

1 Umsetzung der KHSG-Qualitätsagenda durch G-BA und IQTIG

Regina Klakow-Franck

1.1 Funktionswandel der Qualitätssicherung bis zum Krankenhausstrukturgesetz

Gleich mehrere Gesetze, darunter das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KHSG) markierten in der zurückliegenden 18. Legislaturperiode von 2013 bis 2017 den vorläufigen Höhepunkt der gesetzgeberischen Initiativen für mehr Qualität im deutschen Gesundheitswesen. Versucht man einen roten Faden für diese auf zahlreiche Neuregelungen zur Qualitätssicherung verteilte Qualitätsagenda zu finden, so bietet sich hierzu die Idee einer „qualitätsorientierten Versorgungssteuerung“ an. Diese als Arbeitshypothese des Gesetzgebers unterstellte Leitidee ist dabei genauso wenig gänzlich neu wie zum Beispiel das neue Qualitätsinstitut nach § 137a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), sondern wurde wegbereitet durch eine längere, typisch deutsche Vorgeschichte der Qualitätssicherung. Diese lässt sich rückblickend betrachtet in vier Phasen unterteilen.

1.1.1 Qualitätssicherung als Aufgabe der ärztlichen Profession

Die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist Teil der staatlichen Daseinsvorsorge und somit in dem für den deutschen Staat prägenden Föderalismus originäre Ländersache. Für die Qua-

lität der Patientenversorgung essenzielle Zuständigkeiten, wie zum Beispiel im Zusammenhang mit der Hygienequalität oder den Klinischen Krebsregistern, liegen deshalb bei den Ländern. Eine weitere Besonderheit im deutschen Gesundheitswesen ist das Selbstverwaltungsprinzip. Diesem folgend findet sich die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung an die Ärztekammern delegiert, legitimiert durch Verankerung im Heilberufs- und Kammergesetz des jeweiligen Bundeslandes. Die Delegation der Qualitätssicherung an die ärztliche Selbstverwaltung ist dabei nicht nur für den Staat von Vorteil, weil entlastend, sondern auch für die ärztliche Profession, die im Gegenzug für die Übernahme von Verantwortung im Interesse des Gemeinwohls weitreichende Handlungsspielräume zur Selbst- statt Fremdregulierung erhält.

Auf Basis dieses „Urverständnisses“ von Qualitätssicherung als einer sowohl dem individuellen Patientenwohl als auch dem Gemeinwohl verpflichteten Selbstkontrolle der ärztlichen Profession wurden bereits in den 1970er-Jahren Qualitätsoffensiven unter Federführung der ärztlichen Selbstverwaltung sowie der ihr assoziierten medizinischen Fachgesellschaften eingeführt. Hierunter sind insbesondere die Perinatalerhebung in Bayern sowie die Einführung von Tracer-Diagnosen zur Qualitätssicherung der Chirurgie durch Wolfgang Schega hervorzuheben (Scharl und Berg 2017). In beiden Fällen handelt es sich um eine Qualitätsmessung stationärer Einzel-Prozeduren, vorzugsweise operativer oder interventioneller Eingriffe, anhand von Qualitätsindikatoren, die bis heute in der gesetzlich verpflichtenden einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung – in der externen stationären Qualitätssicherung (esQS) gemäß der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKHL-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) – fortgeführt werden. Der Einsatz der Qualitätsindikatoren diente damals wie heute prioritär der Unterstützung des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements: Anhand eines datenbasierten Benchmark sollte im strukturierten Dialog mit den Krankenhäusern ein Lernen vom Besseren im geschützten Raum ermöglicht werden (Deutscher Bundestag 2002).

1.1.2 Übernahme gemeinsamer Verantwortung durch die Selbstverwaltungspartner

Im weiteren Verlauf wurden für die stationäre Qualitätssicherung weitere Partner der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen – insbesondere die gesetzlichen Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaften – hinzugewonnen sowie die einzelnen Qualitätssicherungs-Aktivitäten auf der Bundesebene gebündelt. Als Meilensteine dieser Phase können die Gründung der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) und der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) durch die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen im Jahr 2001 hervorgehoben werden. Leitbild war die Schaffung einer gemeinsamen Vertrauens- und Qua-

litätskultur der Selbstverwaltungspartner, im Interesse einer Stärkung des Selbstverwaltungsprinzips.

