligen Krankenhauses sind die Ergebnisse von Qualitätsindikatoren aus der externen stationären QS zu veröffentlichen. (vgl. AQUA 2015).

Der G-BA beschließt gemäß § 136b SGB V die Vorgaben über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser in den sogenannten „Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)“. Diese werden jährlich angepasst, die Änderungen werden vom G-BA beschlossen und der Beschluss im Bundesanzeiger veröffentlicht. (vgl. Qb-R 2016)

Der Gesamtumfang der Regelung umfasst nunmehr 853 Seiten und könnte bei näherer Prüfung auf eine mögliche Überregulierung hindeuten. Dennoch sollen dem Gesetzgeber nach, die Qualitätsberichte mit weiteren Informationen für die Patientensicherheit und Angaben zu Nebendiagnosen erweitert werden. Die aktuellen Forderungen gemäß KHSG wurden bereits teilweise bzw. vollständig in den Qualitätsberichten der Jahre 2015 und 2016 umgesetzt. So sind Angaben zur Personalausstattung auf Fachabteilungsebene ebenso enthalten wie ausführliche Angaben zum Risiko- und Fehlermanagement. Auch die Schwerpunkte Hygiene und infektionsmedizinische Aspekte sind bereits seit dem Berichtsjahr 2015 wesentliche Bestandteile der Berichte.

Eine weitere Forderung aus dem KHSG lautet, dass auch Nebendiagnosen, die mit wesentlichen Hauptdiagnosen häufig verbunden sind, angegeben werden müssen. Die Intention des Gesetzgebers liegt darin begründet, dass sich aufgrund des demografischen Wandels die Zahl der Patienten mit Mehrfacherkrankungen erhöht hat. Daher müssen die Patienten auch Informati-

Abbildung 1: Säulen des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG)



Quelle: Klakow-Franck 2017, eigene Darstellung

Tabelle 1: Übersicht der Schwerpunkte des KHSG

Thema	Inhaltliche Schwerpunkte
<b>Qualitätsberichte</b> §136b SGB V	<p>Qualitätsberichte müssen ergänzt werden um:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Nebendiagnosen zu den wesentlichen Hauptdiagnosen</li> <li>■ Einen speziellen Berichtsteil für Patienten</li> <li>■ Informationen zur Patientensicherheit: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Risiko- und Fehlermanagement</li> <li>■ Arzneimitteltherapiesicherheit</li> <li>■ Einhaltung von Hygienestandards</li> <li>■ Personalausstattung je Fachabteilung.</li> </ul> </li> <li>■ Es können Empfehlungen auf Basis der Qualitätsberichte erteilt werden.</li> <li>■ Der Qualitätsbericht ist auf der Klinik-Internetseite leicht auffindbar zu veröffentlichen.</li> </ul>
<b>Qualitätsorientierte Krankenhausplanung</b> §136c, §109 SGB V §1, §8 KHG	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entwicklung geeigneter Indikatoren für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung.</li> <li>■ Diese werden Bestandteil der Krankenhauspläne, sofern kein Ausschluss erfolgt.</li> <li>■ Die zuständigen Landesbehörden erhalten vom G-BA regelmäßige Auswertungsergebnisse.</li> <li>■ Krankenhäuser sind verpflichtet ihre Daten quartalsweise an das IQTiG zu liefern.</li> <li>■ Die Auswertung und der Strukturierte Dialog werden von bisher 9 auf 6 Monate verkürzt.</li> </ul>
<b>Qualitätsorientierte Vergütung</b> §136b, §110a SGB V, §5 KHEntgG	<p>a) Qualitätsverträge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Der G-BA legt vier Leistungsbereiche für die Erprobung von Qualitätsverträgen fest</li> <li>■ und gibt vor, welche Leistungsbereiche für Qualitätsverträge geeignet sind.</li> <li>■ Die bestehenden Maßnahmen zur QS sollen berücksichtigt werden.</li> <li>■ Im Auftrag des G-BA erstellt das IQTiG ein Evaluationskonzept, um die Auswirkungen der Verträge auf die Versorgungsqualität zu ermitteln.</li> </ul> <p>b) Qualitätszu- und -abschläge:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Der G-BA beschließt Leistungen oder Leistungsbereiche, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung eignen.</li> <li>■ Er muss Regelungen treffen, damit: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Qualitätszuschläge für außerordentlich gute sowie</li> <li>■ Qualitätsabschläge für unzureichende Qualität vereinbart werden können.</li> </ul> </li> <li>■ Die Auswertungsergebnisse sind zeitnah über eine Internetplattform den Vertragspartnern zur Verfügung zu stellen.</li> </ul>
<b>Mindestmengenregelung</b> §136b SGB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Der G-BA beschließt einen Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses abhängig von der Menge der erbrachten Leistung ist.</li> <li>■ Festlegung von Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Je Arzt oder</li> <li>■ Je Standort eines Krankenhauses oder</li> <li>■ Je Arzt und Standort eines Krankenhauses</li> </ul> </li> <li>■ sowie von Ausnahmetatbeständen und Übergangsbestimmungen.</li> </ul>
<b>Qualitätskontrollen</b> §137, §275a SGB V	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Der G-BA bestimmt ein gestuftes System von Folgen der Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen.</li> <li>■ Er regelt je nach Art und Schwere der Verstöße angemessene Durchsetzungsmaßnahmen in Form von: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Vergütungsabschlägen</li> <li>■ Wegfall des Vergütungsanspruchs</li> <li>■ Information an Dritte über Verstöße</li> <li>■ Einrichtungsbezogene Veröffentlichung der Informationen.</li> </ul> </li> <li>■ Die Dokumentationsrate aller QS-Verfahren wird auf 100% festgesetzt und wird bei Unterschreitung sanktioniert.</li> <li>■ Der G-BA regelt in einer Richtlinie die Kontrollen des MDK zur Einhaltung von Qualitätsanforderungen.</li> </ul>

Quelle: Sozialgesetzbuch V, eigene Darstellung

onen erhalten zu Neben- und Begleiterkrankungen, die nicht der eigentliche Auslöser für den Krankenhausaufenthalt sind. Außerdem können aus der Angabe der Nebendiagnose Rückschlüsse zur Häufigkeit der Behandlungen gezogen werden. Diese Forderung ist bisher noch nicht in der Qb-R berücksichtigt wurden. (vgl. SGB V 2016)

Ziel der öffentlichen Berichterstattung und der damit verbundene ver-

sorgungspolitische Hintergrund ist es, dass veröffentlichte Informationen von Leistungserbringern bessere Wahlentscheidungen für Patienten ermöglichen und die Leistungserbringer auf diese Weise motiviert werden, die Qualität der Versorgung weiter zu verbessern. In praktischer Hinsicht spiegelt der angenommene Zusammenhang von verfügbaren Qualitätsinformationen und individuellen Wahlentscheidungen

ein komplexes Problemfeld wider. So konnten Studien zeigen, dass die Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Informationen allein oftmals nur wenig Einfluss auf die Auswahl eines gesundheitlichen Versorgungsangebotes durch Patienten hat. (vgl. Hibbard 2008)