Hintergrund der zunächst noch freiwilligen Zentralisierung und Harmonisierungsbestrebungen seitens der Selbstverwaltungspartner dürfte der sich zu Beginn der 1990er-Jahre ankündigende Politikwechsel gewesen sein: Die Kostendämpfungspolitik im Gesundheitswesen sollte durch wettbewerbszentrierte Strukturreformen abgelöst werden (Gerlinger 2009). Das bis dato „corporatistisch“ geprägte deutsche Gesundheitswesen sollte sich stärker am Markt orientieren. Das tradierte Selbstverwaltungsprinzip steht seither auf dem Prüfstand, wobei die Umsetzung der Qualitätssicherung zu einem besonderen Prüfstein für die Funktions- bzw. Zukunftsfähigkeit der Selbstverwaltung geworden ist.

1.1.3 Qualitätswettbewerb als Steuerungsidee der 2000er-Jahre

Im Jahr 2001 wurde die Teilnahme an der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nicht völlig überraschend als gesetzliche Verpflichtung im SGB V verankert. Angesichts der Herausforderungen durch die demografische Entwicklung wurde in den 2000er-Jahren insgesamt eine Vielzahl systemverändernder Maßnahmen eingeleitet, deren Leitidee die Ausschöpfung von Qualitätsverbesserungs-, Effizienz- und Wirtschaftlichkeitspotenzialen durch die Implementation von Wettbewerbselementen war. Zu den Grundbausteinen des hierfür notwendigen Wettbewerbsrahmens zählte insbesondere die Einführung eines pauschalierten, betriebswirtschaftlich kalkulierten Entgeltsystems für stationäre Leistungen – nach dem Prinzip „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ –, denn schließlich sollte nicht ein Preiswettbewerb zu Lasten der Versorgungsqualität und Patientensicherheit, sondern ein Qualitätswettbewerb in Gang gesetzt werden. Als ein entscheidender Wettbewerbsmotor wurde die Schaffung von Transparenz über die Versorgungsqualität durch Public Reporting betrachtet. Dieser Rationale folgend wurde die Veröffentlichung der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser gesetzlich verpflichtend. Hiermit wurde auch die Erwartung verbunden, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen über eine Stärkung der Wahlentscheidungsmöglichkeiten der Versicherten steuern zu können.

Außerdem wurden neue Ordnungsinstanzen mit „Qualitätswächter“-Funktion geschaffen. Seit 2004 hat der G-BA diese Funktion inne, der als untergesetzlicher Normgeber für alle Leistungserbringer im GKV-System bundeseinheitlich und unmittelbar verbindlich in Richtlinien über die Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V beschließt. Als Spitzengremium der gemeinsamen Selbstverwaltung unter Beteiligung von Patientenorganisationen nach § 140f SGB V hat der G-BA nicht nur die Richtlinien-Kompetenz für die in der ärztlichen Selbstverwaltung geborene externe stationäre Qualitätssicherung übernommen, sondern kann zum Beispiel auch

Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in ausgewählten Leistungsbereichen oder Mindestmengen festlegen. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollte mit der Festlegung solcher Qualitäts-Mindeststandards durch den G-BA ausdrücklich auch etwaigen ökonomischen Fehlanreizen des DRG-Systems gegengesteuert werden. Die Idee einer „qualitätsorientierten Versorgungssteuerung“ ist insofern normativ bereits seit längerem angelegt.

1.1.4 Zwischenbilanz zum Qualitätswettbewerb

Die Zwischenbilanz Anfang der 2010er-Jahre nach zehn Jahren „Qualitätswettbewerb“ fiel allerdings enttäuschend aus: Weder war es jenseits von Selektivverträgen – obwohl auch diesbezüglich viel zu wenig publiziert ist – gelungen, offenkundige Qualitätsdefizite wie zum Beispiel ubiquitäre Koordinierungsprobleme an der Schnittstelle ambulant-stationär oder regionale Versorgungsunterschiede abzubauen, noch Mindestmengen oder andere Qualitäts-Mindestanforderungen des G-BA flächendeckend umzusetzen oder gar eine „Marktbereinigung“ in Gang zu setzen. Die Zahl der stationären Betten ist seit Einführung des DRG-Systems kaum nennenswert abgeschmolzen. Stattdessen ist eine kontinuierliche Fallzahl-Steigerung zu beobachten, die maximal zu einem Drittel auf die Alterung der Bevölkerung zurückführbar ist (Fürstenberg et al. 2013). Auch die Effekte der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser als deutscher Variante von Public Reporting blieben weit hinter den Erwartungen zurück; bis heute wird dieser Informationspool von den Patientinnen und Patienten kaum genutzt.

1.2 Qualitätsorientierte Versorgungssteuerung als neue Agenda seit 2012

Ab 2012 wurden deshalb vom Gesetzgeber neue Schritte unternommen, um den notwendigen Strukturwandel im Gesundheitswesen qualitätsorientiert voranzutreiben: Durch das Patientenrechtegesetz von 2013 wurden die Rechte der Patientinnen und Patienten ausdrücklich gestärkt. Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) von 2014 wurde die Neugründung eines fachlich unabhängigen Qualitätsinstituts nach § 137a SGB V beschlossen. Im Rahmen des KHSG von 2016 wurde sodann eine „Qualitätsoffensive Krankenhaus“ gestartet.

1.2.1 IQTIG als Neugründung eines fachlich unabhängigen Qualitätsinstituts

Bereits im Jahr 2007 war im Zusammenhang mit der Einführung der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung die von den Selbstverwaltungspartnern im Jahr 2001 als GmbH gegründete BQS durch eine fachlich unabhängige

Institution nach § 137a SGB V abgelöst worden, für die eine europaweite Ausschreibung erfolgte. Den Zuschlag erhielt seinerzeit das Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA-Institut), das bis Ende 2015 im Auftrag des G-BA tätig war. Mit dem GKV-FQWG wurde das aufwändige, alle fünf Jahre zu wiederholende Ausschreibungsverfahren zugunsten einer Dauerlösung aufgegeben. Bei dem neuen Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) handelt es sich nach dem Vorbild des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IGWiG) um ein Stiftungsinstitut der Trägerorganisationen des G-BA.

Wie das Vorgänger-Qualitätsinstitut wird das IQTIG im Auftrag des G-BA tätig und hat sich an der Entwicklung und Durchführung der externen stationären QS zu beteiligen. Im Vergleich zum alten Aufgabenkatalog sind für das IQTIG neue gesetzlich vorgeschriebene Aufgaben hinzugekommen, insbesondere was die Schaffung von mehr Transparenz über die stationäre, aber auch die ambulante Versorgungsqualität anbelangt. So sollen zum Beispiel auf Basis der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser Online-Vergleichslisten für ausgewählte stationäre Leistungsbereiche erstellt und allgemein die Verständlichkeit und Entscheidungsrelevanz der Qualitätsberichte für die Patientinnen und Patienten verbessert werden.

1.2.2 Zusammenwirken von G-BA und IQTIG

Die Grundsätze der Zusammenarbeit zwischen dem G-BA als untergesetzlichem Norm- und Auftraggeber und dem IQTIG als fachlich unabhängigem Auftragnehmer sind in der Verfahrensordnung des G-BA geregelt. Eine Beauftragung des Instituts durch den G-BA dient der fachlichen Unterstützung der Durchführung oder Entwicklung einer QS-Maßnahme. Die Ergebnisse des IQTIG werden dem G-BA als Empfehlungen zugeleitet, die dieser bei seinen Beschlüssen und Richtlinien zu berücksichtigen hat, was jedoch nicht ausschließt, dass der G-BA begründet von den Empfehlungen des IQTIG abweichen kann. Die konkrete Implementierung der Empfehlungen des IQTIG in die Normsetzung obliegt dem G-BA.

1.3 „Qualitätsoffensive Krankenhaus“ im Rahmen des KHSG

Das zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen KHSG wurde von einer gemeinsamen Bund-Länder-Arbeitsgruppe vorbereitet und beruht insgesamt auf vier Säulen: Es sieht eine Weiterentwicklung des DRG-Systems, einen Strukturfonds zur Umwandlung stationärer Überkapazitäten, ein neues Pflegestellen-Förderprogramm sowie eine „Qualitätsoffensive Krankenhaus“ vor. Insgesamt stellt es einen erneuten Versuch des Gesetzgebers dar, auf seit längerem bekannte Probleme im stationären Sektor zu reagieren, wie es zum Beispiel die

historisch gewachsenen strukturellen Defizite der Krankenhauslandschaft, die durch das DRG-System induzierte Mengendynamik und der Mangel an Fachpersonal insbesondere in der Pflege darstellen. Ein weiteres eklatantes Problem ist die stetig rückläufige Investitionskostenfinanzierung seitens der Länder, zu deren Kompensation das KHSC eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausplanung vorsieht.