Demgegenüber steht die mittlerweile starke und weiter zunehmende Freqüenzierung von Gesundheitsportalen, die Qualitätsinformationen auch aus der

externen stationären QS mit dem Anspruch der Laienverständlichkeit individuell und sehr heterogen verarbeiten und darstellen. (vgl. AQUA 2015)

So kamen beispielsweise Gesundheitswissenschaftler in einer Studie zu dem Ergebnis, dass beim Vergleich von mehreren voneinander unabhängigen Krankenhausführern häufig unterschiedliche Aussagen zur Qualität ein und desselben Krankenhauses veröffentlicht wurden. Untersucht wurden bei drei bekannten Krankenhausführern die Ergebnisse der Hüftgelenkersatz-Operationen. Es wurde festgestellt, dass es nicht selten ist, dass ein Krankenhausführer ein Krankenhaus empfiehlt, von dem ein anderer abrät. Zu ähnlichen Ergebnissen sind bereits frühere Untersuchungen aus den USA gekommen.

Das hat zur Folge, dass Patienten, die zu demselben Krankenhaus Informationen über die Qualität suchen, abweichende und sogar widersprüchliche Ergebnisse erhalten. Durch die festgestellte geringe Korrelation bestehen bei den Autoren der Studie große Zweifel, ob die verschiedenen Krankenhausführer dieselbe Definition von „Qualität“ verwenden. Sie empfehlen daher das Testverfahren auch auf andere Krankheitsbildern anzuwenden und den Qualitätsbegriff in den Krankenhausführern zu validieren. Weiterhin sind die Autoren der Ansicht, dass Fehlinformationen schlechter für den Patienten sind, als gar keine Information zu haben. Falsche Angaben führen zur Verunsicherung der Patienten und im schlimmsten Falle zu einer Fehlsteuerung der Leistungserbringer, die fälschlich einer schlechten Qualität angeprangert werden. (vgl. Thielscher 2014)

Gerade im Hinblick auf die Umsetzung des KHSG, insbesondere der qualitätsorientierten Vergütung kann das fatale Folgen für die betreffenden Krankenhäuser haben. Es ist daher erforderlich, dass eine valide manipulationssichere Datengrundlage zeitnah in einem einheitlichen (maschinenlesbaren) Format zur Verfügung steht. Diese Problematik wurde in dem zuständigen Gremium im G-BA thematisiert und ein externer Dienstleister mit der Erstellung eines Plausibilisierungskonzeptes beauftragt. (vgl. G-BA 2016)

## 2.2.2 Qualitätsorientierte Krankenhausplanung

Selten wurde eine gesetzliche Forderung im Vorfeld der Gesetzgebung sowie im Zuge der ersten Planungs- und Umsetzungsschritte so kontrovers diskutiert wie die qualitätsorientierte Krankenhausplanung.

Krankenhäuser, die bei den sogenannten planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (PQI) wiederholt eine „unzureichende Qualität“ aufweisen, dürfen nicht in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen werden (§8 Abs. 1a KHG). Kliniken, die bereits im Krankenhausplan aufgenommen wurden, sind durch Aufhebung des Feststellungsbescheides ganz oder teilweise herauszunehmen. Werden Rückschlüsse durch die festgestellte „unzureichende Qualität“ in einem Bereich des Krankenhauses auf andere Bereiche oder auf das gesamte Haus gezogen, drohen den betreffenden Kliniken weitergehende Konsequenzen für ihre Zulassung. (vgl. Obermüller 2016)

**Die Krankenkassen sind der Ansicht, dass die Auswirkung der PQI wesentlich davon abhängt, inwieweit sie von den Landesplanungsbehörden genutzt und eingesetzt werden.**

Als Ausgangsbasis für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung hat der Gesetzgeber vorgegeben, die bereits vorhandenen Qualitätsindikatoren aus der externen stationären QS zu nutzen. Der G-BA hat zunächst in einem ersten Schritt eine entsprechende Richtlinie beschlossen und das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) mit einer Auswahl von geeigneten Indikatoren sowie der ersten Datenerfassung und -auswertung des 1. Quartals 2017 beauftragt. Der G-BA stellte anhand der nun vorliegenden Auswertungsergebnisse fest, dass diese Indikatoren für die Krankenhausplanung nur eingeschränkt geeignet sind. In einem weiteren Schritt wurde das Institut demzufolge beauftragt, eine geeignete Methodik zu entwickeln, um die vom Gesetzgeber geforderten diffe-

renzierten Qualitätsaussagen treffen zu können. (vgl. G-BA 2017b)

Bisher wurden 11 Qualitätsindikatoren aus den Leistungsbereichen Geburtshilfe, Mammachirurgie und gynäkologische Operationen vom G-BA festgelegt. Die Ergebnisse werden Anfang September 2018 vorliegen und vom G-BA veröffentlicht. Die Veröffentlichung erfolgt, wie auch für die externe stationäre QS in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser. Da diese aber viel zu spät zur Verfügung stehen, werden die Ergebnisse je Krankenhaus in einem separaten Bericht auf den Internetseiten des G-BA veröffentlicht.

Krankenkassenvertreter geben zu bedenken, dass mit möglichen Konsequenzen von Seiten der Planungsbehörden jedoch erst frühestens im Jahr 2019 zu rechnen ist. Das entspricht ihrer Einschätzung nach nicht der Intention des Gesetzgebers, ein zusätzliches Steuerungsinstrument in der Krankenhausplanung zu erhalten.

Darüber hinaus sind die Krankenkassen der Ansicht, dass die Auswirkung der PQI wesentlich davon abhängt, inwieweit diese von den Landesplanungsbehörden und anderen an der Gestaltung der Krankenhauslandschaft Beteiligten aktiv genutzt und eingesetzt werden. Sie beziehen sich dabei auf eine Studie von Preusker et al., welche aufzeigt, dass Marktaustritte von Krankenhäusern von unterschiedlichen Interessenvertretern beeinflusst werden. Demnach wird den Krankenhausplanungsbehörden dabei eine mehr oder weniger aktive Rolle attestiert. Im Untersuchungszeitraum von 2003 bis 2013 waren lediglich 13 (17,6%) der Marktaustritte auf Vorgaben der Landeskrankenhausplanung zurückzuführen. (vgl. Preusker 2014)

Die Kassenvertreter halten die bestehenden Indikatoren der externen stationären QS für die Krankenhausplanung geeignet, insbesondere bei der Frage zum **Ausschluss oder Verbleib** von Krankenhäusern im Krankenhausplan. Allerdings ist es nicht möglich mit diesen Indikatoren, die Bewertung von **Neuaufnahmen** in den Krankenhausplan vorzunehmen. Daher plädieren die QS-Fachleute der Kassen für eine Neuentwicklung der Methode. (vgl. Stich 2017)

Vertreter der Planungsbehörden halten die PQI für sinnvolle Unterstützungsinstrumente bei der Krankenhausplanung. Mit diesen Indikatoren ist es

ihnen möglich, ihrem neuen Auftrag aus dem KHSG gerecht zu werden. Demnach haben die Planungsbehörden nicht nur eine Versorgung durch leistungsfähige und eigenverantwortlich wirtschaftende Krankenhäuser sicherzustellen, sondern auch explizit eine **hochwertige Qualität** (§1 Abs. 1 KHG).

Es sollte aus Sicht der Planungsbehörden beachtet werden, dass die bisherige Krankenhausplanung ausschließlich auf **Fachabteilungsebene** erfolgte. Dagegen sind die bestehenden Indikatoren der externen stationären QS nur zur Messung von Leistungsbereichen geeignet. Daher schlagen die Planungsbehörden vor, Indikatorensets zu entwickeln, welche

### Vertreter der Planungsbehörden halten die PQI für sinnvolle Unterstützungsinstrumente bei der Krankenhausplanung.

das typische Leistungsspektrum einer Fachabteilung im Krankenhaus abbilden können. Besonders wichtig ist den Planungsbehörden die Rechtssicherheit der PQI, da ohne diese mit einem hohen Maß an juristischen Auseinandersetzungen zu rechnen sei. Erfahrungswerte aus der aktuellen Rechtsprechung zeigen, dass sehr häufig die Entscheidungen der Planungsbehörden, insbesondere zur Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern, gerichtlich beanstandet wurden. Darüber hinaus müssen die PQI risikoadjustiert sein, um einen fairen Vergleich von Krankenhäusern zu ermöglichen. (vgl. Obermüller 2016)

Die PQI werden automatisch Bestandteil des Krankenhausplanes, wenn ein Bundesland dieses nicht durch Landesrecht ausschließt. Aus Sicht der Planungsbehörden sind nur auf diese Weise einheitliche Qualitätsstandards im gesamten Bundesgebiet zu erreichen. Dabei sollte ein „Qualitätsföderalismus“ zugunsten der Patientenversorgung vermieden werden. Mittelfristig wird die zunehmende Qualitätstransparenz nach Ansicht der Planungsbehörden zu den, vom Gesetzgeber gewollten Strukturveränderungen führen, „die die Spreu vom Weizen trennen“ werden. Die Schlussfolgerung ist, dass nur große Verbundstrukturen dauerhaft bestehen können, da nur hier die Professionalität vorgehalten werden

kann, „die in diesem unglaublich komplexen Krankengeschehen erforderlich ist“. Allerdings ist aus Sicht der Planungsbehörden bisher zu beobachten, dass lokalpolitische Egoismen gute Lösungen erschweren und sogar verhindern. (vgl. TK 2015)

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) als Dachverband der Krankenhausträger in Deutschland kommt in einem von ihr beauftragten Gutachten des Deutschen Krankenhausinstitutes (DKI) zu dem Ergebnis, dass eine qualitätsorientierte Krankenhausplanung Chancen zu einer Weiterentwicklung der stationären Versorgungsqualität bieten kann. Gleichzeitig macht sie aber auch deutlich, dass aufgrund des bisher erreichten Niveaus, Qualität nicht erst mithilfe der Krankenhausplanung in die stationäre Versorgung implementiert werden muss. Darüber hinaus ist es aus Sicht der DKG wichtig, dass auch die Folgekosten voll finanziert

werden, die auf die Krankenhäuser im Zuge der qualitätsorientierten Krankenhausplanung zukommen werden. Gemäß dem DKI-Gutachten spricht sich die DKG für eindeutige, nachvollziehbare und rechtssichere Regeln für die planungsrelevanten Qualitätsangaben aus sowie für Machbarkeitsuntersuchungen **vor der Aufnahme** in die Krankenhauspläne. (vgl. DKG 2015)

Die Bundesärztekammer (BÄK) kritisiert im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung den Ansatz der „Patientengefährdung“. Das könnte nach Ansicht des Vorsitzenden des Ausschusses Qualitätssicherung der Bundesärztekammer Günther Jonitz, zu einer unerwünschten Art von „Qualitätskultur“ in den Krankenhäusern führen. Es besteht seiner Ansicht nach ein hohes Risiko, dass nicht wie bisher die hochwertige Versorgungsqualität im Mittelpunkt steht, sondern der Nachweis von Fehlern und Gefahren. Weiterhin sieht die BÄK auch methodische Mängel bei den bisherigen Vorschlägen vom IQ-TIG. Demnach sei die Aggregation von verschiedenen Informationen zu einer Gesamtaussage problematisch und nicht geeignet, um ein aussagekräftiges Qualitätsprofil einer Fachabteilung abzubilden. (siehe auch Planungsbehörden) Daher plädiert die BÄK, die Vorschläge zunächst in einem Modellprojekt zu erproben. (siehe auch DKG) (vgl. Ärzteblatt 2016)

Auch die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Fachgesellschaften (AWMF) übt Kritik an den Vorschlägen vom IQ-TIG und spricht sich dagegen aus, dass die vorhandenen Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung „zweckentfremdet“ werden. Nach Ansicht der AWMF sollte man auf vorhandene und bewährte Maßnahmen der QS zurückgreifen und diese weiterentwickeln. Für die Krankenhäuser sieht die AWMF die Gefahr, dass diese künftig falsch beurteilt werden könnten und andere für die Patientenversorgung relevante Aspekte, z. B. die wohnortnahe Basisversorgung oder qualifiziertes Personal in den Hintergrund der Betrachtung geraten. Ähnlich wie die Ansicht der BÄK drohe auch aus Sicht der AWMF der offene Umgang mit Fehlern aufzuweichen. (vgl. Ärzteblatt 2016)

### 2.2.3 Qualitätsorientierte Vergütung

#### a) Qualitätsverträge

Der durch das KHSG neu geschaffene Paragraph 110a SGB V sieht vor, dass Krankenkassen und Krankenhausträger zeitlich befristete Qualitätsverträge schließen sollen. Ziel der Qualitätsverträge ist die Erprobung, inwieweit sich stationäre Behandlungsleistungen insbesondere durch die Vereinbarung von Anreizen sowie durch höherwertige Qualitätsanforderungen weiter verbessern lassen. Der G-BA wurde vom Gesetzgeber beauftragt, vier Leistungen oder Leistungsbereiche festzulegen, die hierfür erprobt werden sollen.