Aufgabenkatalog für den G-BA

Im Rahmen der „Qualitätsoffensive Krankenhaus“ wurden dem G-BA zahlreiche detaillierte Aufgaben erteilt (s. Abb. 1). Diese zielen einerseits auf die Einführung neuer, qualitätsorientierter Versorgungssteuerungsinstrumente, wie etwa für die Krankenhausplanung geeignete Qualitätsindikatoren oder Qualitätszu- und -abschläge, andererseits auf eine Verbesserung der Kontrolle und Durchsetzung der Qualitätsvorgaben des G-BA, für die in Zukunft bevorzugt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) zum Einsatz kommen soll. Die neuen Methoden und Instrumente zur Versorgungssteuerung sollen nach der Vorstellung des Gesetzgebers nicht nur zügig eingeführt werden – erste Beschlüsse waren bereits bis Ende 2016 zu fassen –, sondern darüber hinaus auch „rechtssicher“ sein, weshalb auch neue gesetzliche Vorgaben für die bis dato rechtlich umstrittenen Mindestmengen-Regelungen des G-BA verabschiedet wurden.

Im Vergleich zur vorherigen Phase des „Qualitätswettbewerbs“ in den 2000er-Jahren, in der im Rahmen des vom Gesetzgeber neu konzipierten Wettbewerbs-

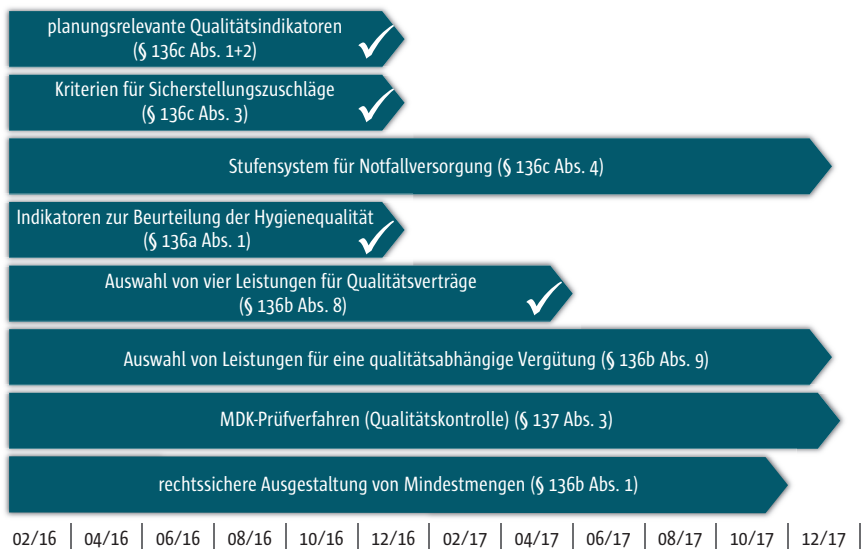


Abb. 1 KHSG: Liste neuer gesetzlicher Aufträge an den G-BA

rahmens quasi auf die „Selbstreinigungskräfte“ des Marktes vertraut wurde, stellt die „Qualitätsoffensive Krankenhaus“ den Versuch einer direkten Steuerung des stationären Leistungsangebots bzw. der Marktteilnahme des einzelnen Krankenhauses nach konkreten gesetzlichen Vorgaben dar. Dem G-BA kommt dabei lediglich die Rolle zu, mit Unterstützung des IQTIG die im Einzelnen vom Gesetzgeber bereits detailliert vorgeschriebenen Instrumente für das qualitätsorientierte Versorgungssteuerungsmodell zu entwickeln und die für eine Versorgungssteuerung erforderlichen Datenflüsse zu organisieren. Ob diese neue Variante einer „qualitätsorientierten Versorgungssteuerung“ so funktionieren kann, soll im Folgenden am Beispiel der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren erläutert werden.

1.4 Qualitätsindikatoren für die Krankenhausplanung

Mit den neuen planungsrelevanten Qualitätsindikatoren nach § 136c Abs. 1 SGB V (im Folgenden „planQI“) soll der G-BA den Bundesländern ein Instrument an die Hand geben, mit dessen Hilfe sie zukünftig die Versorgungsqualität bei Entscheidungen im Rahmen ihrer Krankenhausplanung berücksichtigen können. Ein gutes oder schlechtes Abschneiden bei den planQI soll entscheidend darüber sein, ob eine Fachabteilung oder gar ein ganzes Krankenhaus im Krankenhausplan verbleibt oder aufgenommen wird. Dies wäre nicht möglich ohne die ebenfalls im Rahmen des KHSG erfolgte Änderung in § 1 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), wonach die Versorgungsqualität nunmehr als finanzierungsrelevanter Planungsaspekt ausdrücklich neben Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit ergänzt ist.