Bei der Auswahl fordert der Gesetzgeber die zur Verfügung stehenden QS-Maßnahmen, z. B. Strukturvorgaben, Mindestmengenregelungen zu berücksichtigen. Es sollen keine Leistungen oder Leistungsbereiche ausgewählt werden, für welche bereits QS-Maßnahmen oder -instrumente angewandt werden, um später ein unverfälschtes Ergebnis der Evaluation zu erhalten. Daher sollen nur solche Leistungsbereiche in Frage kommen, bei denen eine qualitative Verbesserung erkennbar ist, z. B. Vermeidung von Dekubitus und für die noch keine weiteren Verbesserungsmaßnahmen ergriffen wurden. Der Gesetzgeber weist ferner darauf hin, dass die Qualitätsverträge nach §110a **Modellcharakter** haben.

Daher ist eine frühzeitige Beauftragung einer Evaluation durch den G-BA wichtig. Die Ergebnisse sollen aufzeigen, ob und in welcher Weise Qualitätsverträge sich auf die Versorgungsqualität auswirken. Dabei ist auch ein Vergleich von Krankenhäusern **ohne Qualitätsverträge** mit einzubeziehen. (vgl. SGB V 2016) Das IQTIG wurde vom G-BA im Dezember 2016 mit der Entwicklung eines solchen Evaluationskonzeptes beauftragt. (vgl. G-BA 2017c)

Den inhaltlichen Rahmen für die Qualitätsverträge müssen der GKV-Spitzenverband und die DKG bis spätestens zum 31. Juli 2018 festlegen. Das IQTIG wurde vom G-BA beauftragt, hierzu Empfehlungen zur Unterstützung zu erarbeiten.

Der G-BA hat im Mai 2017 vier Leistungsbereiche ausgewählt, die für die Qualitätsverträge entsprechend den gesetzlichen Vorgaben geeignet sind. Für diese Bereiche wurden Verbesserungspotenziale identifiziert. Hierbei handelt es sich um Fragen, wie die Qualität der Indikationsstellung noch gesteigert werden kann, z. B. bei der endoprothetischen Gelenkversorgung, oder wie Bereiche, die bisher keine Rolle in der QS spielten, z. B. die Versorgung von vulnerablen Patientengruppen in die Qualitätsbetrachtung einbezogen werden können. (vgl. G-BA 2017c)

## b) Qualitätszuschläge und -abschläge

Die Intention des Gesetzgebers ist es, dass sich Qualität auch bei der Vergütung von Krankenhausleistungen bemerkbar machen soll, um so die Versorgungsqualität zu fördern und weiterzuentwickeln. (vgl. SGB V 2016)

Gemäß KHSG ist der G-BA beauftragt bis Ende Dezember 2017 einen Katalog von Leistungen oder Leistungsbereichen zu beschließen, die sich für eine qualitätsabhängige Vergütung mit Zu- und Abschlägen eignen sowie die dafür entsprechenden Qualitätsziele und Qualitätsindikatoren festzulegen. Weiterhin soll der G-BA ein Verfahren entwickeln, das den Krankenkassen und Krankenhäusern ermöglicht, auf der Grundlage der beschlossenen Festlegungen Qualitätszuschläge für außerordentlich gute und Qualitätsabschläge für unzureichende Qualität zu vereinbaren.

Hierzu legte das vom G-BA beauftragte IQTIG im September 2017 seine Vorschläge in Form eines Abschlussberichtes vor. Der G-BA sieht jedoch Nachbesserungsbedarf für diesen ersten Entwicklungsschritt, da der vom IQTIG vorgeschlagene Leistungsbereich

## Nach Ansicht der DKG kann ein QM-System ein „Aufhänger“ für qualitätsorientierte Vergütung sein.

nicht den gesetzlichen Anforderungen nach einer validen Datengrundlage und fundierten transparenten Bewertungskriterien entspricht. Die Vorsitzende des Unterausschusses Qualitätssicherung Regina Klakow-Franck macht in einer Pressemitteilung die Intention des Gesetzgebers deutlich und fordert eine Nachjustierung der Zeitspanne zwischen Datenerhebung, Bewertung und den finanziellen Konsequenzen, da nur so Lerneffekte durch ein finanzielles Anreizsystem zu erzielen sind. (vgl. G-BA 2017d)

Weiterhin hat der G-BA Gestaltungspielraum erhalten, in welcher Weise die Informationen zur Verfügung gestellt werden. Aus gesetzlicher Sicht wäre eine geeignete Internetplattform, z. B. ein Intranet oder eine mit spezifischen Zugriffsrechten ausgestattete Datenbank möglich. Krankenhäuser sollen demnach nur Zugang zu ihren eigenen Daten erhalten. Auch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden sollen auf die qualitätsabhängigen Vergütungsbestandteile zugreifen können. (vgl. SGB V 2016)

Fachexperten stehen der qualitätsorientierten Vergütung kritisch gegenüber und sehen darin eine ambitionierte Aufgabe. Nach Ansicht der DKG gibt es keine allgemeingültige und vor allem keine rechtssichere Definition guter und schlechter Ergebnisqualität der Krankenhäuser. So verweist Metzinger darauf, dass die bestehenden Indikatoren der externen stationären QS als Steuerungsinstrumente für die Verbesserung der Qualität im Rahmen des internen QM, jedoch nicht für die Vergütung anwendbar sind. Seiner Ansicht nach zeigen Studienergebnisse aus den USA (vgl. Rajaram 2015), dass Kliniken durch

Qualitätsabschläge benachteiligt waren, die besonders leistungsstark waren und Patienten mit hohen Risiken versorgten, welche von anderen Krankenhäusern abgewiesen oder verlegt wurden. Metzinger sieht ein funktionierendes QM-System als einen möglichen „Aufhänger“ für eine qualitätsorientierte Vergütung. Seiner Ansicht nach wäre es vorstellbar, dass Krankenhäuser mit einem entsprechenden Zertifikat einen Vergütungszuschlag erhalten. (vgl. Metzinger 2015)

Auch Schrappe äußert sich in einem Interview von Monitor Versorgungsforschung bereits im Jahr 2014 kritisch zu den relevanten Schwerpunkten, welche jetzt erneut im Fokus der Diskussion zum KHSG stehen. Er warnt vor dem Versuch, mit QS auf Dauer die negativen Anreize des Vergütungssystems neutralisieren zu wollen. Er fordert, die Vergütungslogik weiterzuentwickeln, da Qualität allein keine Abhilfe schaffen kann. Seiner Ansicht nach sollten Qualitätsfragen prospektiv in das Gesundheitssystem eingebunden werden, und nicht wie bisher erst ex post zur Verhinderung der schlimmsten Auswirkungen.

Im Zuge der qualitätsorientierten Vergütung spricht sich Schrappe weiterhin dafür aus, dass die Qualitätsziele auch für die „Poor-Performer“ erreichbar sein sollten. Wenn nur immer die oberen 5% „belohnt“ werden, dann steigen die letzten 50% aus, weil sie diese Stufe nie erreichen werden. Es könnten beispielsweise auch **relative Verbesserungen** honoriert werden. Ferner weist Schrappe darauf hin, die Opportunitätskosten zu beachten. Für ein Krankenhaus wäre es ggf. naheliegender, heute drei Fälle mehr zu machen, als in ein bis zwei Jahren eventuell einen Qualitätszuschlag zu bekommen. (vgl. Schrappe 2014)

## 2.2.4 Mindestmengenregelung

Der Gesetzgeber beabsichtigt mit dem KHSG die Anpassung der bestehenden Mindestmengenregelungen an die aktuelle Rechtsprechung. Demnach liegt eine Abhängigkeit der Behandlungsqualität von der erbrachten Leistungsmenge vor, wenn es sich um eine hoch komplexe Leistung handelt, für die nach wissenschaftlichen Maßstäben ein Zusammenhang belegt werden kann.

Der Gesetzgeber stellt klar, dass die jeweilige Mindestmenge, von „der den

Patienten tatsächlich versorgende Einheit“ zu erbringen ist. Das sind:

- Arzt,
- Krankenhaus oder Standort,
- Kombination von beiden. (vgl. SGB V 2016)

Eine Legaldefinition für den Begriff Standort im Sinne der QS gibt es allerdings derzeit nicht. Mit in Krafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung von Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) am 1. Januar 2017 wurde das Krankenhausfinanzierungsgesetz geändert und der §2a „Definition von Krankenhausstandorten“ ergänzt. Demzufolge sind die Selbstverwaltungspartner verpflichtet eine solche Definition festzulegen sowie ein Verzeichnis aller Krankenhausstandorte zu erstellen und zu veröffentlichen. (vgl. PsychVVG 2016) Auch im G-BA wird in den entsprechenden Gremien eine für die QS-Zwecke erforderliche Standortdefinition erarbeitet. Die Klärung der Standortfrage ist für die QS noch mit einigen methodischen Herausforderungen verbunden, da die Datengrundlage bisher auf der Ebene des gesamten Krankenhauses basiert.

Darüber hinaus ist der G-BA aufgefordert in einem Beschluss, Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen zu normieren. Der Gesetzgeber bezweckt damit, in Härtesituationen im Einzelfalle die Leistungsgrenzen abzumildern, um die grundrechtsrelevanten Erwerbsinteressen der Krankenhäuser zu schützen. Übergangsregelungen sind vorgesehen, sofern für den betroffenen Bereich ein Verfahren der externen stationären QS existiert und das Krankenhaus hierfür gute Qualität nachweisen kann. Ausnahmetatbestände können auch von den Planungsbehörden bestimmt werden, sofern die flächendeckende Versorgung durch die Mindestmengen gefährdet wäre.

Erreicht ein Krankenhaus in den festgelegten Leistungsbereichen die Mindestmenge nicht, so steht ihm für diese Leistung kein Vergütungsanspruch zu. Der Krankenhausträger muss den Landesverbänden der Krankenkassen und der Ersatzkassen eine jährliche Prognose der erforderlichen Mindestmengen vorlegen. Krankenhäuser müssen nachweisen, dass im Vorjahr die Mindestmenge je Arzt, je Standort oder je Krankenhaus, oder in Kombination erreicht wurde.

**Tabelle 2: Mindestmengen für Pankreas- und Ösophaguseingriffe im europäischen Vergleich**

Land	Anzahl Mindestmengen/Jahr	
	Pankreas	Ösophagus
Deutschland	10	10
Holland	20	20
Frankreich	30	30
England	80	60

Quelle: Juni 2014

Krankenhäuser, die dennoch die Leistungen erbringen, verstoßen gegen das Qualitätsgebot (§2 SGB V) und gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§12 SGB V), was einen Vergütungsausschluss zur Folge hat. Ein weiterer wichtiger Aspekt in der neuen Mindestmengenregelung ist die Evaluation. (vgl. SGB V 2016)

Der G-BA hat im November 2017 die Neufassung der Mindestmengenregelung sowie ein neues Kapitel zu Mindestmengen in seiner Verfahrensordnung beschlossen. Mit diesem Beschluss wird der Forderung des Gesetzgebers Rechnung getragen, welche eine Überarbeitung und Neufassung dieser Regelung erforderlich machten. Demnach sind das Nähere zur Darlegung der Prognose, Ausnahmetatbestände und Übergangsregelungen festgelegt. Die Beratungen zur Bestimmung von konkreten Mindestmengen werden auf Basis dieser Neuregelung im Jahr 2018 weitergeführt. Mindestmengen, welche neu festgelegt werden, werden künftig zeitnah durch eine Begleitforschung evaluiert.

In seiner Verfahrensordnung hat der G-BA weitere erforderliche Details geregelt, z. B. unter welchen Voraussetzungen eine stationäre Leistung „mindestmengenfähig“ ist und wie der G-BA den erforderlichen Zusammenhang zwischen erbrachter Leistungsmenge und Ergebnisqualität feststellen wird. Ein vollbeweisender Kausalzusammenhang muss hierbei nicht nachgewiesen werden, sondern es muss eine Studienlage bestehen, welche darauf hinweist, dass ein wahrscheinlicher Zusammenhang zwischen Menge und Qualität vorliegt. (vgl. G-BA 2017e)

Fachleute sehen den Gesetzgeber und die Selbstverwaltung in der Pflicht, die Mindestmengenregelung konsequent durchzusetzen und warnen vor allzu weitreichenden Ausnahmen, welche unterlaufen werden können. Das gilt insbesondere für hochkomplexe Operationen. So belegt Mansky et al. in einer Studie einen signifikanten Zusammenhang zwischen

der Eingriffsmenge und der Ergebnisqualität bei Pankreasresektionen und Ösophagusoperationen. Die Wissenschaftler kommen zu dem Ergebnis, dass Patienten, die in Kliniken mit niedrigen Eingriffszahlen operiert wurden, ein deutlich erhöhtes Sterberisiko hatten. Sie verweisen zudem darauf, dass die in Deutschland festgelegten Mindestmengen im internationalen Vergleich niedrig sind, siehe Tabelle 2. (vgl. Mansky 2017)

Die Fachwelt ist sich darin einig, dass ein nachweislicher Zusammenhang zwischen der erbrachten Leistungsmenge und der Versorgungsqualität besteht. Dass auch die bereits bestehenden Instrumente und Kontrollmechanismen der externen stationären QS greifen, zeigt ein aktuelles Beispiel aus dem Jahr 2016.