1.4.1 Verzahnung von SGB V und KHG

Die vom G-BA zu entwickelnden Qualitätsindikatoren sind den Ländern als Empfehlungen zu übermitteln (§ 136c Abs. 2 SGB V), die dann gemäß § 6 Abs. 1a KHG zum Bestandteil des Krankenhausplans werden. Allerdings kann die Geltung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren durch Landesrecht ganz oder teilweise ausgeschlossen oder eingeschränkt werden, wie es die Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen bereits getan und andere Länder (Thüringen, Rheinland-Pfalz) angekündigt haben. Die Hoheit über die Krankenhausplanung verbleibt in jedem Fall beim einzelnen Bundesland. Um ihre Vorstellungen bezüglich einer qualitätsorientierten Weiterentwicklung der Krankenhausplanung selber darstellen und an der Entwicklung der dafür wünschenswerten Instrumente mitwirken zu können, haben die Länder bereits im Rahmen des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) von 2015 für bestimmte Themen ein Mitberatungsrecht im G-BA erhalten.

Insgesamt handelt es sich bei der Indienstnahme des G-BA für die Zwecke der Krankenhausplanung im Rahmen des KHSG um eine interessante Neu-Kons-

traktion innerhalb des bestehenden ordnungspolitischen Rahmens, wobei kompetenzielle Grundfragen zum KHSG womöglich noch nicht abschließend ausdiskutiert sind (Wollenschläger und Schmidl 2016). Offene Fragen, zum Beispiel welche eigenständigen und umfangmäßig erheblichen Ausgestaltungsspielräume den Ländern bei der Planungsentscheidung im Einzelfall aus Gründen der Verfassungskonformität bleiben müssen, oder ob dies mit Hinweis auf die Möglichkeit nach § 6 Abs. 1a KHG, ländersseitig die vom G-BA empfohlenen planQI nicht zu übernehmen oder einzuschränken, bereits abschließend beantwortet ist, können für den G-BA jedoch nicht die Umsetzung des gesetzlichen Auftrags aufschieben.

1.4.2 Anforderungen an planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus Sicht von Bund und Ländern

Damit die planQI sich für Zwecke der Krankenhausplanung eignen, müssen diese nach der Vorstellung des Gesetzgebers insbesondere zwei Anforderungen erfüllen: 1.) Ausweislich der amtlichen Begründung zum KHSG sollen die planQI in der Zusammenschau eines Indikatorensets die Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung ermöglichen. 2.) Außerdem sollen die QI einschließlich der mitzuliefernden Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Auswertungsergebnisse die Länder

„in die Lage versetzen, mindestens beurteilen zu können, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich bzw. in einer Abteilung eine im Vergleich mit anderen Häusern gute, durchschnittliche oder unzureichende Qualität aufweist.“ (BT-Drs. 18/5372: 90).

Sofern „dauerhaft eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität“ vorliegt, soll dies zukünftig Konsequenzen im Krankenhausplan haben.

1.4.3 Externe stationäre QS als Ausgangsbasis

Das erste Set planungsrelevanter Qualitätsindikatoren sowie die Richtlinie über das Verfahren zur Erhebung und Validierung der erforderlichen Daten, zur Berechnung der planQI und Bewertung der Ergebnisse sowie zur Übermittlung der Informationen an die Planungsbehörden der Länder (Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, plan. QI-RL) wurde vom G-BA fristgerecht am 15. Dezember 2016 beschlossen. Ausgangsbasis der planQI als auch des Verfahrens bildet, wie vom Gesetzgeber vorgegeben, die klassische esQS gemäß der QSKH-RL des G-BA, die quasi die „Mutter-Richtlinie“ der plan. QI-RL darstellt.

Die Methode der esQS wurde seit ihren Anfängen in der 1970er-Jahren bis heute mehr oder weniger unverändert fortgeführt. Im Erfassungsjahr 2016 wurden 2,5 Mio. Datensätze zu 266 Indikatoren in 24 verschiedenen stationären Leis-

tungsbereichen von 1.544 Krankenhäusern erhoben. Als prozeduren-bezogenes Qualitätssicherungsinstrument schien die esQS insbesondere auch gut zu dem OPS-basierten neuen Fallpauschalen des DRG-Systems zu passen. Zweifels-ohne ist es mit der gesetzlich verpflichtenden esQS gelungen, ein flächendeckend gutes Qualitätsniveau zu etablieren, zumindest – von wenigen Ausnahmen abgesehen – in den Leistungsbereichen, die im Rahmen der esQS betrachtet werden. Nicht wenige Qualitätsindikatoren, wie zum Beispiel in der Kar- diochirurgie, weisen jedoch bereits seit Jahren sogenannte „Deckeneffekte“ auf, das heißt die von der Intervention zu erwartenden Qualitätsverbesse- rungspotenziale sind vollständig ausgeschöpft.