Das Universitätsklinikum Frankfurt am Main wies in den Jahren 2014 und 2015 im Leistungsbereich Herztransplantationen eine überdurchschnittlich hohe Sterblichkeitsrate auf. Bereits 2015 war mit dem Krankenhaus ein „Strukturierter Dialog“ zu dieser Problematik geführt worden, da Mängel in der Versorgungsqualität vermutet wurden. Eine mit der zuständigen Fachgruppe auf Bundesebene getroffene Zielvereinbarung zur Senkung der Sterblichkeitsrate wurde jedoch von der Klinik nicht eingehalten. Auf Grund der wiederholten Abweichungen und der sehr kleinen Fallzahlen in diesem Leistungsbereich traf der G-BA in seiner Funktion als oberstes Lenkungsgremium der externen stationären QS (für diesen Leistungsbereich) im Einvernehmen mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung. Folglich hat die Klinik daraufhin ihr Transplantationsprogramm für die Herzchirurgie eingestellt. (vgl. G-BA 2016a)

Die Deutsche Transplantationsgesellschaft spricht sich dafür aus, dass Kliniken mit geringen Fallzahlen sich zurückziehen. So plädiert Gummert, der die Kommission Herz/Lunge dort leitet, für eine Konzentration in der Transplan-

tationsmedizin. Er vertritt die Ansicht, dass eine höhere Fallzahl eine bessere Qualität ermöglicht. (vgl. FAZ 2016)

Nach Ansicht der DKG ist die strikte Anlehnung an bestimmte Fallzahlen nicht der richtige Weg, so der neue DKG-Präsident Gerald Gaß in einem aktuellen Interview. Er spricht sich dafür aus, das vorhandene Erfahrungswissen, welches hinter der Mindestmenge steht, in die Leistungserbringung einzubinden. (vgl. das Krankenhaus 2018)

### 2.2.5 Qualitätskontrollen

Eine wesentliche Veränderung der QS- und auch Fehlerkultur werden die vom Gesetzgeber geforderten zusätzlichen Prüf- und Kontrollmechanismen durch den G-BA und durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit sich bringen. Der Gesetzgeber sieht Bedarf für die Erstellung klarer Regelungen zur Durchsetzung von Qualitätsvorgaben, insbesondere für die Fälle, in denen Leistungserbringer die Qualitätsanforderungen nicht einhalten. Nach seiner Ansicht ist das zum Schutz und Vertrauen der Patienten erforderlich.

Der G-BA ist nun beauftragt, ein **gestuftes Verfahren** zu beschließen, welches je nach Art und Schwere des Verstoßes eingesetzt werden soll. Dabei ist es dem Gesetzgeber wichtig, dass zunächst die Maßnahmen zur **Qualitätsförderung** zur Unterstützung der Leistungserbringer, z. B. Beratungs- und Fortbildungsangebote zur Anwendung kommen. Der G-BA ist darüber hinaus ermächtigt, auch Durchsetzungsmaßnahmen mit Sanktionscharakter mit unterschiedlicher Eingriffsintensität festzulegen. Ihm wird dabei ein breites Spektrum von Konsequenzen eingeräumt, z. B. Vergütungsabschläge oder -entzug. Außerdem ist der G-BA berechtigt, einrichtungsbezogene Informationen über Qualitätsverstöße an Dritte weiterzugeben. Das können beispielsweise folgende Stellen sein:

- Planungsbehörden der Länder
- Gesundheitsämter
- Überwachungs- und Prüfkommissionen der BÄK im Transplantationsbereich.

Explizit fordert der Gesetzgeber den G-BA auf, die Öffentlichkeit über Qualitätsmängel zu informieren, insbesondere wenn die Patientensicherheit gefährdet

ist oder erhebliche Verstöße gegen die Transparenzpflicht bestehen.

In einer Richtlinie legt der G-BA die Folgen von Qualitätsverstößen sowie die berechtigten Stellen fest. Je nach Maßnahme oder Leistungsbereich können das folgende Stellen sein:

- Kassenärztliche Vereinigungen (KV)
- Krankenkassen
- Landesarbeitsgemeinschaften (LAG) für sektorenübergreifende QS
- Lenkungsorgane der externen stationären QS auf Landesebene.

Hinzu kommt, dass alle bestehenden Richtlinien und Beschlüsse der QS an die neuen Vorgaben angepasst werden müssen. Nach Ansicht der Autorin wird das bei der Fülle an Richtlinien und Beschlüssen, welche die QS betreffen, eine Mammutaufgabe mit einem hohen Ressourcenaufwand werden.

Mit der neuen Regelung nach §275a SGB V erhält der MDK nunmehr die Aufgabe, die Einhaltung der Qualitätsanforderungen des G-BA sowie die Richtigkeit der QS-Dokumentation in den Krankenhäusern zu überprüfen. Der Gesetzgeber begründet dies mit bisher fehlenden Prüfmechanismen, welche in der Vergangenheit zu erheblichen Defiziten bei der Umsetzung von Qualitätsanforderungen geführt haben.

Der G-BA hat die Bestimmungen zur Auslösung und Durchführung sowie die Auftraggeber und Anhaltspunkte für die MDK-Kontrollen zu regeln. Als Auftraggeber für diese Kontrollen kommen die Lenkungsorgane auf Landesebene und das IQTIG in Betracht. Für die Kontrolle von Qualitätsvorgaben aus Richtlinien und Beschlüssen kann auch eine Beauftragung durch die Krankenkassen erfolgen. Denn ihnen gegenüber haben die Krankenhäuser im Zuge der Pflegegesetzvereinbarungen regelmäßig die Einhaltung dieser Vorgaben zu erklären.

Die Kontrollen des MDK finden unangemeldet, jedoch nicht willkürlich statt. Es müssen anlassbezogene Anhaltspunkte für die Kontrollen vorliegen, wie zum Beispiel:

- Hinweise auf Qualitätsmängel (auch von Patienten)
- Auffälligkeiten in den QS-Daten
- Angaben in den Qualitätsberichten.

Auch die Prüfung **ausnahmslos guter Ergebnisse** der QS kann durch den G-BA veranlasst werden. (vgl. SGB V 2016)

Der G-BA ist nun seiner Aufgabe nachgekommen, die Einzelheiten der gesetzlichen Forderungen in einer Richtlinie zu regeln und hat hierzu im Dezember 2017 eine neue Richtlinie beschlossen. Mit dieser Neufassung werden die Grundsätze zu den Qualitätskontrollen des MDK in Krankenhäusern geregelt. In einem **allgemeinen Teil** sind die Anhaltspunkte für Qualitätskontrollen sowie Regelungen zur Beauftragung, Umfang, Art und Verfahren der Kontrollen und zum Umgang mit den Ergebnissen festgelegt.