Mit dem vom IQTIG im Auftrag des G-BA entwickelten planQI-Verfahren wur- den erstmals wesentliche methodische Verbesserungen auf den Weg gebracht, die sich perspektivisch als Prototyp für die längst überfällige allgemeine Wei- terentwicklung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung eignen. Während in der klassischen esQS zwei Jahre zwischen Datenerhebung und Abschluss der Bewertung liegen, ermöglicht das planQI-Verfahren erstmals ein unterjähriges Feedback an die Krankenhäuser sowie eine Übermittlung der Bewertungsergebnisse an die Länder im Jahresrhythmus. Der strukturier- te Dialog wurde zu einem Stellungnahmeverfahren weiterentwickelt, das zu- künftig nach bundeseinheitlichen Kriterien erfolgt. Im Vergleich zur „Mut- ter-Richtlinie“ sind in der plan. QI-RL in methodischer Hinsicht zahlreiche weitere Verbesserungen erfolgt, zum Beispiel auch im Zusammenhang mit der Datenvalidierung und der Risikoadjustierung.

1.4.4 Limitationen der esQS für Zwecke der Krankenhausplanung

Bei den ersten vom G-BA beschlossenen planQI handelt es sich um ein Indika- torenset aus den Leistungsbereichen gynäkologische Operationen, Geburts- hilfe und Mammachirurgie (s. Tab. 1).

Diese planQI fokussieren dem Tracer-Ansatz der klassischen esQS entspre- chend einzelne Prozeduren und dienen bei rechnerischen Auffälligkeiten als Aufgreifkriterien zur Einleitung des strukturierten Dialogs mit dem Kranken- haus. Auch in einer Leistungsbereich-bezogenen Zusammenschau lassen sie aus Sicht des G-BA jedoch keine verlässliche Gesamtbeurteilung der Qualität einer Fachabteilung oder gar eines ganzen Krankenhauses zu. Nach dem bis- herigen Verständnis im Rahmen der klassischen esQS ist ein Qualitätsindika- tor ein Instrument zur Unterstützung des einrichtungsinternen Qualitätsma- nagements, nicht aber etwa ein K.-o.-Kriterium für den Verbleib im Kranken- hausplan.

Für die Zwecke der klassischen esQS war eine solche Funktionalität auch nicht erforderlich; das übergeordnete Qualitätsziel dieses QS-Verfahrens besteht seit jeher darin, durch „Lernen vom Besseren“ flächendeckend ein gleich gu-

Tab. 1 Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Referenzwert
Gynäkologische Operationen		
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20,00%
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebesentfernung	≤ 5,00%
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18
Geburtshilfe		
318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	≥ 90,00%
330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	≥ 95,00%
1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Sentinel-Event
50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00%
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32
Mammachirurgie		
2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	Sentinel-Event
52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00%
52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	≥ 95,00%

tes Qualitätsniveau zu etablieren. Ausweislich der Tragenden Gründe zum Beschluss vom 15. Dezember 2016 ist der G-BA deshalb nicht der Empfehlung des IQTIG bzw. dem von ihm vorgelegten Konzept der „Patientengefährdung“ gefolgt:

„Das vom IQTIG in seinem Abschlussbericht vom 31. August dargestellte Konzept der ‚Patientengefährdung als planungsrelevanter Aspekt der Gesundheitsversorgung‘, wonach bereits Mängel bei Einzelindikatoren planungsrelevant werden können, wenn sie in einer Einrichtung schwerwiegend und anhaltend auftreten (Abschlussbericht des Instituts nach § 137a SGB V vom 31. August 2016, S. 29), stellt zwar eine nachvollziehbare Arbeitshypothese dar, vermag letztendlich jedoch nicht zu überzeugen.“ (TrG zu plan. QI-RL vom 16. Dezember 2016: 4)

Im Zusammenhang mit der Bewertung der Ergebnisse zu den einzelnen QI wird in der esQS bis dato außerdem ausschließlich in „qualitativ auffällig“