Die Richtlinie tritt nach Prüfung und Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Nachdem der G-BA die konkrete Ausgestaltung des Kontrollverfahrens in einem **spezifischen Teil** der Richtlinie geregelt hat, können MDK-Kontrollen

**Durch das KHSG wird eine Misstrauenskultur, insbesondere gegenüber den Krankenhäusern, gefördert.**

gemäß dieser Richtlinie beauftragt werden. Die Folgen bei Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen werden in einer weiteren gesonderten Richtlinie nach §137, Abs. 1 SGB V vom G-BA erstellt. (vgl. G-BA 2017f)

Vertreter des MDK sehen sich als eine interessenunabhängige und qualifizierte Instanz für geeignete, die zukünftigen Aufgaben inhaltlich und organisatorisch zu bewältigen. So wird anhand eines Praxisberichtes des MDK Hessen belegt, dass sich dessen 10-jährige Prüfpraxis bewährt hat und auf die bundesweit durchzuführenden Qualitätskontrollen übertragbar sei. Demnach waren bei Vor-Ort-Begehungen in hessischen Krankenhäusern die G-BA Bestimmungen zu Strukturqualitätsanforderungen sowie Komplexcodes des DIMDI Bestandteile der Q-Kontrollen. (vgl. Ritter 2017)

Die DKG sieht im MDK hingegen keine unabhängige Prüfeinrichtung und macht gegenüber der Politik deutlich, dass dieser für unabhängige Qualitäts-

kontrollen, welche sich strikt am medizinischen Standard und am Patientenutzen orientieren sollen, ungeeignet ist. (vgl. das Krankenhaus 2018)

### 3. Fazit

Mit dem Inkrafttreten des KHSG rückt die Weiterentwicklung der bestehenden QS zunächst in den Hintergrund. Für die Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben müssen andere Prioritäten gesetzt werden. Eine starke Ressourcenbündelung und -konzentration unter einem eng gesteckten Zeitrahmen lassen kaum Spielraum für innovative Entwicklungsschritte.

Durch diese Reform wird deutlich, dass aufgrund der Fokussierung auf Kontrollmechanismen und Pflichtprogramme die originäre Grundidee der QS

zur Förderung und Stärkung des Qualitätsbewusstseins aufweicht und zu einer veränderten Qualitäts- und Fehlerkultur im Gesundheitswesen führen wird.

Stattdessen wird eine Misstrauenskultur, insbesondere gegenüber den Krankenhäusern gefördert. Diese sind nun in der Pflicht, dieses Vertrauen wiederherzustellen und den politisch Verantwortlichen, aber auch vor allem der breiten Öffentlichkeit deutlich zu machen, dass sie auch ohne permanente Kontrolle in der Lage sind, die bestmögliche Leistung für die Patienten zu erbringen. (vgl. das Krankenhaus 2018)

Eine weitere kritische Auseinandersetzung führt zu der Schlussfolgerung, dass sich die QS von der ursprünglichen Qualitätsentwicklung im „geschützten Bereich“ immer weiter entfernt und mit neuen Erwartungen konfrontiert wird.

Aufgrund der fortschreitenden Forcierung des Wettbewerbsaspektes in der Gesundheitsversorgung ist zu beobachten, dass auch die Weiterentwicklung der QS sich verändert und stark von der „Ökonomisierung der Medizin“ beeinflusst wird. (vgl. Klakow-Franck 2014)

Die ersten Schritte zur Umsetzung der Forderungen aus dem KHSG sind auf den Weg gebracht. Bleibt abzuwarten, wie die ersten Ergebnisse ausfallen und ob diese den gesetzlichen Anforderungen entsprechen werden. Eines zeichnet sich bereits jetzt schon ab: alle Akteure müssen mit einem weiteren Anstieg des bürokratischen Aufwandes rechnen. Bleibt nur zu hoffen, dass bei all den Bemühungen und Diskussionen am Ende auch die Patienten nachhaltig davon profitieren. ■

## Literatur

**AQUA 2015.** Allgemeine Methoden im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137a SGB V Version 4.0 (Stand: 17.2.2015). Göttingen: AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen.

**Ärzteblatt 2016.** Deutsches Ärzteblatt: Neue Krankenhausplanung: IQTIG legt ersten Bericht vor. URL: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/70123>. Abruf: 22.8.2016.

**BMG 2015.** Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit, Meldungen 2015, Krankenhausversorgung zukunftsfest machen. Erste Lesung des Bundestages zum Krankenhausstrukturgesetz. URL: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2015/khsg-bundestag.ht>. Abruf: 23.09.2017

**Das Krankenhaus 2018.** Mit engagierter Gelassenheit. Interview mit dem neuen Präsidenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG), Dr. Gerald Gaß in: das Krankenhaus, 1.2018, S. 5-10. <https://www.daskrankenhaus.de/de/fachinformation/interviews-und-meinungen-56>. Abruf: 02.01.2018

**DKG 2015.** Deutsche Krankenhausgesellschaft. Pressemitteilung. Qualitätsorientierte Krankenhausplanung: Chancen und Risiken. DKI-Gutachten „Qualität als Entscheidungskriterium in der Krankenhausplanung“ veröffentlicht am 04.09.2015

**FAZ 2016.** Frankfurter Uniklinik: Keine Herztransplantationen mehr nach drei Todesfällen. Frankfurter Allgemeine. Aktualisiert 05.08.2016. URL: <http://www.faz.net/aktuell/politik/>. Abruf: 5.8.2016

**G-BA 2016.** Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Abnahme der beauftragten Leistungen zur Entwicklung

eines Plausibilisierungskonzeptes. 24.11.2016. URL: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/> Abruf: 23.09.2017

**G-BA 2016a.** Gemeinsamer Bundesausschuss. Pressemitteilung Nr. 31/2016. Qualitätssicherung. Ergebnis des Strukturierten Dialogs: Künftig keine weiteren Herztransplantationen im Universitätsklinikum Frankfurt am Main. URL: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/> Abruf: 23.09.2017

**G-BA 2017b.** Gemeinsamer Bundesausschuss. Pressemitteilung Nr. 19/2017. Qualitätssicherung. Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung: IQTIG mit Konzept für Neu- und Weiterentwicklung beauftragt. URL: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/> Abruf: 25.09.2017

**G-BA 2017c.** Gemeinsamer Bundesausschuss. Pressemitteilung Nr. 18/2017. Qualitätssicherung. G-BA legt vier Leistungsbereiche für die Erprobung von Qualitätsverträgen fest. URL: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/> Abruf: 23.9.2017

**G-BA 2017d.** Gemeinsamer Bundesausschuss. Pressemitteilung Nr. 34/2017. Qualitätssicherung. Qualitätsabhängige Vergütung von Krankenhausleistungen: Nachbesserungsbedarf beim ersten Entwicklungsschritt. URL: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/> Abruf: 22.9.2017

**G-BA 2017e.** Gemeinsamer Bundesausschuss. Pressemitteilung Nr. 42/2017. Qualitätssicherung. Mindestmengenregelung für stationäre Leistungen grundlegend überarbeitet. URL: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/> Abruf: 22.12.2017

**G-BA 2017f.** Gemeinsamer Bundesausschuss. Pressemitteilung Nr. 46/2017. Qualitätssicherung. Qualitätskontrollen des MDK in Krankenhäusern: Grundsätze zu Durchführung und Umfang beschlossen. URL: <https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/> Abruf: 20.11.2017

**Hibbard 2008.** Hibbard, JH (2008). What can we say about the impact of public reporting? Inconsistent execution yields variable results. *Ann Intern Med* 148(2): 160-1.

**IQTIG 2017.** Qualitätsreport 2016. Kurzzusammenfassung IQTIG-Qualitätsreport 2016. S.2. URL: [https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qualitaetsreport/IQTIG\\_Qualitaetsreport-2016\\_Zusammenfassung.pdf](https://iqtig.org/downloads/ergebnisse/qualitaetsreport/IQTIG_Qualitaetsreport-2016_Zusammenfassung.pdf). Abfrage: 19.12.2017.

**Jüni 2014.** Jüni et al. Inter-cantonal agreement on highly specialized medicine (IVHSM): Rartiy as the criterion for centralization of highly specialized medicine. Final report. Bern: University of Bern, Institute of Social and Preventive Medicine 2014. Von [http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/HSM/Organe/HSM\\_FinalReport\\_final\\_gesamt\\_inkl\\_Annexe\\_1-7.pdf](http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/Themen/HSM/Organe/HSM_FinalReport_final_gesamt_inkl_Annexe_1-7.pdf). Abfrage: 04.10.2017

**Klakow-Franck 2014.** Perspektive: Rolle der Qualitätsmessung aus Sicht des Gemeinsamen Bundesausschusses. Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ) (2014) 108, 456-464. <http://dx.doi.org/10.1016/j.zefq.2014.10.008>. Abfrage: 15.09.2017

**Klakow-Franck 2017.** Qualitätsorientierte Krankenhausplanung - G-BA übernehmen Sie! in: Präsentation Kongress Gesundheitswirtschaft managen. Münster. 26.01.2017

**Klauber 2017.** Krankenhaus-Report 2017. Schwerpunkt: Zukunft gestalten. Vorwort. Schattauer GmbH. Stuttgart. 2017.

**Mansky 2017.** Zentrenbildung in der Pankreas- und Ösophaguschirurgie.95-106.In: Klauber (Hrsg.) Krankenhaus-Report 2017.

**Metzinger 2015.** Qualitätsorientierte Vergütung - eine ambitionierte Aufgabe in: das Krankenhaus 11.2015.1009-1013.

**Obermüller 2016.** Qualität als Auswahlkriterium der Krankenhausplanung.Die verborgene Dimension der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. G+S 3/2016.26-29.

**Preusker 2014.** Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003 - 2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. URL:[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/krankenhaeuser/gutachten\\_marktaustritt\\_krankenhaeuser/Gutachten\\_Marktaustritte\\_KH\\_07-2014\\_gesamt.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/krankenhaeuser/gutachten_marktaustritt_krankenhaeuser/Gutachten_Marktaustritte_KH_07-2014_gesamt.pdf). Abruf: 05.10.2017.

**PsychVVG 2016.** Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psych-

iatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG). Art. 1 PsychVVG.

**Q-br 2016.** Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Qb-R). Anlage 1 Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2016.

**Rajaram 2015.** Rajaram et al., Characteristics of Hospital Penalized by CMS for Adverse Events. JAMA 2015, 340 (4), 375-383. Abfrage: 02.10.2017

**Ritter 2017.** Qualitätsprüfungen in Krankenhäusern durch den MDK Hessen: Erfahrungen und Ausblick - ein Praxisbericht. Online-Publikation: 2017.Gesundheitswesen. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart.NewYork. URL:<https://doi.org/10.1055/s-0043-107878>. Abfrage: 21.09.2017

**Schrapppe 2014.** Titelinterview mit Prof. Dr. med. Matthias Schrapppe. Es gibt kein weiter so. Monitor Versorgungsforschung.06/2014.6-12.

SGB V 2016. Handbuch Sozialgesetzbuch V Krankenversicherung. 21. Auflage. Altötting: KKF-Verlag.

**Stich 2017.** Qualitätssicherung und Krankenhausplanung.Mögliche Konsequenzen und Weiterentwicklungsbedarf der planungsrelevanten Indikatoren. G+S 2/2017.16-24.

**Thielscher 2014.** Geringe Korrelation von Krankenhausführern kann zu verwirrenden Ergebnissen führen. Gesundh ökon Qual manag 2014; 19(2): 65-69.DOI: 10.1055/s-0033-1335362.URL:<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0033-1335362>. Abruf: 25.09.2017.

**TK 2015.** Die Techniker.TK-Landesvertretung Hessen. Mit zunehmender Transparenz über die Qualität der Kliniken wird sich die Spreu vom Weizen trennen. 28.09.2015.

## Digitalisierung im Gesundheitswesen: Datenschutzrechtliche Grundlagen der Gesundheitstelematik



### Grundlagen und normativer Rahmen der Telematik im Gesundheitswesen

Zugleich eine Betrachtung des Systems der Schutzebenen des Gesundheitsdaten- und Patientengeheimnisschutzrechts

Von Carsten Dochow

2017, 1.520 S., geb., 189,- €

ISBN 978-3-8487-4268-4

eISBN 978-3-8452-8531-3

[nomos-shop.de/30004](http://nomos-shop.de/30004)

Ärzte sind seit jeher auf Informationen ihrer Patienten angewiesen, um eine hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten. Sie bewegen sich zunehmend im technikgeprägten Umfeld und Informations- und Kommunikationstechnologien beeinflussen ihren Beruf. Vorteile der Technologien können mit Persönlichkeitsrechten von Patienten kollidieren, die ein Interesse am selbstbestimmten Datenumgang haben. Diese Spannungslage und das bisher tendenziell vernachlässigte Thema des Gesundheitsdatenschutzes erlangen – beflügelt durch die jüngere europäische Rechtsent-

wicklung – immer größere Bedeutung. Das Gebiet ist zudem durch spezifische Regelungen für die elektronische Gesundheitskarte geprägt und wird flankiert von der ärztlichen Schweigepflicht. Daraus resultiert ein hochkomplexes Normengeflecht, das bislang systematisch kaum erfasst wurde. Der Autor befasst sich mit dem Regelungsgefüge für die Gesundheitstelematik einschließlich der grundrechtlichen Bezüge im nationalen und europäischen Recht.



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

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter (+49)7221/2104-37.

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

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer

