

Begleitevaluation zum Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren*

Abschlussbericht

Informationen zum Bericht

BERICHTSDATEN

Begleitevaluation zum Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren*. Abschlussbericht

Ansprechpersonen	Dr. Britta Zander-Jentsch, Dr. Ruth Waldherr, Franziska Reber, Dr. Silvia Klein
Datum der Abgabe	31. Dezember 2023
Datum aktualisierte Abgabe	23. Februar 2024, 15. März 2024

AUFTRAGSDATEN

Auftraggeber	Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
Name des Auftrags	Begleitevaluation gemäß § 16 plan. QI-RL
Datum des Auftrags	19. April 2018

Kurzfassung

Hintergrund

Zu den Zielen des 2016 durch eine Bund-Länder-AG vorbereiteten Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG) zählt eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausplanung, die neben Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit auch die Qualität der stationären Versorgung bei der Entscheidung über Aufnahme oder Verbleib im Krankenhausplan berücksichtigen sollte. Um den Planungsbehörden der Bundesländer hierzu eine verlässliche Entscheidungsgrundlage zu ermöglichen, wurde der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, für die Krankenhausplanung relevante Qualitätsindikatoren auszuwählen oder neu zu entwickeln sowie deren Ergebnisse einschließlich Maßstäben und Kriterien zur Bewertung an die Planungsbehörden der Bundesländer sowie an die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln (§ 136c Abs. 1 und 2 SGB V). Zur Umsetzung beauftragte der G-BA im März 2016 das IQTIG, in einem ersten Schritt geeignete planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI) auszuwählen sowie ein entsprechendes Verfahren zu entwickeln. Auf dieser Grundlage wurde die Erstfassung der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) beschlossen, die am 24. März 2017 in Kraft trat.

Auftrag

Am 19. April 2018 beauftragte der G-BA das IQTIG mit der Begleitevaluation gemäß § 16 der plan. QI-RL. Im Rahmen dieser Beauftragung sollten

- die Praktikabilität und Umsetzung der Prozesse, die durch die plan. QI-RL geregelt sind, in der Einführungsphase evaluiert werden sowie
- geeignete Kriterien zur Bewertung der Zweckmäßigkeit der Richtlinie (entsprechend § 2 plan. QI-RL) unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus Nr.1 entwickelt werden (bis 31.12.2020), mit denen im Rahmen des Abschlussberichts die Ziele der Richtlinie evaluiert werden können (Abgabe 31.3.2023).

Die Entwicklung der Kriterien wurde im Rahmen des Zwischenberichts zum 31. Dezember 2020 vorgestellt. Für die Erarbeitung wurde eine stufenweise, ineinandergreifende Arbeitslogik entwickelt, auf die im vorliegenden Abschlussbericht zwar verwiesen wird, die allerdings nicht erneut im Detail dargestellt ist. Insgesamt wurden acht Kriterien identifiziert, die sich drei übergeordneten Bereichen zuordnen lassen:

- Bereich 1: Planungsrelevanz der ausgewählten plan. QI (drei Kriterien)
- Bereich 2: Übermittlung von Auswertungsergebnissen sowie Bewertungskriterien (zwei Kriterien)
- Bereich 3: bundesweit einheitliche, qualitätsorientierte Entscheidungen (drei Kriterien)

Mithilfe der Kriterien wurde geprüft, ob und inwieweit die Ziele der Richtlinie (entsprechend § 2 plan. QI-RL) erfüllt werden konnten. Einschränkend gilt für die Bereiche 1 und 3, dass grundsätzliche Bedingungen zur Erfüllung der Prüfkriterien seit Beginn des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI)* nicht gegeben waren. Dies betrifft zum einen die Öffnungsklausel für die Bundesländer gemäß § 6 Abs. 1a KHG, wodurch die Geltung der plan. QI durch Landesrecht ausgeschlossen oder eingeschränkt werden konnte (Bereich 1). Der Fokus der Prüfung in diesem Bericht liegt daher auf der Anwendung der plan. QI-Ergebnisse durch die Landesplanungsbehörden (LPB) und die Landesverbände (LV) der Krankenkassen (KK) sowie der Ersatzkassen (EK). Zum anderen mussten die Kriterien zu Bereich 3 gänzlich zurückgestellt werden, da Entscheidungen über Aufnahme oder Verbleib eines Leistungserbringers (LE) im Krankenhausplan an die Feststellung einer „in erheblichem Maße unzureichenden“ Qualität gebunden waren (§ 8 Abs. 1 b KHG), die bisher durch die vorliegenden Maßstäbe und Bewertungskriterien nicht erfolgen konnte.

Ergebnisse

Prüfung der Evaluationskriterien

Die Prüfung, inwiefern die verbleibenden Kriterien erfüllt wurden, erfolgte durch kritische Würdigung der Analyseergebnisse. Auf die Definition konkreter Schwellenwerte zur Erfüllung der Kriterien wurde aufgrund der dargelegten Limitation, insbesondere zu Bereich 1, verzichtet. Zusammenfassend ist zum Zeitpunkt des Abschlussberichts nicht feststellbar, ob die intendierten Ziele der Richtlinie gemäß § 2 erreicht wurden. Vor allem der gewünschte Einfluss des Verfahrens *plan. QI* auf die Umsetzung krankenhauserischer Maßnahmen ist zum derzeitigen Zeitpunkt (auf Basis der EJ 2017–2021) unklar. Die Ergebnisse des Verfahrens *plan. QI* werden von den Landesplanungsbehörden und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen dennoch genutzt. Die tabellarische Übersicht fasst die Prüfung der einzelnen Kriterien zusammen.

Tabelle 1: Kriterien zur Evaluation der Zweckmäßigkeit der Richtlinie

Kriterien	Erfüllungsgrad
Kriterium 1: Nutzung der Ergebnisse und Ableitung von Maßnahmen aus den Ergebnissen der plan. QI im Rahmen der Landeskrankenhausplanung	teilw. erfüllt
Kriterium 2: Nutzung der Ergebnisse und Ableitung von Konsequenzen aus den Ergebnissen der plan. QI in Bezug auf Versorgungsverträge gemäß § 108 Nummer 3 SGB V	teilw. erfüllt
Kriterium 3: Indikatoren werden gemäß den Empfehlungen des Gremiums zur Systempflege kontinuierlich weiterentwickelt	nicht erfüllt
Kriterium 4: Akzeptanz und Nachvollziehbarkeit der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien durch die Landesplanungsbehörden und Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen (als Voraussetzung zur Nutzung)	erfüllt

Kriterien	Erfüllungsgrad
Kriterium 5: Nutzerfreundlichkeit (i. S. v. guter Verständlichkeit und Anwendung) des Darreichungsformats der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien	erfüllt

Weitere Ergebnisse des Verfahrens plan. QI in EJ 2017 bis EJ 2022

Neben Prüfung der Kriterien werden die Verfahrensergebnisse aller Erfassungsjahre im Rahmen dieses Abschlussberichts ausführlich diskutiert sowie zusammenfassend die Erkenntnisse zur Praktikabilität und Umsetzung der plan. QI-Prozesse während der Einführungsphase vorgestellt.

- Ergebnisse nach Abschluss der Fachlichen Bewertung gemäß § 11 plan. QI-RL (Abschnitt 4.1): Der Positivtrend, der sich bereits im Zwischenbericht in den Ergebnissen der meisten plan. QI abgezeichnet hat, konnte auch im EJ 2021 weiter beobachtet werden – über die Erfassungsjahre 2017 bis 2021 hinweg konnte ein Rückgang der Anzahl an statistischen Auffälligkeiten nach Datenvalidierung (EJ 2017: 163; EJ 2021: 112) und der Anzahl an statistischen Auffälligkeiten mit der Bewertung „unzureichende Qualität“ (EJ 2017: 73; EJ 2021: 48) verzeichnet werden. Auf der einen Seite lassen sich noch immer Mängel bei der QS-Dokumentation vermuten: In allen Erfassungsjahren mit erfolgter Datenvalidierung musste die Zahl der statistisch auffälligen Ergebnisse nach Datenvalidierung und Neuberechnung um bis zu 46 % herunterkorrigiert werden. Über die drei vollständig durchgeführten Verfahrensjahre hinweg lässt sich andererseits auch ein kontinuierlicher Anstieg der Dokumentationsqualität (Gesamtübereinstimmungsraten) von 2018 bis 2022 über alle plan. QI beobachten, sowohl differenziert nach den Erfassungsgründen Stichprobe (2,6 %) bzw. statistische Auffälligkeit (8,4 %) als auch insgesamt (3,5 %). Auf Ebene der jeweiligen plan. QI-relevanten QS-Verfahren ist im Auswertungsmodul *Geburtshilfe (PM-GEBH)* des Verfahrens *Perinatalmedizin (QS PM)*¹ die stärkste Zunahme zu verzeichnen, gefolgt vom Verfahren *Mammachirurgie (QS MC)*. Die niedrigsten Übereinstimmungsraten wurden im QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)* ermittelt, was auf noch ausstehende histologische Befunde bei der Übermittlung des QS-Dokumentationsbogens zurückzuführen sein könnte.
- Informationen der Landesplanungsbehörden, insbesondere zur Geltung und Nutzung der Ergebnisse der plan. QI (Abschnitt 4.2): Die Landesplanungsbehörden wurden durch das IQTIG jährlich im Zeitraum von 2018 bis 2023 angeschrieben und um Angaben zu ihren Krankenhäusern (mit Fachabteilungen) sowie zu Schließungen, u. a. aus Qualitätsgründen, gebeten. Daneben wurden Informationen zur Geltung und Nutzung der plan. QI im Rahmen der Krankenhausplanung eingeholt. Die Rücklaufquote war sehr unterschiedlich in den einzelnen Abfragejahren (14 BL [2018, 2019], 8 BL [2020], 12 BL [2021] 5 BL [2022], 15 BL [2023]), lediglich zwei Bundesländer meldeten sich jedes Jahr zurück, wohingegen ein Bundesland zu keinem Zeitpunkt eine Rückmeldung gab. Bezüglich der Nutzung der plan. QI weisen die Landesplanungsbehörden

¹Für das Auswertungsmodul *PM-GEBH* im Verfahren *QS PM* wird in diesem Bericht die Abkürzung *QS PM (PM-GEBH)* verwendet.

derzeit einen unterschiedlichen prozeduralen Stand auf und unterscheiden sich, ähnlich den Kranken- und Ersatzkassen, in ihrem Vorgehen in Form konkreter Maßnahmen und Verfahren. Derzeit haben die plan. QI formal Eingang in die Hälfte der Landeskrankenhausplanungen gefunden und gelten damit in acht Bundesländern, während sie in den restlichen acht ausgeschlossen wurden. Eine krankenhauserische Anwendung wurde von den Landesplanungsbehörden dreier Bundesländer angegeben. Für die Qualitätsförderung werden die plan. QI-Ergebnisse in vier Bundesländern herangezogen. Für die Nicht-Anwendung der plan. QI-Ergebnisse nennen die jeweiligen Bundesländer im Wesentlichen zwei Gründe: mangelnde Rechtssicherheit in der Anwendung der plan. QI sowie mangelnde Eignung zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung.

- Informationen der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen, insbesondere zu Art und Umfang der aus den Ergebnissen abgeleiteten Konsequenzen (Abschnitt 4.2.1): Die Abfrage der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen wurde durch das IQTIG ebenfalls jährlich im Zeitraum von 2018 bis 2023 durchgeführt. Dabei ging es insbesondere um die Fragestellung, inwieweit mit den plan. QI-Ergebnissen gearbeitet wurde. Aus den Rückmeldungen zeigte sich, dass in sieben Bundesländern mit den Ergebnissen der plan. QI bereits gearbeitet wurde, während bei den verbleibenden neun die Nutzung der Ergebnisse zukünftig geplant sei. Daneben wurden zu 13 Bundesländern teilweise sehr detaillierte Ausführungen zum geplanten wie auch konkreten Vorgehen dargelegt. Insgesamt werden die Ergebnisse sowohl im Sinne der Qualitätsförderung als auch krankenhauserisch genutzt. So wurden für kommende Verfahrensjahre bereits Stellschrauben dahingehend justiert, dass Krankenhäuser bei zukünftigen Budgetverhandlungen mit besonderen Auflagen oder Konsequenzen rechnen müssen. Dennoch verdeutlichten die Kassen ähnlich wie die Landesplanungsbehörden die derzeitigen Einschränkungen im Umgang mit den plan. QI-Ergebnissen in Bezug auf die Krankenhausplanung.
- Praktikabilität und Umsetzung der plan. QI-Prozesse (Kapitel 5) :Ein weiterer Bestandteil der Begleitevaluation war die Prüfung der einzelnen durch die plan. QI-RL geregelten Prozesse hinsichtlich ihrer Praktikabilität und Umsetzung (G-BA 2018). Seit Verfahrensbeginn konnten alle ergebnisrelevanten Verfahrensschritte fristgemäß umgesetzt und die Bewertungsergebnisse an die Landesplanungsbehörden der einzelnen Länder, an die Landesverbände der Kranken- und an die Ersatzkassen sowie an die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LAG) und an den G-BA übermittelt werden. Dennoch zeigte sich im Laufe des Einführungszeitraums zusätzlicher Regelungsbedarf, der häufig durch das IQTIG eingebracht und über die Jahre zusammen mit dem G-BA konstruktiv beraten und umgesetzt wurde. Dies betraf z. B. die Implementierung der Möglichkeit, die Datenvalidierung mittels Videotechnik durchzuführen (ab EJ 2023). Zugleich hatte das Verfahren zu Beginn einige Startschwierigkeiten zu überwinden, die teilweise zu erheblichen Problemen und/oder Verzögerungen in der Anfangsphase u. a. während der Datenvalidierung und Neuberechnung geführt haben. Diese waren zu einem großen Teil darauf zurückzuführen, dass für das Verfahren *plan. QI* wesentliche Instrumente (u. a. für die

Datenvalidierung) und Prozesse (z. B. Schnittstellen zum Zusammenführen von unterschiedlichen Datentypen) komplett neu entwickelt werden mussten und aufgrund der Neuheit des Verfahrens keine Erfahrungswerte vorlagen. Im Verlauf der ersten beiden Verfahrensjahre konnten die Herausforderungen überwunden werden, sodass das Verfahren seither prozessseitig störungsfrei läuft. Insgesamt hat sich gezeigt, dass es möglich ist, bundesweit ein Verfahren zu implementieren, mit dem innerhalb von acht Monaten Ergebnisse ausgewertet, datenvalidiert, geprüft, bewertet und veröffentlicht werden.

Fazit

Zusammengefasst zeichnet der vorliegende Bericht, zusammen mit den Erkenntnissen aus dem bisher unveröffentlichten Zwischenbericht, ein umfassendes Bild über die Einführung des Verfahrens *plan. QI* mit seinen Herausforderungen, Lern- sowie Erfolgsfaktoren. Auch wenn der gewünschte Einfluss des Verfahrens *plan. QI* auf die Umsetzung krankenhauserischer Maßnahmen zum derzeitigen Zeitpunkt nicht eindeutig festzustellen ist, lässt sich dennoch zeigen, dass die Maßgabe, den Faktor Qualität bei der Krankenhausplanung ggf. steuernd zu berücksichtigen, positiv von den Behörden aufgenommen und von vielen Bundesländern auch bereits umgesetzt wird – auch wenn mit den bisherigen Maßnahmen aufgrund der fehlenden gesetzlichen Voraussetzungen der Fokus mehr auf Qualitätsförderung anstatt auf Krankenhausplanung liegt. Zugleich führte die Einführung der Richtlinie zu einer deutlichen Verbesserung der QI-Ergebnisse, wenn auch der Effekt inzwischen – insbesondere aufgrund der fehlenden planerischen Konsequenzen – abnehmend ist. Die grundsätzlich positive Entwicklung basiert auf drei Eckpfeilern: a) Ankündigung von planerischen Konsequenzen, b) bundeseinheitlich durchgeführte Datenvalidierung und Stellungnahmeverfahren sowie c) Transparentmachen der Ergebnisse durch zeitnahe Veröffentlichung. Diese Erfolgsfaktoren und die neu etablierten Prozesse sollten zukünftig als wichtige Hinweisgeber für die methodische und verfahrenstechnische Weiterentwicklung der gesetzlichen indikatorgestützten Qualitätssicherung dienen sowie bei den aktuellen politischen Überlegungen zu einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung Berücksichtigung finden.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	11
Abbildungsverzeichnis	13
Abkürzungsverzeichnis	14
1 Hintergrund.....	15
2 Auftragsinhalt und Zielstellung.....	18
3 Methodik	20
3.1 Abfrage bei den Landesplanungsbehörden.....	20
3.2 Abfrage der Landesverbände der Krankenkassen und der Landesvertretungen der Ersatzkassen	21
4 Die Ergebnisse des Verfahrens <i>plan. QI</i> EJ 2017 bis EJ 2022	22
4.1 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Ergebnisse der ersten fünf Erfassungsjahre.....	22
4.1.1 Übersicht über die statistisch auffälligen sowie als „unzureichend“ bewerteten QI-Ergebnisse pro QS-Verfahren und QI (EJ 2017–2021)	23
4.1.2 Übersicht über die Verteilung der Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen	39
4.1.3 Die Verteilung der <i>plan. QI</i> -Ergebnisse über die einzelnen Bundesländer	48
4.1.4 Wiederholte Auffälligkeiten: statistisch auffällig bzw. „unzureichende“ Qualität.....	51
4.1.5 Zusammenfassung	55
4.2 Stand der Umsetzung – Landesplanungsbehörden	55
4.2.1 Darstellung der Ergebnisse zur Frage „Wird oder wurde die Geltung einzelner oder aller <i>plan. QI</i> gemäß § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG durch Landesrecht aufgehoben (D)“?	67
4.2.2 Darstellung der Ergebnisse zur Frage nach der Nutzung der <i>plan. QI</i> - Ergebnisse im Rahmen der Krankenhausplanung (E) sowie der Etablierung eines Behördenverfahrens (F)	67
4.2.3 Darstellung der Ergebnisse zur Frage „Wird oder werden darüber hinaus weitere Qualitätsanforderungen für die in der <i>plan. QI</i> -RL verankerten Leistungsbereiche verwendet (G)“?	73

4.2.4	Darstellung der Ergebnisse zum Stand der plan. QI-relevanten Fachabteilungen / Standorte / Krankenhäuser (A), Stand bei Schließungen aus Qualitätsgründen (B) sowie zu geplanten Schließungen bis 2025 (C).....	74
4.2.5	Zusammenfassung der Rückmeldungen der Landesplanungsbehörden	82
4.3	Ergebnisse der Landesverbände der Krankenkassen und der Landesvertretungen der Ersatzkassen (vdek)	85
4.3.1	Darstellung der Ergebnisse zur Anzahl der Vertragskrankenhäuser, mit denen die Kassen (ergänzende) Versorgungsaufträge abgeschlossen haben (A)	87
4.3.2	Darstellung der Ergebnisse zur Nutzung der plan. QI-Ergebnisse durch die Landesverbände der Krankenkassen und Landesvertretungen der Ersatzkassen (B und D)	97
4.3.3	Zusammenfassung der Rückmeldungen der Landesverbände der Krankenkassen und der Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) zur Verwendung der plan. QI	116
4.4	Ergebnisse der Verfahrensschritte Datenvalidierung, Neuberechnung und Stellungnahmeverfahren.....	118
4.4.1	Ergebnisse im Zusammenhang mit der Datenvalidierung	121
4.4.2	Änderung der Ergebnisse durch die Neuberechnung	133
4.4.3	Zusammenfassung der Ergebnisse nach Datenvalidierung sowie Stellungnahmeverfahren	138
4.4.4	Weitere Erkenntnisse aus der Datenvalidierung zur Dokumentationsqualität	142
4.4.5	Zusammenfassung der Ergebnisse des Verfahrens <i>plan. QI</i> EJ 2017 bis EJ 2022	147
5	Praktikabilität und Umsetzung der Prozesse: Wie gut konnte das Verfahren umgesetzt werden?	151
5.1	Startschwierigkeiten.....	152
5.1.1	Stichprobenziehung	152
5.1.2	Datenvalidierung und Neuberechnung:	152
5.1.3	Stellungnahmeverfahren und Fachliche Bewertung	153
5.2	Probleme im Zusammenhang mit der Validität der Daten.....	154
5.2.1	Umgang mit nicht vorhandenen Angaben in der Patientenakte bei der Datenvalidierung	154

5.2.2	Unterschiede in den Zweiterfassungen beim Aktenabgleich durch Prüfinstitutionen	155
5.3	Probleme im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Anforderungen der Richtlinien plan. QI und QSKH (DeQS)	155
5.4	Fazit	156
6	Evaluation der Zweckmäßigkeit der Richtlinie	157
6.1	Planungsrelevanz der plan. QI	157
6.1.1	Nutzung der und Ableitung von Maßnahmen aus den Ergebnissen der plan. QI im Rahmen der Landeskrankenhausplanung (Kriterium 1)	158
6.1.2	Nutzung der und Ableitung von Konsequenzen aus den Ergebnissen der plan. QI in Bezug auf Versorgungsverträge gemäß § 108 Nummer 3 SGB V (Kriterium 2)	159
6.1.3	Indikatoren werden gemäß den Empfehlungen des Gremiums zur Systempflege kontinuierlich weiterentwickelt (Kriterium 3)	160
6.1.4	Zusammenfassung zur Prüfung der „Planungsrelevanz der plan. QI“	161
6.2	Übermittlung von Auswertungsergebnissen sowie Bewertungskriterien	162
6.2.1	Zusammenfassende Betrachtung der Kriterien 4 und 5	163
6.2.2	Zusammenfassung zur Prüfung „Übermittlung von Auswertungsergebnissen sowie Bewertungskriterien“	163
6.3	Bundesweit einheitliche qualitätsorientierte Entscheidungen	163
6.4	Zusammenfassung zur Beurteilung der Evaluationskriterien	164
7	Weitere Erkenntnisse: Verbesserung des Versorgungskontextes.....	165
7.1	Einfluss der Richtlinie zu plan. QI auf die Behandlungsqualität	165
7.2	Am Beispiel der Versorgung Frühgeborener in Geburtskliniken Level IV: Wie lassen sich Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren optimal nutzen, um die Versorgungsqualität zu verbessern?.....	166
8	Fazit und Ausblick.....	169
	Literatur	172
	Anhang: Ergänzende Darstellung zusammenfassender/ausgewählter Ergebnisse	
	EJ 2018–2022	176
	Impressum.....	181

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kriterien zur Evaluation der Zweckmäßigkeit der Richtlinie	4
Tabelle 2: Liste der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren	16
Tabelle 3: Übersicht über die Anzahlen der statistischen Auffälligkeiten sowie die Anzahlen der Bewertung „unzureichende Qualität“ EJ 2017, 2018 und 2021	24
Tabelle 4: Übersicht über die Anzahlen der statistischen Auffälligkeiten sowie die Anzahlen der Bewertung „unzureichende Qualität“ EJ 2017, 2018 und 2021 (QS GYN-OP)	28
Tabelle 5: Übersicht über die Anzahlen der statistischen Auffälligkeiten sowie die Anzahlen der Bewertung „unzureichende Qualität“ EJ 2017, 2018, 2021 (QS PM [PM-GEBH])	32
Tabelle 6: Übersicht über die Anzahlen der statistischen Auffälligkeiten sowie die Anzahlen der Bewertung „unzureichende Qualität“ EJ 2017, 2018 und 2021 (QS MC).....	38
Tabelle 7: Überblick über Geburten gesamt in QS PM (PM-GEBH) nach Versorgungsstufen, EJ 2021*	45
Tabelle 8: Ergebnisse der plan. QI auf Ebene der Bundesländer (EJ 2017, EJ 2018, EJ 2021)	49
Tabelle 9: Wiederholt auffällige Ergebnisse (stat. auffällig sowie „unzureichende“ Qualität) im Verfahren plan. QI.....	53
Tabelle 10: Übersicht der Rückmeldungen zur Nutzung der plan. QI-Ergebnisse im Rahmen der Landeskrankenhausplanung (D-G), Stand 2023	58
Tabelle 11: Rückmeldungen zur Abfrage bezüglich aus Qualitätsgründen ganz oder teilweise geschlossener Fachabteilungen und Standorte, 2018–2023)	78
Tabelle 12: Rückmeldungen zur Abfrage bezüglich geplanter Schließungen von Fachabteilungen oder Standorten (nach Abfragejahren)	80
Tabelle 13: Anzahl Vertragskrankenhäuser mit Abschluss ergänzender Versorgungsverträge gemäß § 108 Nr. 3 SGB V durch Kranken- und Ersatzkassen	92
Tabelle 14: Geplante Nutzung der plan. QI bzw. erfolgte Ableitung von Konsequenzen durch Landesverbände der Krankenkassen/ Landesvertretungen des vdek (2021–2022; 2023)	99
Tabelle 15: Anzahl an Standorten, die plan. QI-relevante Fälle behandelt haben (EJ 2017–2021).123	
Tabelle 16: Anzahl der Standorte vor DV und nach DV und Neuberechnung (NB) (EJ 2017–2021) 125	
Tabelle 17: Übersicht der Datenvalidierungsgruppen auf Standortebene und Fallebene (EJ 2017–2021).....	128
Tabelle 18: Anzahl der geplanten sowie durchgeführten DV und Anzahl der Zusicherungen auf Standortebene (EJ 2017–2021)	130
Tabelle 19: Anzahl durchgeführter Datenvalidierungen (Standorte und Fälle nach Bundesland) (EJ 2017–2021).....	133
Tabelle 20: Gesamtzahl aller Standorte mit Neuberechnungen sowie Anzahl der Änderungen des Indikatorergebnisses „neu auffällig“ bzw. „neu-unauffällig“	136

Tabelle 21: Anzahl Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen, durchgeführten Stellungnahmeverfahren und daraus resultierender Bewertung mit „unzureichender Qualität“	140
Tabelle 22: Anzahl der zu prüfenden Datenfelder pro QS-Verfahren für EJ 2022	142
Tabelle 23: Darstellung der plan. QI-Ergebnisse auf BL-Ebene und Geltung bzw. Nutzung durch LPB und LV der KK und EK	149
Tabelle 24: Kriterien zur Evaluation der Zweckmäßigkeit der Richtlinie	164
Tabelle 25: Übersicht über die Anzahlen der statistischen Auffälligkeiten sowie die Anzahlen der Bewertung „unzureichende Qualität“ EJ 2017, 2018, 2021 und (ergänzt) 2022	176
Tabelle 26: Darstellung der plan. QI-Ergebnisse auf BL-Ebene und Geltung bzw. Nutzung durch LPB und LV der KK und EK, EJ 2017, 2018, 2021 und (ergänzt) 2022	179

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung im Verfahren QS GYN-OP pro Qualitätsindikator (EJ 2014–2021).....	26
Abbildung 2: Anzahl der statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung in QS PM (PM-GEBH) pro Qualitätsindikator (EJ 2014–2021)	30
Abbildung 3: Anzahl der statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung in QS MC pro Qualitätsindikator (EJ 2014–2021).....	36
Abbildung 4: QS GYN-OP: Verteilung der Standorte mit / ohne statistische Auffälligkeit nach Fallzahlgruppen (EJ 2017, EJ 2018, EJ 2021)	41
Abbildung 5: QS PM (PM-GEBH): Verteilung der Standorte mit /ohne statistische Auffälligkeit nach Fallzahlgruppen (EJ 2017, EJ 2018, EJ 2021)	44
Abbildung 6: QS MC: Verteilung der Standorte mit /ohne statistische Auffälligkeit nach Fallzahlgruppen (EJ 2017, EJ 2018, EJ 2021)	47
Abbildung 7: Chronologischer Ablauf des Verfahrens plan. QI zum EJ 2022	120
Abbildung 8: Gesamtübereinstimmungsraten über alle drei plan. QI, nach Erfassungsgrund und gesamt, EJ 2018, 2021, 2022	144
Abbildung 9: Übereinstimmungsraten QS PM (PM-GEBH) nach Erfassungsgrund und gesamt, EJ 2018, 2021, 2022	145
Abbildung 10: Übereinstimmungsraten QS MC nach Erfassungsgrund und gesamt, EJ 2018, 2021, 2022	146
Abbildung 11: Übereinstimmungsraten QS GYN-OP nach Erfassungsgrund und gesamt, EJ 2018, 2021, 2022	147
Abbildung 12: Ursachen für Verbesserung der Qualität	170

Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bedeutung
BL	Bundesland
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DV	Datenvalidierung
EK	Ersatzkasse
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KK	Krankenkasse
LE	Leistungserbringer
LPB	Landesplanungsbehörden
LV	Landesverband
MD/MDK	Medizinischer Dienst / Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NB	Neuberechnung
NKHG	Niedersächsisches Krankenhausgesetz
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
plan. QI	planungsrelevanter Qualitätsindikator
PM-GEBH	Auswertungsmodul <i>Geburtshilfe</i>
QI	Qualitätsindikator
QS	Qualitätssicherung
QS MC	QS-Verfahren <i>Mammachirurgie</i>
QS PM	QS-Verfahren <i>Perinatalmedizin</i>
RL	Richtlinie
SGB	Sozialgesetzbuch
STO	Standorte
vdek	Landesverbände der Krankenkassen und Landesvertretungen der Ersatzkassen
ZET	Zweiterfassungstool

1 Hintergrund

Im Rahmen eines von der gemeinsamen Bund-Länder-AG vorbereiteten Krankenhausstrukturgesetzes (KHSg) von 2015 wurde eine sogenannte „Qualitätsoffensive Krankenhaus“ beschlossen, zu deren Zielen insbesondere die qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausplanung zählte. Durch Änderungen vor allem im § 8 Abs. 1a und 1b KHG ermöglichte der Gesetzgeber die Berücksichtigung der Qualität der stationären Versorgung bei der Entscheidung über Aufnahme oder Verbleib einer Klinik im Krankenhausplan, neben Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit. Um den Planungsbehörden der Bundesländer hierzu eine verlässliche Entscheidungsgrundlage zu geben, wurde der G-BA als untergesetzlicher Normgeber für die Qualitätssicherung dazu beauftragt, für die Krankenhausplanung relevante Qualitätsindikatoren auszuwählen oder neu zu entwickeln. Die Ergebnisse sollten dann einschließlich der Maßstäbe und Kriterien zur Beurteilung der Kliniken an die Planungsbehörden der Bundesländer sowie die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen und an die Ersatzkassen übermittelt werden (§ 136c Abs. 1 und 2 SGB V).

Zur Umsetzung dieses gesetzlichen Auftrags beauftragte der G-BA im März 2016 das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG), in einem ersten Schritt planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI) aus den vorhandenen Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung auszuwählen und gleichzeitig ein entsprechendes Auswertungs-, Validierungs-, Bewertungs- und Veröffentlichungsverfahren zu entwickeln. Der Abschlussbericht des IQTIG zu dieser Beauftragung wurde am 31. August 2016 vorgelegt (IQTIG 2016) und bildet die Grundlage der Erstfassung der Richtlinie des G-BA über planungsrelevante Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL),² die am 24. März 2017 in Kraft trat. Die ausgewählten 11 Qualitätsindikatoren und deren Referenzwerte, die anzeigen, in welchem Bereich die Ergebnisse als qualitativ unauffällig gelten können, entstammen den etablierten externen QS-Verfahren *Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)*, *Perinatalmedizin (QS PM; Auswertungsmodul: Geburtshilfe [PM-GEBH])* und *Mammachirurgie (QS MC)* (Tabelle 2).

² Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren. In der Fassung vom 15. Dezember 2016, zuletzt geändert am 15. Dezember 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/> (abgerufen am 20.02.2023).

Tabelle 2: Liste der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

QI-ID	Indikatorbezeichnung	Referenzwert
QS GYN-OP		
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	≤ 20,00 %
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	≤ 5,00 %
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	≤ 4,18
QS PM (PM-GEBH)		
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 Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	≥ 90,00 %
51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	≤ 2,32
QS MC		
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 %

*Der in der Liste der plan. QI unter ID 330 aufgeführte Qualitätsindikator findet vorerst für die Erfassungsjahre 2022, 2023 und 2024 keine Anwendung.³

Als Ziel des seit dem 1. Januar 2017 im Regelbetrieb laufenden Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* soll die Versorgungsqualität aller Standorte so gemessen und dargestellt werden, dass die Planungsbehörden der Bundesländer die Qualitätsinformationen zur Steuerung der Krankenhausplanung nutzen können. Die Ergebnisse sind unmittelbar nach Abschluss der Fachlichen Bewertung (gemäß § 11 plan. QI-RL) eines jeden Jahres den für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden (LPB) sowie den Landesverbänden (LV) der Krankenkassen (KK) und den Ersatzkassen (EK) zur Verfügung zu stellen.

³ Liste der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, Stand gemäß Beschluss vom 21. Dezember 2023. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5633/2023-12-21_Plan%20QI-RL_Aenderung_Rumpf_Anla-gen_EJ%202024_Liste_WZ.pdf (abgerufen am 01.02.2024).

Auftrag zur Neukonzeption der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren

Am 20. März 2020 wurde das IQTIG vom G-BA zu einer „Neukonzeption der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ beauftragt.⁴ Zuvor hatte der G-BA vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Auflage erhalten, dass künftig auch „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ festgestellt werden können soll.⁵ Im Rahmen von Teil A des Projekts waren verschiedene Lösungsoptionen u. a. zur Bezugsebene und zur Bewertung miteinander zu Szenarien kombiniert worden. Weiterhin hatte das IQTIG die Gelegenheit, folgende „Limitationen für die Entwicklung und Umsetzung von plan. QI in den verschiedenen Szenarien durch die geltenden Regelungen und Auslegungen“ aufzuzeigen, die den G-BA über viele Jahre daran gehindert haben, ein für die Krankenhausplanung optimal nutzbares Verfahren zu erzielen bzw. das bestehende Verfahren entsprechend weiterzuentwickeln (vgl. Stich et al. (2021)):

- geforderte Differenzierung der Qualitätsbewertung bzw. „in erheblichem Maß unzureichende Qualität“ (§ 8 Abs. 1a und b KHG, § 109 Abs. 3 Nr. 2 SGB V)
- geforderter Automatismus zur Herausnahme aus dem Krankenhausplan (§ 8 Abs. 1b KHG)
- geforderter Fachabteilungsbezug (BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015: 51, 81;⁶ BMG 2017⁵)
- ungeeigneter Rechtsbegriff „nicht nur vorübergehend“ (§ 8 Abs. 1a KHG)
- Qualitätsbewertung bzw. Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ durch die Landesplanungsbehörden (LPB) (IQTIG 2021a)

Aufgrund dieser bestehenden (gesetzlichen) Vorgaben, insbesondere aufgrund des Automatismus zur Herausnahme aus dem Krankenhausplan, des geforderten Fachabteilungsbezugs und der Feststellung „erheblich unzureichender Qualität“, hat es der G-BA nicht als sinnvoll erachtet (vgl. Stich et al. (2021)), wie ursprünglich beschlossen und kontingentiert⁷, die Umsetzung der Auftragssteile B und C zu beauftragen bzw. auf Basis der in Teil A dargestellten Szenarien und Lösungsoptionen eine Auswahlentscheidung zu treffen. Schon vor der Neukonzeption war das IQTIG mit mehreren Weiterentwicklungen vom G-BA beauftragt (G-BA 2020, G-BA 2019, G-BA 2017). In der Konsequenz dieser Ergebnisberichte (IQTIG 2019, IQTIG 2021b, IQTIG 2018a, IQTIG 2018b) sowie der Neukonzeption (IQTIG 2021a) hat sich der G-BA mit einem Schreiben an das BMG gewandt (G-BA 2021b). Dieses hatte einer weiteren Beauftragung des IQTIG nicht zugestimmt (G-BA 2021a), sodass die Weiterentwicklung des Verfahrens gegenwärtig ruht.

⁴ Beschluss, Beauftragung IQTIG: Neukonzeption der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vom 20. März 2020. URL: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4218/> (abgerufen am 21.02.2023).

⁵ BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2017): [Nichtbeanstandung mit Auflage. Brief des BMG an den G-BA. Betreff:] Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15. Dezember 2016. Hier: Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 136c Abs. 1 und Abs. 2 SGB V. Erstfassung. [Stand:] 24.02.2017. Berlin: BMG. AZ 213-21432-67. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4230/2016-12-15_PlanOI-RL_Erstfassung-PlanOI-RL_BMG.pdf (abgerufen am: 26.09.2019).

⁶ BT-Drs. 18/5372 vom 30.06.2015. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG). URL: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/053/1805372.pdf> (abgerufen am: 26.09.2019).

⁷ Kontingent 2022 https://www.g-ba.de/downloads/39-261-5253/2022-01-20_IQTIG-Priorisierung-Kontingent-nutzung-2022.pdf (abgerufen am: 21.03.2023).

2 Auftragsinhalt und Zielstellung

Am 19. April 2018 wurde das IQTIG beauftragt, die Begleitevaluation der Richtlinie gemäß § 16 der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) durchzuführen (G-BA 2018). Der Fokus dieser Beauftragung liegt unter Berücksichtigung des Berichts zur Systempflege nach § 15 plan. QI-RL im Wesentlichen darauf,

1. die Prozesse, die durch die plan. QI-RL geregelt sind, hinsichtlich ihrer Praktikabilität und Umsetzung in der Einführungsphase **zu evaluieren** sowie
2. im Rahmen eines Zwischenberichts (Abgabe 31.12.2020) **Kriterien** zur Bewertung der Zweckmäßigkeit entsprechend § 2 der Richtlinie **zu entwickeln** sowie anhand dieser Kriterien zum Abschluss des Auftrages bis zum 31. März 2023 zu überprüfen, ob die Ziele der Richtlinie in dieser Hinsicht erreicht wurden.

Zu **1.** wurden per Beauftragung konkrete Inhalte festgelegt, die im Folgenden zusammengefasst dargestellt werden (jeweils mit Verweis auf den diesbezüglichen Punkt in der Beauftragung):

- Überprüfung der Umsetzung des Regelungsauftrages aus § 136c Abs. 2 SGB V zur Übermittlung einrichtungsbezogener Auswertungsergebnisse zu den vom G-BA festgelegten plan. QI sowie von Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (z. B. ob die plan. QI für Entscheidungen der Krankenhausplanung verwendet werden) (1a)
- Abfragen (jährlich) bei den zuständigen LPB, insbesondere
 - zum aktuellen Stand der Anzahl der Standorte, ggf. Fachabteilungen (nach Ausweisung im Krankenhausplan), mit Erbringung von Leistungen zu plan. QI
 - sowie zu Art und Umfang der aus den Ergebnissen der plan. QI abgeleiteten Konsequenzen (erstmals zum Zeitpunkt 30.6.2019)
- Abfragen (jährlich) bei den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen (erstmals zum Zeitpunkt 30.6.2019), insbesondere
 - zu Art und Umfang der aus den Ergebnissen der plan. QI abgeleiteten Konsequenzen in Bezug auf Versorgungsverträge gemäß § 108 Nummer 3 SGB V (1d)
- Erhebung und Darstellung relevanter Ergebnisse des Verfahrens bzw. einzelner Verfahrensschritte, anhand derer sich ggf. bereits Auswirkungen auf die Krankenhäuser/Versorgungssituation beurteilen lassen (z. B. Anzahl der Datenvalidierungen, Anzahl der Neuberechnungen, Entwicklung der stat. Auffälligkeiten) (1b und f)
- Überprüfung der Praktikabilität der Prozesse zur Datenerfassung, Datenvalidierung, Neuberechnung, zum Stellungnahmeverfahren, zur Übermittlung der Berichte und in Bezug auf die prospektiven Rechenregeln (1c)

Zu **2.** wurden im Zwischenbericht Kriterien entwickelt, anhand derer geprüft werden soll, inwiefern die Ziele der Richtlinie gemäß § 2 erreicht werden konnten. Hierzu ist die Einschränkung zu machen, dass die für diese Prüfung grundsätzlichen Voraussetzungen mit Einführung des Verfahrens nicht geschaffen wurden (vgl. Kapitel 7). Vor diesem Hintergrund kann die Überprüfung der Zweckmäßigkeit der Richtlinie nicht wie beauftragt durch den vorliegenden Abschlussbericht abgedeckt werden (vgl. Kapitel 5). Der Inhalt des vorliegenden Abschlussberichts ist deshalb so zu verstehen, dass die bisherige Anwendung der plan. QI-Ergebnisse durch die Landesplanungsbehörden und die Landesverbände der Krankenkassen auftragsgemäß dargestellt wird und zugleich weitere relevante Verfahrensergebnisse präsentiert werden.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie und der in diesem Zusammenhang durch den G-BA festgelegten Ausnahmeregelungen gemäß § 18 plan. QI-RL⁸ konnten die Daten der Erfassungsjahre (EJ) 2019 und 2020 nicht in die Analyse einfließen, sodass sich die Landesplanungsbehörden und Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen nur konkret zur Nutzung der Ergebnisse von drei Datenjahren (EJ 2017, 2018 und 2021) äußern konnten. Um die Erkenntnisse des EJ 2021 ebenfalls in die Analyse einfließen zu lassen, hat der Unterausschuss des G-BA in seiner Sitzung am 25. Januar 2023 beschlossen, diese Ergebnisse im Abschlussbericht der Begleitevaluation bis 31. Dezember 2023 nachzureichen. Vorliegender ergänzter Abschlussbericht beinhaltet die abschließende vollständige Darstellung der plan. QI-Verfahrensergebnisse über die per Beauftragung festgelegte fünfjährige Einführungsphase (EJ 2017–2021). Daneben wird der Bericht noch weitere Ergebnisse im Zusammenhang mit der plan. QI-Richtlinie enthalten, u. a. zu dem positiven Einfluss der Richtlinie auf die Qualitätsindikatorenergebnisse (Kapitel 7), zu ausgewählten Ergebnissen im Zusammenhang mit dem Dokumentationsverhalten der LE (Abschnitt 4.4.4) und zur Eignung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens bzgl. der Ableitung von geeigneten Handlungsempfehlungen des QI „Anwesenheit eines Pädiateur bei Frühgeburten“ (Kapitel 7).

⁸ Weiterführende Informationen zur Analyse der gelieferten Daten zu den plan. QI in der Coronapandemie siehe: Bericht zur Sonderanalyse COVID-19 für das QS-Verfahren *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* EJ 2020 und 2021.

3 Methodik

Der vorliegende Abschlussbericht prüft durch Anwendung der im Zwischenbericht entwickelten Kriterien, ob die Ziele der Richtlinie gemäß § 2 plan. QI-RL erfüllt wurden. Für den Zwischenbericht wurde zur Bearbeitung der Auftragsinhalte folgende stufenweise, ineinandergreifende Arbeitslogik entwickelt:

Schritt 1:

1. Analyse der Umsetzung der Prozesse in der Einführungsphase („Blick nach außen“)
2. Analyse der Praktikabilität der Prozesse in der Einführungsphase („Blick nach innen“)

Schritt 2:

3. Ableitung von Erfolgsfaktoren
4. Ableitung von Herausforderungen/Hürden

Schritt 3:

5. Entwicklung von Kriterien

Die Kriterien sollten gemäß dem vom G-BA beschlossenen Rahmenkonzept Evaluation von Veit et al. (2013) aus den Erkenntnissen der für den Zwischenbericht vorgenommenen umfassenden Bestandsaufnahme der bisherigen Auswirkungen der plan. QI-Richtlinie abgeleitet werden. Die Erfüllung der Kriterien wird hierbei durch kritische Würdigung der Analyseergebnisse beurteilt. Aufgrund der fehlenden gesetzlichen Verpflichtung für die Bundesländer, die plan. QI krankenhauserplanerisch zu berücksichtigen (gemäß § 6 Abs. 1a KHG), wurde von der Anwendung konkreter Schwellenwerte abgesehen.

Daneben werden die Ergebnisse der bisherigen Erfassungsjahre vorgestellt und zum großen Teil diskutiert.

3.1 Abfrage bei den Landesplanungsbehörden

Den Landesplanungsbehörden wurde jährlich (auch während der EJ 2019 und 2020 trotz Ausnahmeregelung gemäß § 18 plan. QI-RL) eine Abfrage per Excel-Tabelle übermittelt, in der sie die Anzahl der jeweils im Bundesland geplanten Fachabteilungen eintragen sowie folgende Fragen zur Nutzung beantworten sollten:

1. Wird/Wurde die Geltung einzelner oder aller plan. QI durch Landesrecht (§ 6 Abs. 1a Satz 2 KHG) ausgeschlossen? Bitte Fundstelle oder erwarteten Zeitpunkt der landesrechtlichen Umsetzung angeben (ggf. welche Qualitätsindikatoren).
2. Wurden die Ergebnisse der plan. QI (EJ 2018) für die Krankenhausplanung bereits genutzt (ggf. trotz Ausschluss nach § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG)? Wenn ja, wie und welche QI?
3. Wie wird in Ihrem Bundesland voraussichtlich ein „Behördenverfahren“ bei Feststellung von „unzureichender Qualität“ seitens des G-BA aussehen? Bitte auch auf zeitlichen Ablauf eingehen.

4. Wird/Werden in Ihrem Bundesland weitere Qualitätsanforderungen für die Krankenhausplanung berücksichtigt? Wenn ja, bitte nähere Informationen angeben.

Die Abfrage für die Landesplanungsbehörden wurde im Vorfeld mit Vertreterinnen und Vertretern der Landesplanungsbehörden aus Sachsen-Anhalt sowie Niedersachsen mit Blick auf Verständlichkeit und Nutzbarkeit validiert.

3.2 Abfrage der Landesverbände der Krankenkassen und der Landesvertretungen der Ersatzkassen

In gleicher Weise wurde den Landesverbänden der Krankenkassen (KK) und den Ersatzkassen (EK) eine Abfrage zu Art und Umfang der aus den Ergebnissen der plan. QI abgeleiteten Konsequenzen in Bezug auf Versorgungsverträge gemäß § 108 Nummer 3 SGB V geschickt.

Hierzu sollten folgende Fragen durch die Landesverbände konkret beantwortet werden:

1. Planen Sie die Ergebnisse der plan. QI grundsätzlich für Ihre Arbeit zu nutzen? Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz, an welchen Stellschrauben die Ergebnisse genutzt werden können (z. B. ergänzende Versorgungsverträge, Budgetverhandlungen).
2. Haben Sie bereits konkret mit den plan. QI-Ergebnissen des Erfassungsjahres 2018 gearbeitet sowie Konsequenzen abgeleitet?

Die Abfrage für die Landesverbände der KK und die EK wurde im Vorfeld mit einer Vertreterin einer EK hinsichtlich Verständlichkeit und Nutzbarkeit validiert.

4 Die Ergebnisse des Verfahrens plan. QI EJ 2017 bis EJ 2022

Kapitel 4 richtet den Fokus auf die Ergebnisse folgender Teilbereiche:

- Ergebnisse der plan. QI nach Abschluss der Fachlichen Bewertung gemäß § 11 plan. QI-RL (Abschnitt 4.1)
- Abfragen der Landesplanungsbehörden, insbesondere zur Geltung und Nutzung der Ergebnisse der plan. QI (Abschnitt 4.2)
- Abfragen der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, insbesondere zu Art und Umfang der aus den Ergebnissen abgeleiteten Konsequenzen (Abschnitt 4.3)
- Darstellung der Zwischenergebnisse zu den Prozessschritten Datenvalidierung (gemäß § 9 plan. QI-RL), Neuberechnung (gemäß § 10 plan. QI-RL) und Stellungnahmeverfahren (gemäß § 11 plan. QI-RL) (Abschnitt 4.4)

4.1 Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Ergebnisse der ersten fünf Erfassungsjahre

In Kapitel 4.1 wird auftragsgemäß über die Bewertungsergebnisse der statistischen Auffälligkeiten nach Abschluss der Fachlichen Bewertung gemäß § 11 plan. QI-RL für die Erfassungsjahre 2017 bis 2021 berichtet. Es ist zu beachten, dass diese Ergebnisse nur für drei Erfassungsjahre 2017, 2018 und 2021 vollständig dargestellt werden können. Aufgrund der Corona-Ausnahmeregelungen, die für EJ 2019 und EJ 2020 (§ 18 plan. QI-RL) angewendet wurden, liegen für diese beiden Erfassungsjahre die Auswertungsergebnisse der Leistungserbringer nur bis zur Datenvalidierung (gemäß § 9 plan. QI-RL) vor. Um möglichst umfassend über den Trend der plan. QI-Ergebnisse berichten zu können, wurde darüber hinaus an aussagekräftigen Stellen im Bericht auf die Zahlen des EJ 2022 verwiesen wie auch im Anhang dieses Berichts ergänzt (Anhang: Ergänzende Darstellung zusammenfassender/ausgewählter Ergebnisse EJ 2018–2022).

Weitere Detailergebnisse zu den Prozessschritten Datenvalidierung und Neuberechnung (§§ 9 und 10 plan. QI-RL) können Abschnitt 4.4 entnommen werden. Auch hier gilt, dass aufgrund der Corona-Ausnahmeregelungen, die für EJ 2019 und EJ 2020 (§ 18 plan. QI-RL) angewendet wurden, nur die Ergebnisse der EJ 2017, 2018 und 2021 vollständig berichtet werden können.

Folgende Auswertungen sind im Detail dargestellt:

- Übersicht über die statistisch auffälligen sowie als „unzureichende Qualität“ bewerteten QI-Ergebnisse pro QS-Verfahren und plan. QI (EJ 2017, EJ 2018 und EJ 2021)
- Übersicht über die statistisch auffälligen QI-Ergebnisse im Längsschnitt (EJ 2014–2021)
- Übersicht über die Verteilung der Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen über die Fallzahlen und die Zahl der behandelten Fälle in Fachabteilungen
- Übersicht über die Ergebnisse auf Ebene der Bundesländer

4.1.1 Übersicht über die statistisch auffälligen sowie als „unzureichend“ bewerteten QI-Ergebnisse pro QS-Verfahren und QI (EJ 2017–2021)

Anhand von Tabelle 3 lassen sich die Ergebnisse der plan. QI-relevanten QS-Verfahren über die drei vollständig vorliegenden Erfassungsjahre jeweils auf Ebene der stat. Auffälligkeiten und der Standorte mit stat. Auffälligkeit nachvollziehen. Insgesamt hat sich die Zahl der stat. Auffälligkeiten vor Datenvalidierung um 34 % auf 171 Auffälligkeiten (EJ 2021) reduziert. Von diesen sind im selben Erfassungsjahr nach Datenvalidierung und Neuberechnung noch 112 stat. Auffälligkeiten übriggeblieben. Im Rahmen der Fachlichen Bewertung wurde von diesen ein Anteil von knapp 43 % (n = 48) mit „unzureichender Qualität“ bewertet. Bei Hinzuziehung der Ergebnisse zum EJ 2022 setzt sich dieser Trend fort (IQTIG 2023b). So wurden für das EJ 2022 vor Datenvalidierung 126 statistische Auffälligkeiten gemessen, was eine Reduktion von 51 % im Vergleich zum EJ 2017 bedeutet. Für das EJ 2022 verblieben nach Datenvalidierung und Neuberechnung 76 statistische Auffälligkeiten, von denen 53 % die Bewertung als „unzureichende Qualität“ erhielten (n = 40) (IQTIG 2023b). Die Zahlen, die zum EJ 2022 ermittelt wurden, sind die besten bisher gemessenen Ergebnisse in allen drei plan. QI-relevanten Verfahren QS GYN-OP, QS PM (PM-GEBH) wie auch QS MC und deuten darauf hin, dass die Qualitätsanforderungen der plan. QI besser eingehalten werden, auch wenn Dokumentationseffekte nicht auszuschließen sind. Abschnitt 4.4.4 stellt hierzu weitere Erkenntnisse zu einem möglichen Einfluss der Datenvalidierung auf die Dokumentationsqualität vor.

Tabelle 3: Übersicht über die Anzahlen der statistischen Auffälligkeiten sowie die Anzahlen der Bewertung „unzureichende Qualität“ EJ 2017, 2018 und 2021

	statistisch auffällig vor Datenvalidierung			statistisch auffällig nach Datenvalidierung						Bewertung „unzureichende Qualität“					
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2017 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2018	EJ 2018 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2021	EJ 2021 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2017	EJ 2017 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV.)	EJ 2018	EJ 2018 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV.)	EJ 2021 (Bewertung „Sonstige“*)	EJ 2021 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV)
QS GYN-OP (15/1): Anzahl Auffälligkeiten	37	21	18	16	-56,80 %	8	-61,90 %	9	-50 %	13	81,30 %	5	62,50 %	8 (0)	88,90 %
QS GYN-OP (15/1): Anzahl Standorte	37	21	18	16	-56,80 %	8	-61,90 %	9	-50 %	13	81,30 %	5	62,50 %	8 (0)	88,90 %
QS PM (PM-GEBH) (16/1): Anzahl Auffälligkeiten	150	131	125	97	-35,30 %	76	-41,90 %	87	-30,40 %	28	28,80 %	34	44,70 %	31 (11)	35,60 %
QS PM (PM-GEBH) (16/1): Anzahl Standorte	141	123	114	94	-33,30 %	74	-39,80 %	82	-28 %	28	29,80 %	33	44,60 %	29 (10)	35,40 %

	statistisch auffällig vor Datenvalidierung			statistisch auffällig nach Datenvalidierung						Bewertung „unzureichende Qualität“					
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2017 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2018	EJ 2018 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2021	EJ 2021 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2017	EJ 2017 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV.)	EJ 2018	EJ 2018 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV.)	EJ 2021 (Bewertung „Sonstige“*)	EJ 2021 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV)
QS MC (18/1): Anzahl Auffälligkeiten	71	60	28	50	-29,60 %	29	-51,70 %	16	-42,90 %	32	64 %	26	89,70 %	9 (5)	56,30 %
QS MC (18/1): Anzahl Standorte	68	55	25	47	-30,80 %	28	-49 %	15	-40 %	31	65,90 %	25	89,30 %	8 (5)	53,30 %
Anzahl Auffälligkeiten Gesamt	258	211	171	163	-37%	113	-46,50 %	112	-34,50 %	73	44,80 %	65	57,50 %	48 (16)	42,90 %
Anzahl Standorte mit Auffälligkeiten Gesamt	223	184	148	151	-32,30 %	105	-42,90 %	102	-31 %	71	47%	61	58,10 %	45 (15)	44,10 %

* Bayern: fachl. Bewertung „sonstiges“: 16 Auffälligkeiten an 15 Standorten.

Für ein besseres Verständnis der QI-Entwicklungen in den einzelnen Verfahren werden die Ergebnisse auf Ebene der einzelnen QS-Verfahren im Folgenden detaillierter dargestellt. Hierbei liegt der Fokus sowohl auf einer Längsschnittsbetrachtung der stat. Auffälligkeiten vor Datenvalidierung und Neuberechnung seit dem EJ 2014, um die direkten Jahre vor Einführung der plan. QI-RL mit abbilden zu können, als auch auf einer Diskussion der einzelnen QI-Ergebnisse nach Datenvalidierung. Datengrundlage für die Darstellung der Jahre vor Start des Verfahrens *plan. QI* (EJ 2014–2016) stellt die jeweilige Bundesauswertung dar.

4.1.1.1 QS GYN-OP

Abbildung 1 bildet die QI-Ergebnisse des Verfahrens *QS GYN-OP* im Längsschnitt über die Jahre 2014 bis 2021 ab.

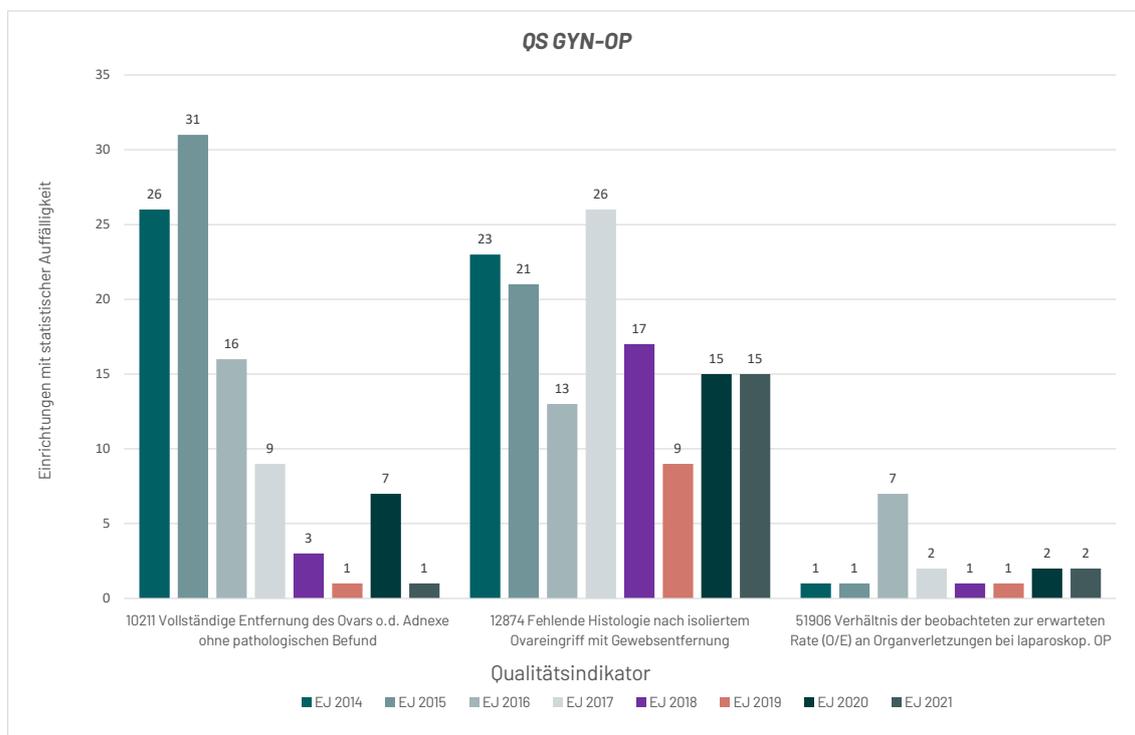


Abbildung 1: Anzahl der statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung im Verfahren *QS GYN-OP* pro Qualitätsindikator (EJ 2014–2021)

Im Verfahren *QS GYN-OP* ist über alle betrachteten Erfassungsjahre hinweg die Anzahl der Auffälligkeiten am niedrigsten. Bei allen drei gynäkologischen plan. QI zeigt sich zwar insgesamt eine abnehmende Tendenz, die sich im Zeitverlauf allerdings recht schwankend verhält. Der QI 51906 weist insgesamt die niedrigste Anzahl an Auffälligkeiten auf. Eine Ausnahme stellt das EJ 2016 dar, in dem ein sprunghafter Anstieg von 1 auf 7 Auffälligkeiten zu verzeichnen war, die zum EJ 2017 allerdings wieder auf 2 Auffälligkeiten sanken. Bei dem Vergleich der stat. Auffälligkeiten muss ebenfalls die unterschiedliche Historie der QIs beachtet werden. Bei dem risikoadjustierten QI (*QS GYN-OP*: QI 51906) handelte es sich um einen ehemals perzentilbasierten Referenzbereich,

wodurch die Anzahl an Standorten mit statistischer Auffälligkeit vor Einführung der festen Referenzbereiche entsprechend gering ausfiel.

Tabelle 4 stellt eine Übersicht über alle Ergebnisse vor und nach Datenvalidierung sowie anschließender Fachlicher Bewertung dar.

Tabelle 4: Übersicht über die Anzahlen der statistischen Auffälligkeiten sowie die Anzahlen der Bewertung „unzureichende Qualität“ EJ 2017, 2018 und 2021 (QS GYN-OP)

	statistisch auffällig vor Datenvalidierung			statistisch auffällig nach Datenvalidierung						Bewertung „unzureichende Qualität“					
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2017 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2018	EJ 2018 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2021	EJ 2021 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2017	EJ 2017 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV)	EJ 2018	EJ 2018 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV)	EJ 2021*	EJ 2021 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV)
QI 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	9	3	1	4	-55,60 %	0	-100 %	1	0 %	3	75 %	0	0 %	0	0 %
QI 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	26	17	15	11	-57,70 %	7	-58,80 %	7	-53,30 %	9	81,80 %	5	71,40 %	7	100 (0)%
QI 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	2	1	2	1	-50 %	1	0 %	1	-50 %	1	100 %	0	0 %	1	100 (0)%
QS GYN-OP (15/1): Anzahl Auffälligkeiten	37	21	18	16	-56,80 %	8	-61,90 %	9	-50 %	13	81,30 %	5	-37,50 %	8	88,90 %
QS GYN-OP (15/1): Anzahl Standorte	37	21	18	16	-56,80 %	8	-61,90 %	9	-50 %	13	81,30 %	5	62,50 %	8	88,90 %

*Zum EJ 2021 gab es keine Bewertungen in der Kategorie „Sonstiges“.

Der Blick auf die statistischen Auffälligkeiten nach Datenvalidierung (Tabelle 4) sowie Bewertungen mit „unzureichender Qualität“ bestätigt den berichteten positiven Trend bei allen drei QIs des QS GYN-OP, auch wenn sich dieser im QI 12874 („Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaringriff mit Gewebeentfernung“), dem QI mit der höchsten Zahl an statistischen Auffälligkeiten, als zwischen den Jahren schwankend darstellt. Wurden im EJ 2017 noch 13 (81 %) der statistischen Auffälligkeiten mit „unzureichender Qualität“ bewertet, ging die Zahl bis EJ 2018 auf 5 (37,5 %) zurück, um dann im EJ 2021 wieder auf 8 (n = 89 %) anzusteigen. Aufgrund des Anstiegs der mit unzureichender Qualität bewerteten stat. Auffälligkeiten insbesondere im QI 12874 (im EJ 2021) hat das IQTIG dem G-BA empfohlen, den Referenzbereich des QI auf „Sentinel Event“ zu ändern, um eine entsprechende Qualitätsverbesserung dadurch anzustreben, dass alle bestehenden Auffälligkeiten dann zentral durch das IQTIG im plan. QI-Stellungnahmeverfahren mit den betreffenden Standorten aufgearbeitet werden können. Der G-BA ist dem Vorschlag insofern gefolgt, als er die Änderung für das DeQS-Verfahren ab dem EJ 2024 umgesetzt hat; eine Änderung des Referenzbereichs für die plan. QI-RL wurde allerdings nicht übernommen.

4.1.1.2 QS PM (PM-GEBH)

Aus dem Auswertungsmodul PM-GEBH des Verfahrens QS PM stammen fünf plan. QI, bei denen in allen betrachteten Erfassungsjahren jeweils die meisten statistischen Auffälligkeiten über alle drei plan. QI-relevanten QS-Verfahren aufgetreten sind. Bei Betrachtung der Entwicklung im Längsschnitt (EJ 2014–2021) fällt aber auf, dass die statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung (Abbildung 2) im Verfahren QS PM (PM-GEBH) mit Ausnahme des QI 330⁹ eine rückläufige Tendenz verzeichnen.

Vor allem bei der Betrachtung der Daten des QI 318 ist über die Jahre hinweg zwar ein Rückgang der Anzahl an statistischen Auffälligkeiten sichtbar (2014: 119; 2021: 70), allerdings ist seit dem EJ 2019 wieder ein leichter Anstieg in den Zahlen zu beobachten (EJ 2019: 63, EJ 2020: 65, EJ 2021: 70, EJ 2022: 61). Der rückläufige Trend insgesamt kann im Wesentlichen im Zusammenhang mit Schließungen von Geburtskliniken stehen, allerdings kann der Rückgang auch ein Hinweis auf eine Verbesserung der Prozesse in den Kliniken sein, sodass der pädiatrische Dienst ggf. frühzeitiger gerufen werden konnte. Im QI 1058 ist über die Jahre ein Rückgang der Auffälligkeiten zu verzeichnen, allerdings nach einem anfänglichen deutlichen Rückgang nur noch mit geringen Schwankungen. Der QI 51803 zeigt im Vergleich zu den anderen geburtshilflichen Indikatoren zwar eine niedrige, aber dafür konstant bleibende Zahl von statistischen Auffälligkeiten im genannten Zeitraum. Auch hier ist zu beachten, dass der Referenzbereich des QI vor Einführung des Verfahrens plan. QI perzentilbasiert war und daher der Anteil statistischer Auffälligkeiten gering ist.

⁹ Für das EJ 2022 liegen keine Daten vor, da der QI 330 ab dem EJ 2022 als plan. QI ausgesetzt ist.

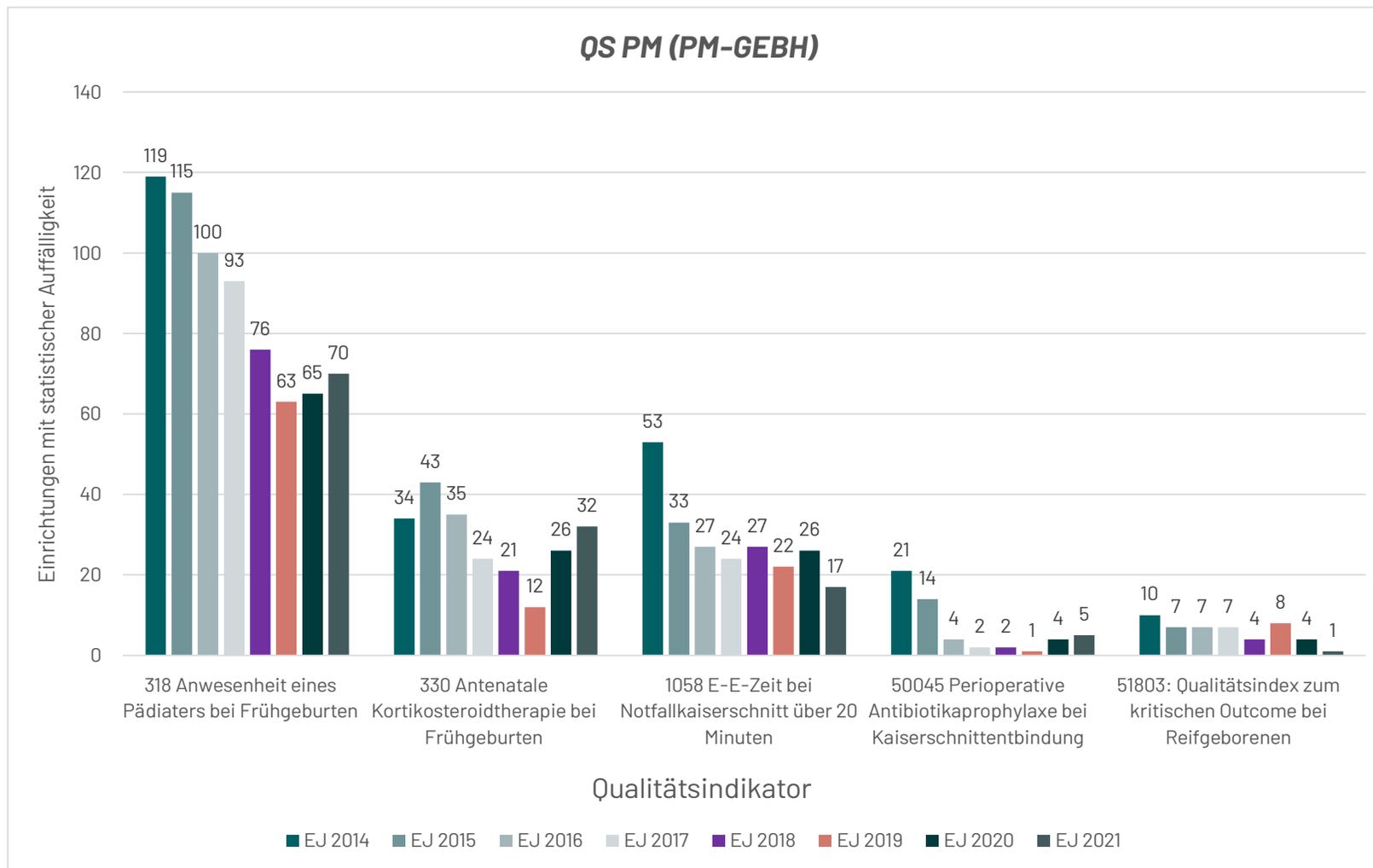


Abbildung 2: Anzahl der statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung in QS PM (PM-GEBH) pro Qualitätsindikator (EJ 2014–2021)

Im EJ 2021 entfielen auf die geburtshilflichen plan. QI 75 % der Auffälligkeiten vor Datenvalidierung (125 von 171 Auffälligkeiten) (Tabelle 3). Eine Übersicht über alle Ergebnisse vor und nach Datenvalidierung und anschließender Fachlicher Bewertung ist in Tabelle 5 dargestellt. Die Gesamtsumme der statistischen Auffälligkeiten nach Datenvalidierung ist von 97 Auffälligkeiten (an 94 Standorten) im Erfassungsjahr 2017 auf 76 Auffälligkeiten (an 74 Standorten) im Erfassungsjahr 2018 zurückgegangen, um dann auf 87 Auffälligkeiten (an 82 Standorten) im EJ 2021 anzusteigen. Dieser kurzzeitige Anstieg der statistischen Auffälligkeiten nach DV von EJ 2018 auf EJ 2021 zeigt sich insbesondere im QI 318 (EJ 2018: 52; EJ 2021: 63) und im QI 330 (EJ 2018: 2; EJ 2021: 9).

Tabelle 5: Übersicht über die Anzahlen der statistischen Auffälligkeiten sowie die Anzahlen der Bewertung „unzureichende Qualität“ EJ 2017, 2018, 2021 (QS PM [PM-GEBH])

	statistisch auffällig vor Datenvalidierung			statistisch auffällig nach Datenvalidierung						Bewertung „unzureichende Qualität“					
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2017 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2018	EJ 2018 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2021	EJ 2021 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2017	EJ 2017 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV.)	EJ 2018	EJ 2018 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV.)	EJ 2021 (Bewertung „sonstiges“)	EJ 2021 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV)
QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	93	76	70	69	-25,8 %	52	-31,6 %	63	-10 %	9	13 %	20	38,5 %	18 (5)	28,6 %
QI 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stat. Aufenthalt von mind. zwei Kalendertagen	24	22	32	10	-58,3 %	2	-90,9 %	9	-71,9 %	3	30 %	0	0 %	3 (4)	33,3 %
QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	24	27	17	12	-50 %	17	-37 %	11	-35,3 %	12	100 %	11	64,7 %	9 (0)	81,8 %
QI 50045: Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	2	2	5	0	-100 %	1	-50 %	3	-40 %	0	0 %	0	0 %	1 (2)	33,3 %

	statistisch auffällig vor Datenvalidierung			statistisch auffällig nach Datenvalidierung						Bewertung „unzureichende Qualität“					
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2017 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2018	EJ 2018 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2021	EJ 2021 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2017	EJ 2017 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV.)	EJ 2018	EJ 2018 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV.)	EJ 2021 (Bewertung „sonstiges“)	EJ 2021 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV)
QI 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	7	4	1	6	-14,3 %	4	0 %	1	0 %	4	66,7%	3	75 %	0 (0)	0 %
QS PM (PM-GEBH) (16/1): Anzahl Auffälligkeiten	150	131	125	97	-35,3 %	76	-42 %	87	-30,4 %	28	28,9 %	34	44,7%	31 (11)	35,6 %
QS PM (PM-GEBH) (16/1): Anzahl Standorte	141	123	114	94	-33,3 %	74	-39,8 %	82	-28 %	28	29,8 %	33	44,6 %	29 (11)	35,4 %

Insgesamt wurden im QI 318 „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ im Vergleich zu allen anderen plan. QI die meisten statistischen Auffälligkeiten ermittelt: 69 im EJ 2017 (von insgesamt 97 Auffälligkeiten über alle geburtshilflichen plan. QI hinweg), 52 im EJ 2018 (bei 76 Auffälligkeiten insgesamt) und 63 im EJ 2021 (87 Auffälligkeiten insgesamt). Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Fachlichen Bewertung im Verlauf fällt auf, dass im QI 318 „Anwesenheit des Pädiaters bei Frühgeburten“ die Zahl der statistischen Auffälligkeiten mit der Bewertung „unzureichende Qualität“ im Verhältnis zum EJ 2017 sprunghaft gestiegen ist und sich seitdem auf diesem Niveau hält (EJ 2017: 9; EJ 2018: 20; EJ 2021: 18). Im EJ 2021 ist zu beachten, dass in Bayern fünf Standorte aufgrund der fehlenden Datenvalidierung keine Fachliche Bewertung erhielten, sondern die Bewertung „Sonstige“ (siehe Abschnitt 4.4.1.1).

Die relativ hohe Zahl an Bewertungen mit „zureichender Qualität“ lässt sich aus den bisherigen Erkenntnissen der Stellungnahmeverfahren erklären. In der Mehrheit der Fälle handelte es sich um Ausnahmetatbestände wie z. B. das Auftreten von Notfällen, die einer sofortigen medizinischen Versorgung bedurften, bzw. sehr weit fortgeschrittenen Geburtsverläufen, in denen das Kind nicht mehr intrauterin verlegt werden konnte. Die Fachliche Bewertung insbesondere zu diesem Qualitätsindikator wurde kontinuierlich weiterentwickelt einschließlich der Durchführung einer ausführlichen Sonderanalyse der Stellungnahmen. Als Erklärungsansatz für die hohe Anzahl an statistischen Auffälligkeiten im QI 318 wird durch das IQTIG angenommen, dass in Level-IV-Kliniken gemäß der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)¹⁰ keine Schwangeren mit drohender Frühgeburt aufgenommen werden sollen und daher entsprechend kein pädiatrischer Dienst vor Ort vorgehalten wird, sondern ggf. nur eine externe pädiatrische Kooperation besteht. In diesen Kliniken werden aber notfallmäßig Schwangere mit drohender Frühgeburt aufgenommen. Diese Kliniken können dann bereits durch die Versorgung von ein oder zwei Frühgeburten, bei denen ein externer pädiatrischer Dienst nicht rechtzeitig zur Geburt eingetroffen ist, in diesem QI statistisch auffällig werden. Dies ist im Wesentlichen der Rechenregel zum QI 318 geschuldet (Zähler: Anzahl Frühgeburten mit Anwesenheit des päd. Dienstes / Nenner: Anzahl Frühgeburten), da der Referenzbereich von 90 % in diesen Fällen unterschritten wird. Bei der Betrachtung der Daten (nach DV) von EJ 2017 bis EJ 2021 ist insgesamt ein Rückgang der Anzahl an statistischen Auffälligkeiten festzustellen (2017 69; 2021: 63). Dies kann im Wesentlichen mit Schließungen von Geburtskliniken zusammenhängen, der Rückgang kann aber auch ein Hinweis auf eine Verbesserung der Prozesse in den Kliniken sein, sodass der pädiatrische Dienst ggf. frühzeitiger gerufen werden konnte.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse des QI 1058 (E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten) über die EJ 2017 bis 2021 ist eine sehr leichte Abnahme der statistischen Auffälligkeiten nach DV festzustellen – von initial 12 (EJ 2017) auf 11 (EJ 2021). Verglichen mit dem QI 318 wird aber ein

¹⁰ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 136 Abs. 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V. In der Fassung vom 20. September 2005, zuletzt geändert am 20. Oktober 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/> (abgerufen am 01.02.2023).

deutlich höherer Anteil an Standorten mit dem Ergebnis „unzureichende Qualität“ in diesem QI bewertet. Dies betraf im EJ 2017 100 % und somit alle statistischen Auffälligkeiten, im EJ 2018 über 60 % (11 von 17 statistischen Auffälligkeiten) und im EJ 2021 dann 82 % (9 von 11 statistischen Auffälligkeiten).

Der Anteil der statistischen Auffälligkeiten mit einer Bewertung „unzureichende Qualität“, gemessen an den statistischen Auffälligkeiten nach DV, ist im QI 330 „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten“ eher niedrig (EJ 2017: 30 %, EJ 2018: 0 %, EJ 2021: 33 %). Der QI 330 ist ab dem EJ 2022 in der Richtlinie als plan. QI ausgesetzt. Nähere Informationen zur fachlichen Diskussion sind im Bericht des IQTIG zum QI 330 zu finden.¹¹

Ein gleichbleibend niedriges Niveau mit leicht steigender Tendenz zeigt sich im QI 50045 („Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindungen“) sowohl bei der Anzahl an statistischen Auffälligkeiten (EJ 2017:0; EJ 2018: 1; EJ 2021: 3) als auch der statistischen Auffälligkeiten mit der Bewertung „unzureichende Qualität“ (EJ 2017:0; EJ 2018:0; EJ 2021: 1). Im EJ 2021 erhielt damit erstmalig im Verfahren *plan. QI* ein Standort mit statistisch auffälligem Ergebnis in diesem QI eine Bewertung „unzureichende Qualität“. Der Standort gab in seiner Stellungnahme an, dass die perioperative Antibiotikaphylaxe bei primärer Sectio grundsätzlich unterlassen werde, um eine Exposition des Fötus und mögliche Folgen für dessen Mikrobiom zu vermeiden. Dies stellt laut den Expertinnen und Experten einen klaren Verstoß gegen die seit Juni 2020 gültige S3-Leitlinie „Sectio caesarea“ dar (Kapitel 5.4 – Zeitpunkt der antibiotischen Prophylaxe) (DGGG et al. 2020). Dieser Standorte zeigt im EJ 2022 erneut statistisch auffällige Ergebnisse in diesem QI und erhielt erneut die Bewertung „unzureichende Qualität“, da die leitliniengerechte Versorgung nicht umgesetzt wurde. Der Standort gab an, die Prozesse erst im laufenden EJ 2022 umgesetzt zu haben.

Bei der Analyse des letzten geburtshilflichen plan. QI 51803 („Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“) zeigt sich eine klare abnehmende Tendenz bei den statistischen Auffälligkeiten nach Datenvalidierung (EJ 2017: 6; EJ 2018: 4; EJ 2021: 1). Die initial niedrige Anzahl an Auffälligkeiten ist wie im QI 51906 vermutlich auf die Perzentilbasierung zurückzuführen. Im Stellungnahmeverfahren fiel auf, dass die Auffälligkeit in diesem QI insbesondere durch auffällige Werte im Datenfeld „Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie“ zurückzuführen ist. Der dort zugelassene Wert liegt bei - 16. Eine Unterschreitung führt dazu, dass der jeweilige Fall in die Auffälligkeitsberechnung fällt. Je nach Gerät und damit einhergehender Berechnungsmethode können die Ergebnisse unterschiedlich ausfallen. Im EJ 2021 traf dieser Sachverhalt auf den einzigen Standort in der Fachlichen Bewertung zu, weswegen dieser mit „zureichender Qualität“ bewertet wurde.

¹¹ Empfehlungen zur weiteren Verfahrensweise: Qualitätsindikator „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ (ID 330).

4.1.1.3 QS MC

Die Längsschnittbetrachtung der Indikatorergebnisse von QS MC für den Zeitraum 2014 bis 2021 zeigt ebenfalls eine deutlich fallende Tendenz der statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung (Abbildung 3). Der stärkste Rückgang wird im ersten Jahr nach Einführung des Verfahrens sichtbar. So verringerten sich vom EJ 2016 zum EJ 2017 im QI 2163 „Primäre Axilladissektion bei DCIS“ die statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung um die Hälfte, im QI 52279 „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ ebenfalls um mehr als die Hälfte und im QI 52330 „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ um zwei Drittel. Dementsprechend nahm die Gesamtzahl der Standorte mit statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung innerhalb eines Jahres um weit mehr als die Hälfte ab (2016: 169; 2017: 71). Der QI 52279 „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung“ erzielte im Vergleich zu den anderen QI in QS MC die häufigsten statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung sowie die zweithäufigsten bezogen auf alle plan. QI. Zu beobachten ist, dass die Zahlen seit dem EJ 2021 wieder leicht ansteigen, nachdem wichtige Verfahrensschritte des Verfahrens *plan. QI* aufgrund der Coronapandemie zwei Jahre lang ausgesetzt waren.

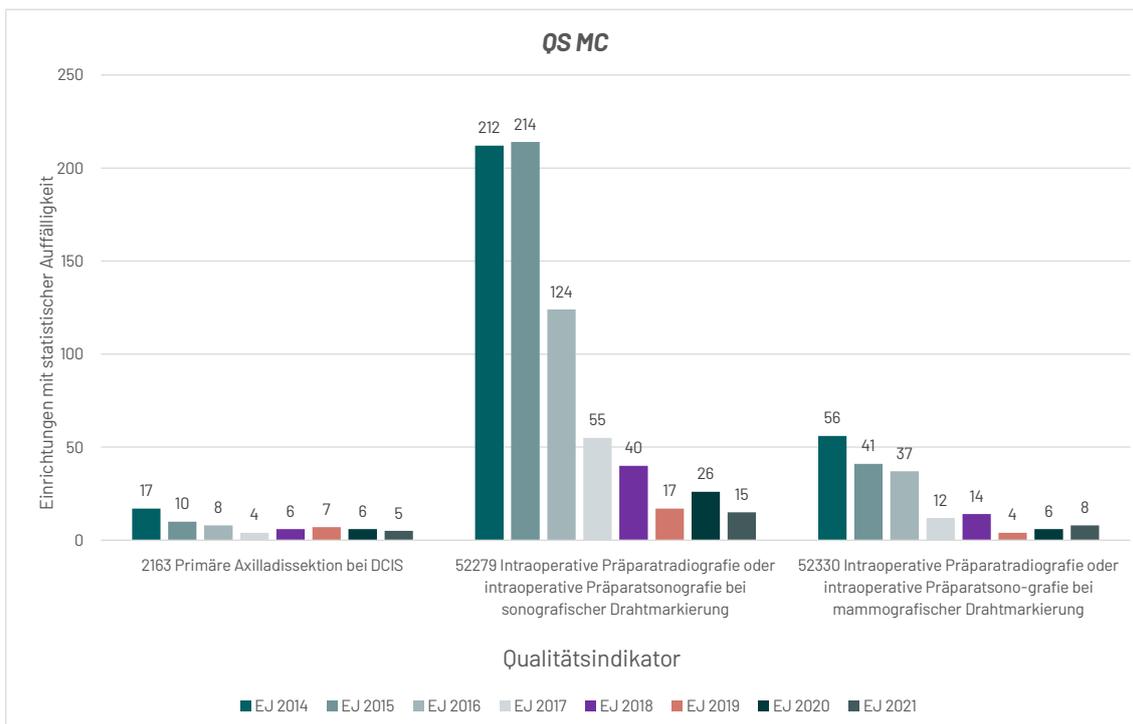


Abbildung 3: Anzahl der statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung in QS MC pro Qualitätsindikator (EJ 2014–2021)

Im Verfahren QS MC sind über alle betrachteten Erfassungsjahre hinweg die zweithäufigsten statistischen Auffälligkeiten nach dem Verfahren QS PM (PM-GEBH) (QI 318, QI 330) zu finden. Die Anzahl aller statistischen Auffälligkeiten nach Datenvalidierung ist von 50 Auffälligkeiten (an 47

Standorten) im EJ 2017 auf 29 (an 28 Standorten) im EJ 2018 und dann weiter auf 16 Auffälligkeiten (an 15 Standorten) im EJ 2021 zurückgegangen. Somit ist ein Rückgang der statistischen Auffälligkeiten über die drei betrachteten Erfassungsjahre deutlich erkennbar. Die Zahl der Bewertungen mit „unzureichender Qualität“ gingen ebenfalls deutlich zurück (EJ 2017: 32 Auffälligkeiten; EJ 2018: 26 Auffälligkeiten und EJ 2021: 9 Auffälligkeiten). Zu beachten ist, dass im EJ 2021 fünf Standorte aus Bayern mit statistisch auffälligen Ergebnissen in einem plan. QI aus QS MC die Bewertung „Sonstiges“ erhielten.

Der Rückgang ist insbesondere auf die positiven Entwicklungen im QI „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung zurückzuführen“. Hier ging die Anzahl der statistischen Auffälligkeiten nach Datenvalidierung seit dem EJ 2017 kontinuierlich zurück und betrug im EJ 2021 nur noch 10 statistische Auffälligkeiten, was einem Rückgang von fast 75 % ausmacht (2017: n = 39; 2018: n = 21). Die bessere Einhaltung der S3-Leitlinie, die zu dieser Verbesserung geführt hat, kann als deutlicher Effekt der Richtlinie interpretiert werden. Auch die Bewertungen mit „unzureichender Qualität“ gingen spürbar zurück, von 28 im EJ 2017 über 21 im EJ 2018 auf 5 im EJ 2021. Was dennoch auffällt, ist, dass im EJ 2021 nur noch jedes zweite Standortergebnis mit statistisch auffälligen Ergebnissen nach DV als „unzureichende Qualität“ eingestuft wurde, während im EJ 2018 jede der 21 statistischen Auffälligkeiten mit „unzureichender Qualität“ bewertet wurde. Alle Standortergebnisse mit einer Bewertung als „unzureichende Qualität“ im EJ 2021 sind auf eine nicht leitlinienkonforme Behandlung zurückzuführen bzw. auf Dokumentationsfehler (trotz Zusicherung oder Datenvalidierung).

Mit Blick auf das Qualitätsziel des Indikators sollten möglichst viele Eingriffe mit intraoperativ Präparatradiografie oder intraoperativer Präparatsonografie nach präoperativer Drahtmarkierung durch Sonografie durchgeführt werden, um eine komplette Entfernung des Zielbefundes zu erreichen und zu dokumentieren. Hier zeigt sich ein positiver Trend durch den Rückgang der statistischen Auffälligkeiten und der Bewertungen „unzureichende Qualität“. Patientinnen und Patienten sind direkt betroffen, wenn aufgrund nicht erfolgter intraoperativer Präparatkontrollen vermeidbare Nachresektionen notwendig werden. Auch der QI 52330 „Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung“ verbesserte sich in seinem Ergebnis hinsichtlich der Anzahl der statistischen Auffälligkeiten nach Datenvalidierung um mehr als zwei Drittel (EJ 2017: n = 9; EJ 2018: n = 4; EJ 2021: n = 3). Die Anzahl der Standorte mit statistischen Auffälligkeiten mit der Bewertung „unzureichende Qualität“ reduzierte sich vom EJ 2018 zum EJ 2021 von 4 auf 2 Fälle in dem QI 52330.

Tabelle 6: Übersicht über die Anzahlen der statistischen Auffälligkeiten sowie die Anzahlen der Bewertung „unzureichende Qualität“ EJ 2017, 2018 und 2021 (QS MC)

	statistisch auffällig vor Datenvalidierung			statistisch auffällig nach Datenvalidierung						Bewertung „unzureichende Qualität“					
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2017 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2018	EJ 2018 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2021	EJ 2021 (Veränderung in % vor und nach DV stat. auff.)	EJ 2017	EJ 2017 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV)	EJ 2018	EJ 2018 (Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV.)	EJ 2021 (Bewertung „sonstiges“)	EJ 2021 Anteil der unzureichenden an den stat. auff. nach DV)
QI 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS	4	6	5	2	-50 %	4	-33,3 %	3	-40 %	0	0 %	1	25 %	2 (0)	66,7 %
QI 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	55	40	15	39	-29 %	21	-47,5 %	10	-33,3 %	28	71,8 %	21	100 %	5 (4)	50 %
QI 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	12	14	8	9	-25 %	4	-71,4 %	3	-62,5 %	4	44,4 %	4	100 %	2 (1)	66,7 %
QS MC (18/1): Anzahl Auffälligkeiten	71	60	28	50	-29,6 %	29	-51,7 %	16	-42,9 %	32	64 %	26	89,7 %	9	56,3 %
QS MC (18/1): Anzahl Standorte	68	55	25	47	-30,9 %	28	-49 %	15	-40 %	31	65,9 %	25	89,3 %	8 (5)	53,3 %

Als einziger der drei planungsrelevanten Indikatoren von QS MC weist der QI 2163 „Primäre Axilladissektion bei DCIS“, dessen Referenzbereich seit dem Erfassungsjahr 2015 als Sentinel Event definiert wird, sowohl hinsichtlich der Anzahl der statistischen Auffälligkeiten nach DV (EJ 2017: 2; EJ 2018: 4; EJ 2021: 3) als auch bezüglich der Bewertung „unzureichende Qualität“ einen deutlichen Anstieg auf (200 %), obwohl es sich insgesamt betrachtet um nur wenige Auffälligkeiten mit „unzureichender Qualität“ handelt (EJ 2017: 0; EJ 2018: 1; EJ 2021: 2). Das Qualitätsziel des Indikators, nach dem „aufgrund der hohen Morbidität bei fehlendem Patientennutzen“¹² bei möglichst wenigen Patientinnen und Patienten mit der Primärerkrankung DCIS eine primäre Axilladissektion durchgeführt werden soll, wird demnach nahezu erfüllt (Leitlinienprogramm Onkologie 2020). Aus diesem Grund hat das Expertengremium Mammachirurgie vorgeschlagen, den QI aufgrund der erreichten Deckeneffekte in eine Kennzahl umzuwandeln, um zugleich der Relevanz der augenscheinlich immer noch bestehenden Versorgungsengpässe Ausdruck geben zu können. Für das DeQS-Verfahren wird dies ab dem EJ 2024 umgesetzt, der QI 2163 wird dann nur noch als Kennzahl geführt werden. Für die Auswertung der plan. QI wird die Änderung nicht umgesetzt.

Zusammenfassend ist die positive Tendenz einer leitliniengerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Brustkrebs zu verzeichnen (Leitlinienprogramm Onkologie 2020: 78, 343 f.). Dies lässt sich für die gesunkenen Zahlen der Ergebnisse im Hinblick auf die statistischen und als „unzureichend“ bewerteten Auffälligkeiten festhalten.

4.1.2 Übersicht über die Verteilung der Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen

Über die Verteilung der Standorte mit mindestens einem statistisch auffälligen Ergebnis lassen sich mit Blick auf bestimmte Standorteigenschaften, z. B. die Fallzahlen, weitere Informationen über die Standorte erheben, bspw. ob die Standorte mit statistischen Auffälligkeiten im Vergleich zu denen mit unauffälligen Ergebnissen hinsichtlich kleiner Fallzahlen über- oder unterrepräsentiert sind. Pro QS-Verfahren und QI werden daher in diesem Abschnitt ausgewählte deskriptive Analysen für die EJ 2017, 2018 und 2021 dargestellt. Zur übersichtlicheren Darstellung und besseren Interpretierbarkeit sind die Fallzahlen jeweils in Intervalle (1–4 Fälle; 5–19 Fälle; 20–199 Fälle und >200 Fälle) unterteilt.

4.1.2.1 QSGYN-OP

Abbildung 4 zeigt für die drei betrachteten Erfassungsjahre, dass absolut und relativ betrachtet die meisten unauffälligen Ergebnisse im QI 12874 („Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff mit Gewebeentfernung“) an Standorten mit einer Fallzahl von **mehr als 20 Fällen** ermittelt worden sind (2017: 620/908; 2018: 620/886; 2021: 551/828). Hierbei bezieht sich „Fallzahl“ jeweils auf die Grundgesamtheit des betrachteten QIs. Die Zahlen in den Klammern stellen diese Wert jeweils in Relation zu allen Standorten mit unauffälligen Ergebnissen dar. Im Vergleich dazu wurden die meisten statistisch auffälligen Ergebnisse an Standorten mit kleinen Fallzahlen (**1 bis 4 Fälle**)

¹² <https://iqtig.org/qs-verfahren/mamma/>.

ermittelt (2017: 10/11; 2018: 5/7; 2021: 6/7). Auch hier stellen die Zahlen in den Klammern diesen Wert in Relation zu allen Standorten mit stat. auffälligen Ergebnissen dar. Dies lässt darauf schließen, dass unter den statistisch auffälligen Ergebnissen im QI 12874 Standorte mit kleineren Fallzahlen eher überrepräsentiert sind. Bei insgesamt 919 Standorten im EJ 2017 haben 138 Standorte (15 %) nur **1 bis 4 Fälle** behandelt. Gleichzeitig liegen in dieser Gruppe 91 % der statistischen Auffälligkeiten (10 von 11 Auffälligkeiten). Auch bei den Ergebnissen des EJ 2021 lässt sich dies beobachten, von 835 Standorten haben 134 (16 %) nur **1 bis 4 Fälle** behandelt, aber es fallen 86 % der statistischen Auffälligkeiten (6 von 7 Auffälligkeiten) in diese Kategorie. In den anderen beiden QI zeigt sich in der rein deskriptiven Betrachtung ein eher einheitliches Bild über alle Fallzahlgruppen mit nur sehr vereinzelt auffälligen Ergebnissen. So deutet die Verteilung im QI 10211 („Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“) im EJ 2017 z. B. darauf, dass sich die jeweiligen Anteile der Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen sowie mit unauffälligen Ergebnissen über die Fallzahlgruppen hinweg ausgeglichen verhalten. Bei der Interpretation dieser Zusammenhänge ist darauf hinzuweisen, dass sich aus der Tatsache, dass es viele kleine Standorte mit statistischen Auffälligkeiten gibt, nicht direkt ableiten lässt, dass kleinere Standorte mehr Qualitätsprobleme aufweisen. So werden kleinere Standorte mit zugrunde liegender guter Behandlungsqualität aufgrund der größeren Variabilität der QI-Ergebnisse schneller statistisch auffällig als vergleichbare größere Standorte.

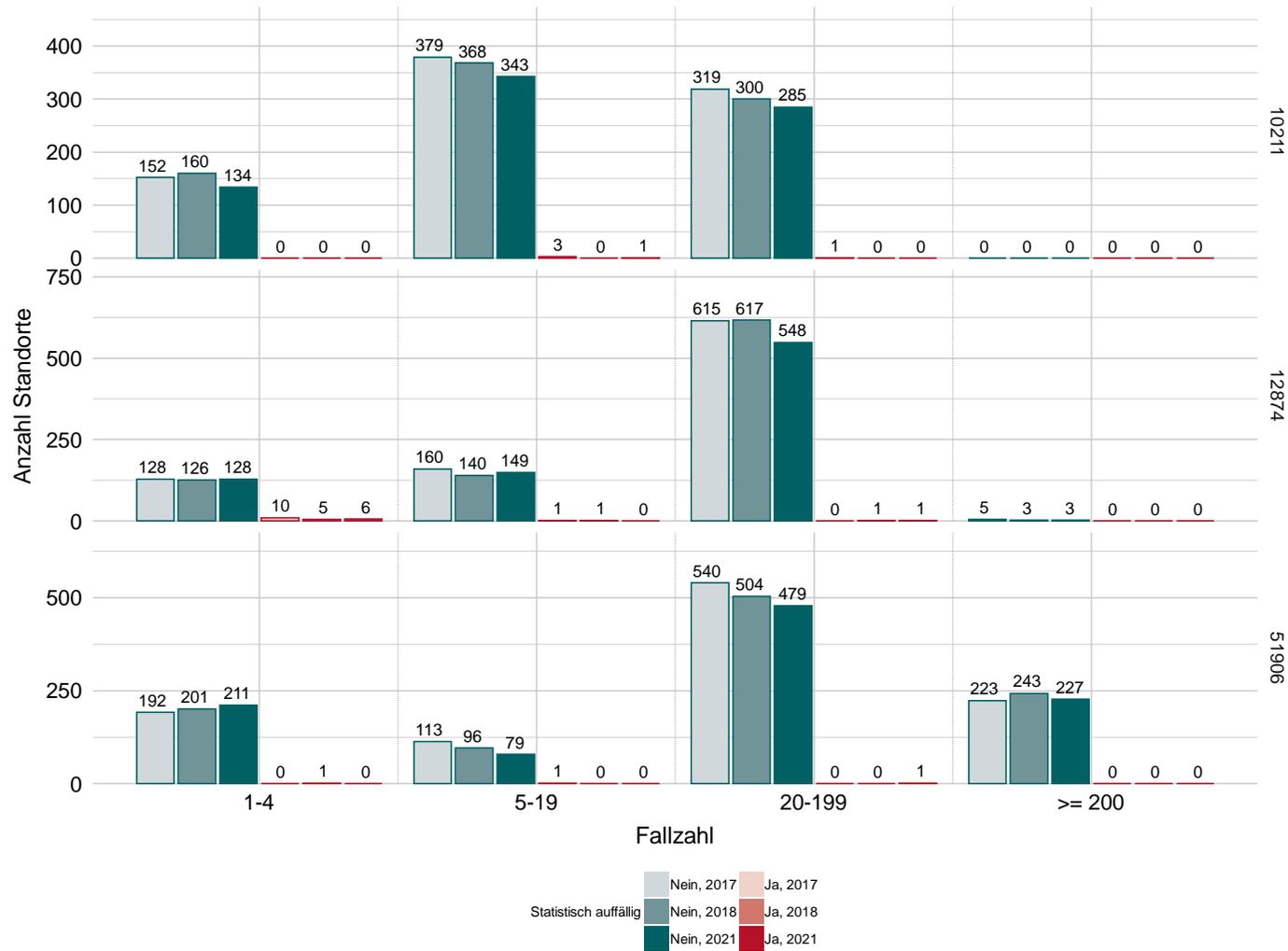


Abbildung 4: QS GYN-OP: Verteilung der Standorte mit / ohne statistische Auffälligkeit nach Fallzahlgruppen (EJ 2017, EJ 2018, EJ 2021)

4.1.2.2 QS PM (PM-GEBH)

In der Geburtshilfe variiert die Verteilung der Standorte über die Fallzahlen insgesamt stark innerhalb der Indikatoren (Abbildung 5). Bei Betrachtung der Fallzahlverteilung im QI 1058 „E-E-Zeit bei Notkaiserschnitt über 20 Minuten“ wird deutlich, dass von den 677 Standorten insgesamt 511 Standorte im EJ 2017 in der Gruppe bis **zu 19 Fälle** (76 %) zu finden sind. Zugleich traten 11 von 12 stat. auffälligen Ergebnissen (92 %) unter diesen 511 Standorten mit bis zu 19 Fällen auf (Gruppe **1 bis 4 Fälle**: 2 von 168; Gruppe **5 bis 19 Fälle**: 9 von 353; Gruppe **20 bis 199 Fälle**: 1 von 166). Für das EJ 2018 zeichnet sich zum QI 1058 ein ähnliches Bild ab – auch hier sind die meisten Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen in den beiden Gruppen mit den niedrigen Fallzahlen zu beobachten. Bei den Standorten mit Fallzahlen zwischen **20 und 199 Fällen** steigt im QI 1058 im Gegensatz zu allen anderen QIs der Anteil der Standorte als auch der Anteil an statistischen Auffälligkeiten an (EJ 2017: 165 Standorte und 1 stat. Auffälligkeiten; EJ 2018: 169 Standorte und 3 stat. Auffälligkeiten und EJ 2021: 189 Standorte und 3 stat. Auffälligkeiten).

Bei Betrachtung der Verteilung des QI 318 („Anwesenheit eines Pädiateers bei Frühgeburten“) zeigt sich, dass absolut betrachtet die meisten statistisch auffälligen Ergebnisse an Standorten mit kleinen Fallzahlen (**1 bis 4 Fälle**) ermittelt wurden (2017: 63/69; 2018: 49/52; 2021: 59/63). Die meisten unauffälligen Ergebnisse im QI 318 wurden im Gegensatz dazu an Standorten mit einer Fallzahl **zwischen 20 und 199** ermittelt (2017: 226/433; 2018: 222/427; 2021: 217/410). Somit haben von insgesamt 502 Standorten im EJ 2017 170 Standorte (34 %) nur **1 bis 4 Fälle** behandelt. Gleichzeitig liegt in dieser Gruppe die weitaus größte Anzahl der statistischen Auffälligkeiten, nämlich 91 % (63 von 69 Auffälligkeiten). Dies lässt sich auch bei den Zahlen für das EJ 2021 finden, da von den insgesamt 473 Standorten im EJ 2021 164 Standorte (35 %) nur **1 bis 4 Fälle** behandelt haben. Erneut liegt in dieser Gruppe die weitaus größte Anzahl der stat. auffälligen Ergebnisse, insgesamt 94 % (59 von 63 Auffälligkeiten). Dies lässt darauf schließen, dass im QI 318 ähnlich wie im QI 12874 Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen mit kleineren Fallzahlen eher überrepräsentiert sind.

Im QI 330 („Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“) wiesen im EJ 2017 insgesamt 10 Standorte eine statistische Auffälligkeit auf (Abbildung 5). Diese verteilten sich mehrheitlich auf die Gruppe mit den Fallzahlen zwischen **1 und 4** (n = 7), gefolgt von den beiden nächsthöheren Fallzahlgruppen. Im EJ 2017 deutet die Verteilung der Ergebnisse ebenfalls darauf hin, dass Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen mit kleineren Fallzahlen etwas überrepräsentiert sind. Das liegt daran, dass die meisten statistisch auffälligen Ergebnisse an Standorten mit niedrigen Fallzahlen (1–4 Fälle) ermittelt wurden (2017: 7/10; 2018: 1/2; 2021: 5/9), wohingegen die meisten unauffälligen Ergebnisse an Standorten mit einer Fallzahl zwischen 20 und 199 ermittelt wurden (2017: 152/301; 2018: 151/294; 2021: 143/282).

Der QI 50045 („Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung“) weist die mit Abstand niedrigste Anzahl an Standorten mit statistischer Auffälligkeit auf.

Beim QI 51803 („Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“) finden sich insgesamt wenige Standorte mit statistischer Auffälligkeit (EJ 2017: 6; EJ 2018: 4; EJ 2021: 1) und diese überwiegend in Standorten mit hohen Fallzahlen (Abbildung 5). Bezüglich der Verteilung der Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen sowie statistisch unauffälligen Ergebnissen über die Fallgruppen hinweg zeigt sich insgesamt ein ausgeglichenes Bild.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass, in den QI 1058, 318 und 330 mindestens eine statistische Auffälligkeit häufiger in Standorten mit niedrigen Fallzahlen (Gruppen **1 bis 4 Fälle; 5 bis 19 Fälle**) auftritt.

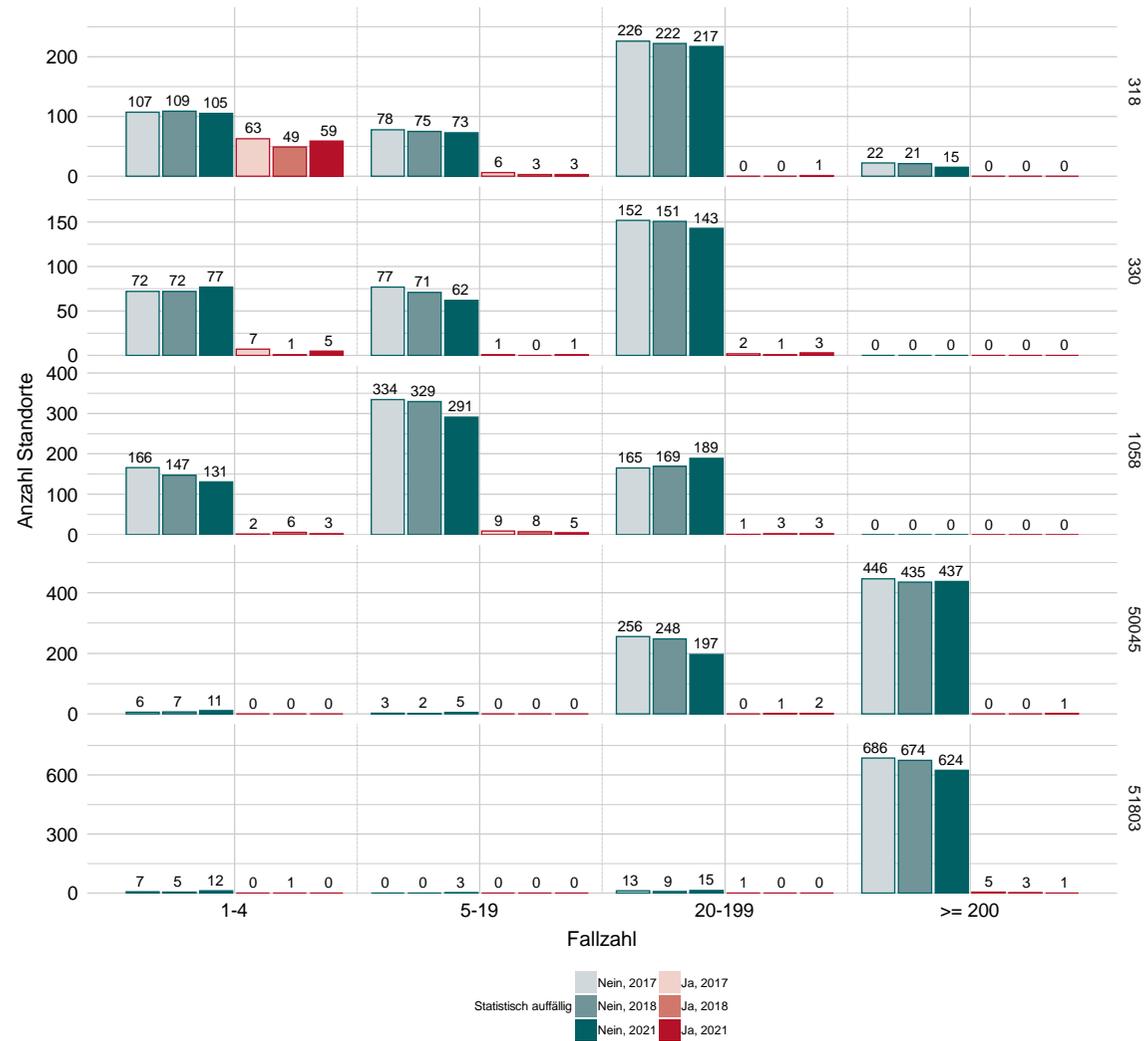


Abbildung 5: QS PM (PM-GEBH): Verteilung der Standorte mit /ohne statistische Auffälligkeit nach Fallzahlgruppen (EJ 2017, EJ 2018, EJ 2021)

Ergänzend zur Darstellung der Ergebnisse von QS PM (PM-GEBH) ist im Folgenden die Unterteilung der Standorte auf die vier Versorgungsstufen (Perinatalzentrum Level I, Perinatalzentrum Level II, Perinatologischer Schwerpunkt III und Geburtskliniken IV) dargestellt. Im EJ 2021 gab es in Deutschland insgesamt 633 geburtshilfliche Kliniken, von denen fast die Hälfte (47 %) Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV sind (Tabelle 7). Darüber hinaus haben insgesamt 746.000 Geburten stattgefunden, davon 28 % (206.000) in Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV. Die Geburtskliniken sind für das Verfahren *plan. QI* von besonderem Interesse, da von den 81 Standorten mit statistischer Auffälligkeit und anschließender Fachlicher Bewertung 67 Geburtskliniken (83 %) sind.

Tabelle 7: Überblick über Geburten gesamt in QS PM (PM-GEBH) nach Versorgungsstufen, EJ 2021*

	Anzahl Einrichtungen	Prozent	Anzahl Geburten (in tausend)	Prozent
Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1	168	27 %	367	49 %
Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2	47	7 %	69	9 %
Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt	122	19 %	104	14 %
Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik	296	47 %	206	28 %
Summe	633	100 %	746	100 %

* Heller et al. 2022

4.1.2.3 QSMC

In QS MC variiert die Verteilung der Standorte über die Fallzahlen nicht so stark innerhalb der Indikatoren (Abbildung 6). Im Kontrast zu den Standorten mit unauffälligen QI-Ergebnissen zeigt sich im QI 52330, dass die meisten Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen in die Gruppe derer mit kleinen Fallzahlen zwischen **1 und 4** und **5 und 19** gehören. Somit haben von insgesamt 538 Standorten im QI 52330 im EJ 2017 100 Standorte (19 %) zwischen **1 bis 4 Fälle** behandelt (**5 bis 19 Fälle**: 160; **20 bis 199 Fälle**: 272; **> 200**: 6). Gleichzeitig liegt in der Gruppe **1 bis 4 Fälle** mit 78 % der Großteil der statistischen Auffälligkeiten (7 von 9 statistische Auffälligkeiten). Für das EJ 2021 sieht die Verteilung der statistischen Auffälligkeiten ähnlich aus: Von 491 Standorten haben 90 Standorte (18 %) **1 bis 4 Fälle** behandelt und 133 Standorte **5 bis 19 Fälle** (27 %). Gleichzeitig liegen in diesen beiden Gruppen die drei stat. auffälligen Ergebnisse (**1 bis 4 Fälle**: 1 und **5 bis 19 Fälle**: 2). Die rein deskriptive Betrachtung lässt vermuten, dass Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen bei kleineren Fallzahlen eher überrepräsentiert sind. In den QI 52779 fallen im Gegenzug zum Schwestern-QI 52330 die meisten statistisch auffälligen Ergebnisse in die Gruppe **bis 19** Fälle. Von den insgesamt 547 Standorten im EJ 2017 zeigt sich die Verteilung der statistischen Auffälligkeiten über die Fallzahl wie folgt: **1 bis 4 Fälle**: 14 (36 % der stat. Auffälligkeiten), **5 bis 19**

Fälle: 12 (31 % der stat. Auffälligkeiten), **20 bis 199 Fälle:** 13 (33 % der stat. Auffälligkeiten). Auch bei den Ergebnissen des EJ 2021 sind die Verteilungen ähnlich. Von den 521 Standorten im QI 52279 sind die meisten statistischen Auffälligkeiten bei Krankenhäusern zu finden, die zwischen **1 bis 199 Fälle** behandelt haben und sich wie folgt verteilen: Gruppe **1 bis 4 Fälle:** 5/10 (50 % der stat. Auffälligkeiten), **5 bis 19 Fälle:** 4/10 (40 % der stat. Auffälligkeiten), **20 bis 199:** 1/10 (10 % der stat. Auffälligkeiten). Bei der Betrachtung des QI 2163 mit seinen geringen Anzahlen lassen sich die statistisch auffälligen Ergebnisse über alle drei EJ in der Gruppe der **5 bis 19 Fälle** (EJ 2017–EJ 2021: 1/1/1) und **20 bis 199 Fälle** finden (EJ 2017: 1; EJ 2018: 3; EJ 2021: 1).

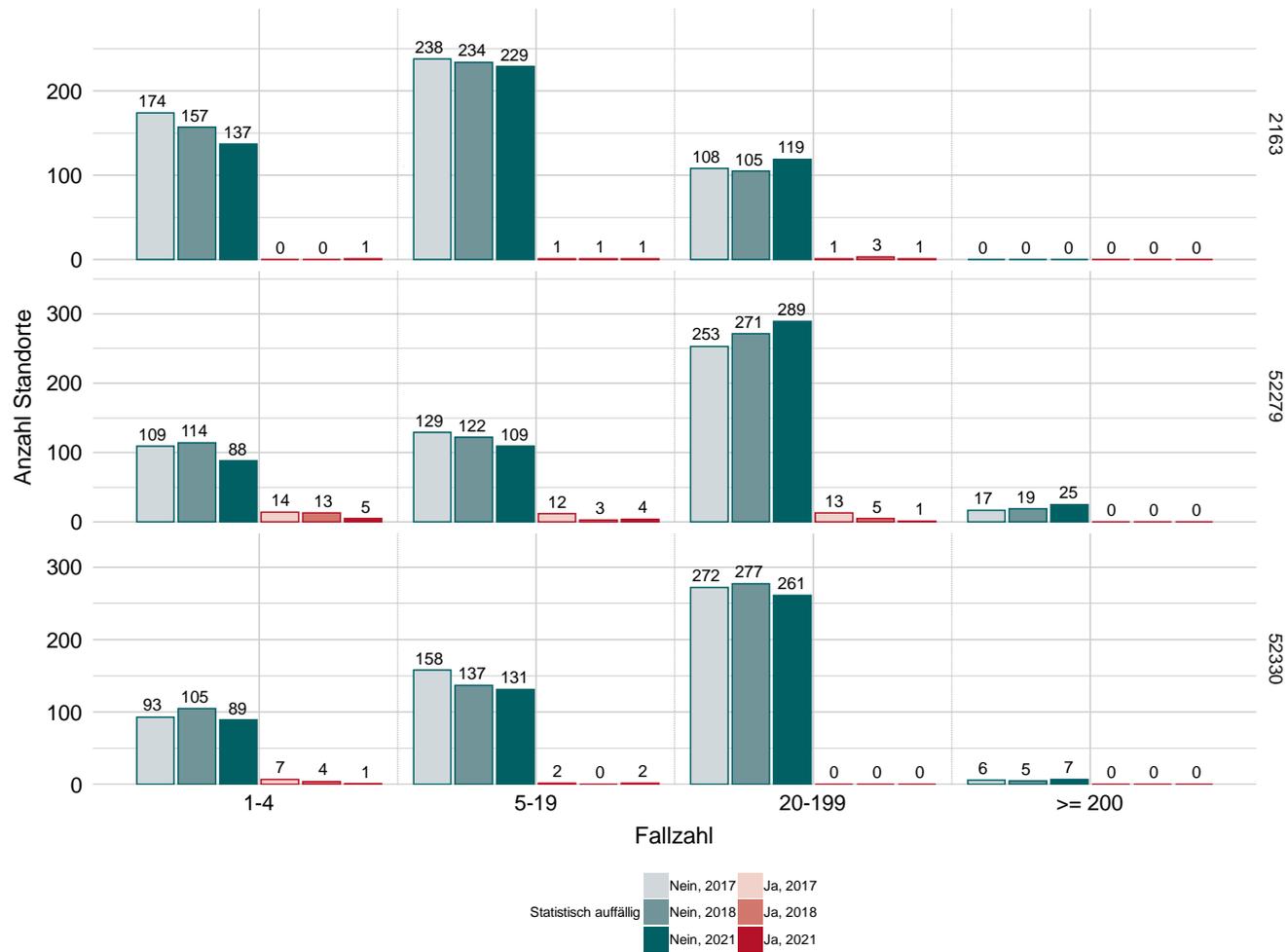


Abbildung 6: QS MC: Verteilung der Standorte mit /ohne statistische Auffälligkeit nach Fallzahlgruppen (EJ 2017, EJ 2018, EJ 2021)

4.1.3 Die Verteilung der plan. QI-Ergebnisse über die einzelnen Bundesländer

Tabelle 8 stellt pro Bundesland dar, wie viele Standorte plan. QI-relevante Fälle behandelt haben, wie viele statistische Auffälligkeiten daraus pro Bundesland ermittelt wurden und wie viele dieser Auffälligkeiten mit „unzureichender Qualität“ bewertet wurden.

Die Verteilung der Ergebnisse über die Bundesländer zeigt ein heterogenes Bild. Das Bundesland mit der höchsten Zahl an Standorten ist Nordrhein-Westfalen mit 256 (EJ 2017) bzw. 250 (EJ 2018) und 213 (EJ 2021), gefolgt von Bayern mit 177 Standorten EJ 2017 und 2018) sowie 153 (EJ 2021). Aus Bremen hingegen haben mit Abstand die wenigsten Standorte plan. QI-relevante Fälle behandelt (n = 8 (EJ 2017), n = 7 (EJ 2018) und n = 9 (EJ 2021)), gefolgt von Hamburg (n = 22 (EJ 2017), 23 (EJ 2018) und 25 (EJ 2021) und Mecklenburg-Vorpommern (n = 25; 23 und 22). Weiterhin zeigt sich, dass die Zahl der Standorte von 2017 auf 2018 um knapp 2 % abgenommen hat und sich dieser Trend bis zum EJ 2021 um 12 % fortgesetzt hat. Er ist jedoch nicht in allen Bundesländern gleichermaßen sichtbar. So ist in Bremen und Hamburg die Zahl der Standorte von EJ 2018 bis zum EJ 2021 gestiegen. Bei der Interpretation ist neben dem bundesweiten zeitlichen Trend in der Standortanzahl ebenfalls die Variabilität in den Standortzahlen zu bedenken, da es Standorte gibt, die nicht jedes Jahr plan. QI-relevante Fälle behandeln.

Tabelle 8: Ergebnisse der plan. QI auf Ebene der Bundesländer (EJ 2017, EJ 2018, EJ 2021)

Bundesland	Anzahl Standorte (STO)*			statistische Auffälligkeiten (STO mit stat. auffälligen Ergebnissen)			statistische Auffälligkeiten mit „unzureichend“ (STO mit „unzureichenden“ QI-Ergebnissen)			Anteil Standorte mit „unzureichenden“ QI-Ergebnissen an allen STO (%)		
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021
Baden Württemberg	116	113	89	19 (18)	18	11 (10)	8 (7)	11 (11)	4 (3)	6	9,7	3,4
Bayern	177	177	153	41 (36)	17	32 (26)	23 (22)	9 (9)	8 (7)	12,4	5,1	4,6
Berlin	36	34	29	3	6 (4)	3	1 (1)	4 (3)	2 (2)	2,8	8,8	6,9
Brandenburg	36	32	31	3	5	4	1 (1)	4 (4)	1 (1)	2,8	12,5	3,2
Bremen	8	7	9	2 (1)	0	0	1 (1)	0	0	12,5	-	-
Hamburg	22	23	25	5 (4)	0	0	2 (2)	0	0	9,1	-	-
Hessen	78	75	67	9	9	6	4 (4)	5 (5)	2 (2)	5,1	6,7	3
Mecklenburg-Vorpommern	25	23	22	4	2	1	2 (2)	2 (2)	0	8	8,7	-
Niedersachsen	101	100	100	17 (16)	12 (11)	12	6 (6)	5 (4)	7 (7)	5,9	4	7
Nordrhein Westfalen	256	250	213	41 (39)	30 (25)	21	17 (17)	15 (13)	11 (11)	6,6	5,2	5,2
Rheinland-Pfalz	63	65	51	4	4	7 (6)	1 (1)	1 (1)	4 (4)	1,6	1,5	7,8
Saarland	15	14	14	3	1	0	1 (1)	1 (1)	0	6,7	7,1	-
Sachsen	55	55	51	1	2	1	0	2 (2)	0	-	3,6	-
Sachsen-Anhalt	33	34	29	5	1	4	3 (3)	1 (1)	3 (3)	9,1	2,9	10,3

Bundesland	Anzahl Standorte (STO)*			statistische Auffälligkeiten (STO mit stat. auffälligen Ergebnissen)			statistische Auffälligkeiten mit „unzureichend“ (STO mit „unzureichenden“ QI-Ergebnissen)			Anteil Standorte mit „unzureichenden“ QI-Ergebnissen an allen STO (%)		
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021
Schleswig-Holstein	34	31	27	2	3	8 (7)	1 (1)	3 (3)	4 (4)	2,9	9,7	14,8
Thüringen	30	30	25	3	3	2 (1)	2 (2)	2 (2)	2 (1)	6,7	6,7	4
Summe	1.085	1.063	935	163 (151)	113 (105)	112 (102)	73 (71)	65 (61)	48 (45)	6,5	5,7	4,8 (45)

*Standorte, die plan. QI-relevante Fälle behandelt haben

** Für EJ 2021: Bayern: fachl. Bewertung sonstiges: 16 Auffälligkeiten an 15 Standorten.

Die Betrachtung des prozentualen Anteils der Standorte mit den Ergebnissen „unzureichende Qualität“ an allen Standorten, die im EJ 2021 plan. QI-relevante Fälle behandelt haben, zeigt eine relativ große Bandbreite zwischen den Bundesländern. So beträgt der Anteil in Hessen 3 % (2 Standorte mit „unzureichenden“ QI-Ergebnissen) und ist im Vergleich zum EJ 2018 um 55 % gesunken (EJ 2018: 6,7 % und 5 Standorte mit „unzureichenden“ QI-Ergebnissen). In Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt hingegen fällt der Anteil mit 14,8 % (EJ 2021: 4 Standorte) und 10,3 % (EJ 2021: 3) dreifach bzw. doppelt so hoch aus wie der Bundesdurchschnitt (4,8 %). In Schleswig-Holstein stieg dabei der Anteil an Standorten mit „unzureichenden“ Ergebnissen kontinuierlich von 2,9 % im EJ 2017 (n = 1) auf 9,7 % (n = 3) im EJ 2018 und schließlich auf 14,8 % im EJ 2021 (n = 4) an. Auch in Rheinland-Pfalz kann ein recht hoher Anstieg beobachtet werden von 1,6 % (n = 1) im EJ 2017 über 1,5 % (n = 1) im EJ 2018 auf aktuell 7,8 % (n = 4) im EJ 2021.

In Bayern hingegen sank der Anteil der Standorte mit „unzureichenden“ QI-Ergebnissen kontinuierlich von 12,4 % (EJ 2017: 12) über 5,1 % (EJ 2018: 9) auf 4,6 % (EJ 2021: 7). Im Bundesland Bayern ist allerdings zu berücksichtigen, dass im EJ 2021 keine Datenvalidierung erfolgte und so insgesamt 16 Auffälligkeiten an 15 Standorten die Fachliche Bewertung „Sonstiges“ erhielten. Sowohl in Bremen als auch in Hamburg wurden seit dem EJ 2018 keine statistischen Auffälligkeiten und damit auch keine Standorte mit „unzureichenden“ QI-Ergebnissen mehr ermittelt.

4.1.4 Wiederholte Auffälligkeiten: statistisch auffällig bzw. „unzureichende“ Qualität

Tabelle 9 zeigt die Anzahl der Standorte mit wiederholt statistisch auffälligen Ergebnissen sowie Bewertungen mit erneut „unzureichender Qualität“. So weisen am Beispiel von Bayern von den 22 Standorten, die im EJ 2017 eine Bewertung mit „unzureichender Qualität“ in mindestens einem QI erhielten, sechs Standorte auch im EJ 2018 statistisch auffällige Ergebnisse auf, von denen drei die Bewertung „unzureichende Qualität“ erhielten. Im EJ 2021 zeigten zwei dieser Standorte erneut statistisch auffällige Ergebnisse, von denen ein Standort die Bewertung „Sonstige“ und ein Standort die Bewertung „zureichende Qualität“ bezüglich ihres auffälligen Indikatorergebnisses bekamen.

Zusammengefasst wurde über alle Bundesländer hinweg an 14 von 71 Standorten, die im EJ 2017 mit „unzureichender“ Qualität in einem QI bewertet wurden, im EJ 2018 erneut statistisch auffällige Ergebnisse ermittelt, davon wurde an insgesamt acht Standorten (BA: n = 3; NRW: n = 2; BW: n = 1; BB: n = 1; SH: n = 1) erneut die Bewertung „unzureichende Qualität“ vergeben.

Die acht Standorte mit den wiederholt auffälligen und als „unzureichende Qualität“ bewerteten statistischen Auffälligkeiten verteilen sich wie folgt auf die Bundesländer und QIs: Ein Standort in Bayern, ein Standort in Nordrhein-Westfalen und je ein Standort in Baden-Württemberg und Brandenburg betrafen den QI 52279 (Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung) von QS MC. Bei den weiteren vier Standorten betraf es in einem Fall erneut das Bundesland Bayern im gleichen Verfahren (QS MC), allerdings einen anderen QI und in den restlichen anderen drei Fällen die Bundesländer Bayern, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. Geht man noch einmal eine Ebene höher und betrachtet die 14

Standorte mit wiederholten statistischen Auffälligkeiten, so wurden sieben dieser Standorte mit ihren Ergebnissen erneut im gleichen QI statistisch auffällig, hierbei drei Standorte im QI 318 (Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten) in Bayern und jeweils einer im QI 52279 (Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung) in Bayern, Brandenburg, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Bei den weiteren sieben Standorten wurde die statistische Auffälligkeit entweder im gleichen QS-Verfahren, aber in einem anderen QI ermittelt oder in anderen QS-Verfahren. Im EJ 2021 wiesen von den im EJ 2018 mit unzureichender Qualität bewerteten Standorten erneut vier Standorte statistisch auffällige Ergebnisse auf, von denen allerdings keines mit unzureichender Qualität bewertet wurde. Die wiederholt auffälligen Ergebnisse waren diesmal in anderen QIs oder anderen QS-Verfahren zu finden.

Tabelle 9: Wiederholt auffällige Ergebnisse (stat. auffällig sowie „unzureichende“ Qualität) im Verfahren plan. QI

Bundesland	Anzahl Standorte (STO)* EJ 2017	Zahl der STO mit stat. Auffälligkeit im EJ 2017	Zahl der STO mit Ergebnis „unzureichend“ im EJ 2017	Davon („unzureichend“ im EJ 2017): Zahl der STO mit stat. Auffälligkeit im EJ 2018 (Zahl der STO mit Ergebnis „unzureichend“ im EJ 2018)	Davon („unzureichend“ im EJ 2018): Zahl der STO mit stat. Auffälligkeit im EJ 2021 (Zahl der STO mit Ergebnis „unzureichend“ im EJ 2021)
Baden-Württemberg	116	18	7	2 (1)	0 (0)
Bayern	177	36	22	6 (3)	2 (*1)
Berlin	36	3	1	0	0(0)
Brandenburg	36	3	1	1 (1)	1 (0)
Bremen	8	1	1	0	0
Hamburg	22	4	2	0	0
Hessen	78	9	4	1	0
Mecklenburg-Vorpommern	25	4	2	0	0
Niedersachsen	101	16	6	1	0 (0)
Nordrhein-Westfalen	256	39	17	2 (2)	0 (0)
Rheinland-Pfalz	63	4	1	0	0
Saarland	15	3	1	0	0
Sachsen	55	1	0	0	0
Sachsen-Anhalt	33	5	3	0	0
Schleswig-Holstein	34	2	1	1 (1)	1 (0)

Bundesland	Anzahl Standorte (STO)* EJ 2017	Zahl der STO mit stat. Auffälligkeit im EJ 2017	Zahl der STO mit Ergebnis „unzureichend“ im EJ 2017	Davon („unzureichend“ im EJ 2017): Zahl der STO mit stat. Auffälligkeit im EJ 2018 (Zahl der STO mit Ergebnis „unzureichend“ im EJ 2018)	Davon („unzureichend“ im EJ 2018): Zahl der STO mit stat. Auffälligkeit im EJ 2021 (Zahl der STO mit Ergebnis „unzureichend“ im EJ 2021)
Thüringen	30	3	2	0	0
Summe	1.085	151	71	14 (8)	4 (0)

*Standorte, die plan. QI-relevante Fälle behandelt haben

*1 Ergebnis mit der Bewertung „sonstiges“

4.1.5 Zusammenfassung

Der überwiegende Positivtrend, der sich bereits im Jahr 2020 in den Ergebnissen der meisten plan. QI abgezeichnet hat, konnte auch im EJ 2021 weiter beobachtet werden. Gleichzeitig lassen sich immer noch Mängel bei der QS-Dokumentation an vielen Standorten vermuten: In allen Erfassungsjahren mit erfolgter Datenvalidierung musste die Zahl der statistisch auffälligen Ergebnisse nach Datenvalidierung und Neuberechnung herunterkorrigiert werden, im Jahr 2017 um 37 % von 258 Auffälligkeiten auf 163, im Jahr 2018 um 46 % von 211 Auffälligkeiten auf 113 und im Jahr 2021 um 35 % von 171 auf 112 Auffälligkeiten. Im EJ 2022 blieben von 126 statistischen Auffälligkeiten nach Datenvalidierung noch 76 statistische Auffälligkeiten an 71 Standorten übrig, der Rückgang beträgt somit 39,7%. In Abschnitt 4.4 werden die Zahlen nach Datenvalidierung und Neuberechnung detailliert dargestellt, sodass ersichtlich wird, an wie vielen Krankenhausstandorten durch die Neuberechnung neue statistisch auffällige Ergebnisse hinzugekommen bzw. weggefallen sind.

Bezogen auf die Verteilung der Standorte über die Fallzahlen hinweg zeigt sich bei sechs QI eine überwiegend gleichmäßige Verteilung der Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen auf die Fallzahlen im Vergleich zu denen mit unauffälligen Ergebnissen. Dennoch zeigt sich in der Detailbetrachtung, dass hinsichtlich fünf Indikatoren (QI 12874, QI 318, QI 1058, QI 330, QI 52330) Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen, die nur sehr geringe Fallzahlen aufweisen, überrepräsentiert sind – verglichen mit Standorten, an denen keine statistische Auffälligkeit festgestellt wurde.

4.2 Stand der Umsetzung – Landesplanungsbehörden

Gemäß der Beauftragung wurde im Rahmen der Begleitevaluation eine Abfrage bei den Landesplanungsbehörden (LPB) durchgeführt. Diese sollen nach eigener Prüfung entscheiden, in welcher Form und in welchem Umfang sie die Ergebnisse der plan. QI im Sinne ihrer Krankenhausplanung nutzen werden oder ob sie sie gemäß § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG durch eigene Gesetzgebung ausschließen.

Die hier dargestellten Rückmeldungen stammen aus dem Abfragezeitraum Juni 2019 bis August 2023 und beziehen sich auf den Umgang mit den jeweils im Jahr zuvor berichteten plan. QI-Ergebnissen zum EJ 2017, EJ 2018 und EJ 2021. Aufgrund der COVID-19-Ausnahmeregelungen wurden insgesamt nur drei Verfahrensjahre vollständig durchgeführt, die Abfragen wurden dennoch für jedes Jahr an die LPB gesendet mit der Bitte um Aktualisierung.

Bei den Ausführungen in diesem Kapitel ist zudem darauf hinzuweisen, dass planerische Konsequenzen hinsichtlich einer Herausnahme aus dem Krankenhausplan entsprechend den im Bewertungszeitpunkt geltenden gesetzlichen Regelungen erst gezogen werden müssen, wenn eine „in erheblichem Maße unzureichende“ Qualität „nicht nur vorübergehend“ vorliegt. Dies gilt auch dann, wenn die plan. QI-RL in die einzelnen Krankenhauspläne aufgenommen wurde. Zum Zeitpunkt der Abgabe des Abschlussberichts war die Neukonzeption zur Entwicklung von plan. QI vom

G-BA nicht weiter beauftragt (vgl. Kapitel 1). Daher ist eine Bewertung mit „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ bisher nicht möglich.

Die Ausführungen in diesem Kapitel orientieren sich zum besseren Verständnis an den Buchstaben, nach denen die Abfrage strukturiert war – A–H. Sie setzen sich im Detail damit auseinander,

- wie sich der Stand bei den Anzahlen verändert hat:
 - A: im Bereich der plan. QI-relevanten Fachabteilungen, dazugehörigen Standorte mit Fachabteilungen bzw. deren Krankenhäuser (Abschnitt 4.2.4.1),
 - B: bei Schließungen (ggf. auch teilweise) aus Qualitätsgründen (Abschnitt 4.2.4.2)
 - C: bei ggf. geplanten Schließungen (Abschnitt 4.2.4.3),
- D: ob und welche Bundesländer die Geltung einzelner oder aller plan. QI durch eigenes Länderrecht ausgeschlossen haben (Abschnitt 4.2.1),
- E: inwiefern die Ergebnisse der plan. QI der zwei Verfahrensjahre bereits im Rahmen der jeweiligen Krankenhausplanung genutzt wurden und ob die Nutzung noch in Prüfung ist sowie Auflistung der Gründe für die Nicht-Nutzung (Abschnitt 4.2.2.1),
- F: wie ein Behördenverfahren bei der Feststellung von „unzureichender Qualität“ aussehen würde (Abschnitt 4.2.2.2),
- G: ob weitere Qualitätsanforderungen im Krankenhausplan berücksichtigt werden (Abschnitt 4.2.3) und
- H: inwiefern zusätzliche Informationen der Landesplanungsbehörden gegeben wurden.

Tabelle 10 gibt einen Gesamtüberblick über die Rückmeldungen zu den o. g. Abfragen der Teile D–G mit Nennung des jeweiligen Abfragejahres, in dem eine Rückmeldung erfolgte. Eine Legende zum besseren Verständnis der Lesart ist im Anschluss angefügt.

Die Antworten aus den Abfragen zeigen ein heterogenes Bild sowohl hinsichtlich der Geltung der plan. QI in den jeweiligen Landeskrankenhausplänen als auch bezüglich der Nutzung der Ergebnisse im Rahmen der aktuellen Krankenhausplanung. Daneben variiert die Detailtiefe hinsichtlich der bereitgestellten Informationen je nach Bundesland. Es gilt zu beachten, dass im Rahmen dieses Kapitels vom „Nutzen der plan. QI“ gesprochen wird, wenn Bundesländer die Ergebnisse zu den plan. QI bereits im Rahmen ihrer Arbeit aufgegriffen haben. Angaben aus der Spalte H wurden jeweils an der thematisch geeigneten Stelle eingearbeitet.

Alle Bundesländer bis auf Hessen hatten zu den fünf Abfragen im Verlauf der Begleitevaluation mindestens zu einer Abfrage Daten rückgemeldet. Hinsichtlich des Rücklaufs über den gesamten Zeitraum war ebenfalls eine starke Variabilität zu beobachten, insbesondere während der Aussetzung des Verfahrens im ersten Jahr der Coronapandemie (2020). So hatten sich Landesplanungsbehörden aus 13 Bundesländern in den Jahren 2018 und 2019 regelmäßig zurückgemeldet. Im Jahr 2020 reduzierte sich die Anzahl auf 9, um dann 2021 wieder auf 12 anzusteigen. Im Jahr 2022 konnten nur aus fünf Bundesländern – Bayern, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Schleswig-Holstein – Rückläufe verzeichnet werden. Von insgesamt 16 Bundesländern hatten

sich zum sechsten und letzten Abfragezeitpunkt 2023 insgesamt 15 zurückgemeldet. Einzig aus Hessen gab es erneut keine Rückmeldung.

Tabelle 10: Übersicht der Rückmeldungen zur Nutzung der plan. QI-Ergebnisse im Rahmen der Landeskrankenhausplanung (D-G), Stand 2023

Bundesland	D: Geltung gemäß § 6 Abs. 1a Satz 1a KHG (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI für KH-Planung (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI in Bezug auf Qualitätsförderung	F: Rückmeldung zum Behördenverfahren bei Nutzung	G: Berücksichtigung weiterer Qualitätsanforderungen
Baden-Württemberg	2018–2019; 2023: Nein	2018–2019; 2023: Prüfung erfolgt; keine Nutzung, da keine Feststellung von „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“, –keine Beplanung von Einzelleistungen wie bei plan. QI; kein rechtssicherer Rückschluss auf die Qualität der gesamten Abteilung möglich.	2018–2019; 2023: --	2018–2019; 2023: Ggf. zur Prüfung des Versorgungsauftrags eines KH, allerdings unter Einhaltung der Landesverwaltungsverfahrensgesetze	<p>2018: Bereits zusätzliche Qualitätsanforderungen für die Fachplanung</p> <p>2019 & 2023: Ja (Fachplanung; Vereinbarung durch KH mit KK/EK)</p> <p>2023: Beachtung von Qualitätsanforderungen durch KH mit KK/EK (Vergütungsvorschriften); nur mittelbarer Einfluss auf die KH-Planung; qualitätsorientierte Krankenhausplanung versus flächendeckender Krankenversorgung → mögl. Folge eines Ausschlusses wäre pot. Versorgungslücke; aktueller Fachkräftemangel könnte zur Nicht-Einhaltung der Qualitätsvorgaben führen – daher Schwerpunkt flächendeckender Krankenversorgung</p>

Bundesland	D: Geltung gemäß § 6 Abs. 1a Satz 1a KHG (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI für KH-Planung (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI in Bezug auf Qualitätsförderung	F: Rückmeldung zum Behördenverfahren bei Nutzung	G: Berücksichtigung weiterer Qualitätsanforderungen
Bayern	<p>2018–2023: Nein. Die Geltung der in den plan. QI enthaltenen Vorgaben auch für die bayerischen Krankenhäuser wird dadurch jedoch nicht beeinträchtigt. Ausgeschlossen wurde mit Art. 4 Abs. 1 Satz 3 des Bayerischen Krankenhausgesetzes (BayKrG) lediglich, dass gemäß § 6 Abs. 1a Satz 1 KHG die Empfehlungen des G-BA zu den plan. QI gemäß § 136c Abs. 1 SGB V automatisch Bestandteil des Krankenhausplans werden.</p>	<p>2018–2023: Ja, Nutzung der Ergebnisse im Rahmen der Krankenhausplanung bei gleichzeitigem Ausschluss des Folgenautomatismus.</p> <p>2023: Bisher keine krankenhauserplanerischen Konsequenzen aufgrund fehlender Rechtssicherheit</p>	<p>2018–2023: Gegenüber Krankenhäusern, die von einer unzureichenden Bewertung betroffen sind, insbesondere durch die Anforderung von Unterlagen, die dem Nachweis der künftigen Einhaltung von Indikatorvorgaben dienen, etwa schriftliche Verfahrensanweisungen oder der Vorlage von Kooperationsvereinbarungen. Zum Teil Gespräche mit Geschäftsführungen und leitenden Ärzten bis hin zu Begehungen vor Ort.</p>	<p>2018–2023: Keine planungsrelevanten Konsequenzen aufgrund fehlender Rechtssicherheit</p> <p>2019: Ergänzende Stellungnahme der auffälligen Krankenhäuser</p> <p>Jedoch Etablierung eines Verfahrens nach Veröffentlichung der plan. QI-Ergebnisse mit Einforderung einer Stellungnahme des betreffenden KH und ggf. Durchführung anschließender Maßnahmen</p>	<p>2018–2023: Keine Entwicklung von Qualitätsindikatoren – Orientierung an G-BA und IQTIG-Vorgaben; Qualitätsanforderungen über Fachprogramme im KH-Plan</p> <p>2023: Bei Durchführung von Fachprogrammen seitens des StMGP als Krankenhausplanungsbehörde plan. QI-Ergebnisse mit in die Bewertung einbezogen</p>
Berlin	<p>2018–2020: Prüfung der Geltung für KH-Planung</p> <p>2023: Ja; kein pauschaler Ausschluss; Empfehlungen des G-BA zu den plan. QI können in den KH-Plan aufgenommen werden</p>	<p>2018: Prüfung der plan. QI auf Eignung</p> <p>2018–2020: Ggf. bei Eignung</p> <p>2023: Ggf. einzelne plan. QI nach Prüfung der Eignung</p>	<p>2018–2020; 2023: Nach Ergebnisübermittlung Kontaktaufnahme mit KH mit der Bitte um Schilderung des Sachverhalts, der zur Auffälligkeit geführt hat; ggf. Einleitung individueller qualitätsfördernder Maßnahmen</p>	<p>2018–2020; 2023: Erst nachdem Definition der Rechtsbegrifflichkeiten von „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ erfolgt ist</p>	<p>2018–2021: Umfangreiche Qualitätsvorgaben zu einzelnen Fachbereichen</p> <p>2023: Weiterentwickelte Qualitätsvorgaben zu verschiedenen Fachbereichen über die Anforderungen an plan. QI hinausgehend</p>

Bundesland	D: Geltung gemäß § 6 Abs. 1a Satz 1a KHG (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI für KH-Planung (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI in Bezug auf Qualitätsförderung	F: Rückmeldung zum Behördenverfahren bei Nutzung	G: Berücksichtigung weiterer Qualitätsanforderungen
Brandenburg	2018: lfd. Gesetzgebungsverfahren 2019: Geltung von plan. QI, falls im KH-Plan durch landesgesetzlich vorgesehene Verfahren vorgesehen 2021 & 2023: Nein, keine Eignung für KH-planerische Entscheidungen (einzeln oder als QI-Set)	2017–2018: Prüfung der plan. QI auf Eignung 2018–2019: nach Übermittlung der Ergebnisse zum EJ; Prüfung auf Eignung 2017/2018: Prüfung 2021 & 2023 : Nein	2018: Ggf. Dialog mit KH / Einleitung qualitätsfördernder Maßnahmen 2019 & 2023: Dialog mit KH und ggf. Einleitung qualitätsfördernder Maßnahmen	2018–2019: Verweis auf Angabe zu Spalte E 2021 & 2023: Hinweisen wird nachgegangen; Regelung über eine Verfahrensordnung; Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz kann Maßnahmen durchsetzen nach Rückmeldung durch Lenkungsausschuss, problematisch: fehlende Kompatibilität der plan. QI mit der beplanten Fachabteilungsstruktur	2018–2021: Vorgaben zu Strukturqualität (kein Bezug zu QS-Verfahren der plan. QI) 2023: Weist Vorgaben zur Strukturqualität in einzelnen Fachgebieten aus

Bundesland	D: Geltung gemäß § 6 Abs. 1a Satz 1a KHG (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI für KH-Planung (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI in Bezug auf Qualitätsförderung	F: Rückmeldung zum Behördenverfahren bei Nutzung	G: Berücksichtigung weiterer Qualitätsanforderungen
Bremen	<p>2018–2020: Im Rahmen der Novellierung vorgesehen; Ausschluss per Rechtsverordnung im Einzelfall möglich, falls keine Qualitätsdifferenzierung/Gesamtschau des Indikatorensets ermöglicht keine Bewertung der Versorgungsqualität der Fachabteilung</p> <p>2021 & 2023: Ja</p>	<p>2018–2020: Ja, im Rahmen der Novellierung vorgesehen bei erweiterter Qualitätsdifferenzierung („in erheblichem Maße unzureichende Qualität“) und Bewertung der Versorgungsqualität einer FA; aufgrund der Planungstiefe Anschluss der Bewertung an Subdisziplinen gegeben; da keine Rechtssicherheit → grundsätzliche Nutzung bei zukünftigen Indikatorensets</p> <p>2021: Nein, fehlende Rechtssicherheit</p> <p>2023: Nach wie vor nein, fehlende Rechtssicherheit</p>	<p>2019–2020; 2021 & 2023: Die Ergebnisse und deren Aussagekraft wurden grundsätzlich mit den betroffenen Krankenhausträgern und der Bremischen Krankenhausgesellschaft beraten.</p>	<p>2018: Bisher nicht, Implementierung nach erfolgter Rechtssicherheit vorgesehen;</p> <p>2019–2020: siehe oben; Qualitätsdifferenzierung notwendig sowie Bezug zu Fachabteilung/Fachgebiet</p> <p>2021 & 2023: Derzeit nicht, aufgrund mangelnder Rechtssicherheit bei Entscheidungen der Landeskrankenhausplanung; Qualitätsdifferenzierung notwendig und Bezug zur derzeitigen Struktur (Fachgebiete); Behördenverfahren würde stark beteiligungsorientiert gestaltet</p>	<p>2018–2023: Nein – keine weiteren expliziten Qualitätsanforderungen; über die plan. QI hinaus werden aktuell bei Aufnahme in den Krankenhausplan eine Reihe von Voraussetzungen erfüllen, die eine hohe Versorgungsqualität sicherstellen sollen (u. a. ärztliche Weiterbildungsbefugnis; Weiterbildungsstätte, die mit gewissen Strukturvorhaltungen verbunden sind)</p> <p>→ indirekte Beeinflussung der Versorgungsqualität</p>

Bundesland	D: Geltung gemäß § 6 Abs. 1a Satz 1a KHG (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI für KH-Planung (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI in Bezug auf Qualitätsförderung	F: Rückmeldung zum Behördenverfahren bei Nutzung	G: Berücksichtigung weiterer Qualitätsanforderungen
Hamburg	2018–2023: Ja	2018–2023: Ja, grundsätzlich alle	2018–2023: --	2018–2023: Befassung des Landesausschusses für Krankenhaus- und Investitionsplanung	2018–2023: Ja: Rahmenvorgaben sowie auf Ebene der einzelnen Planungsbereiche bspw. Sicherstellung der kindgerechten Versorgung; Sicherstellung eines differenzierten Versorgungsangebots in der Geburtshilfe u. a. durch neonatologische Satelliteneinheiten vor Ort in den großen Geburtshilfen/Perinatalzentren
Hessen	2022 & 2023 lt. KH-Plan: ja; 2018–2023: keine Rückmeldung				
Mecklenburg-Vorpommern	2018, 2020–2023: Nein	2018: Ja, Einzelfallentscheidungen 2020–2023: Nein	2018, 2020–2023: --	2018: Nicht zutreffend 2020–2023: Austausch mit KH bei erstmaliger Feststellung von „unzureichender Qualität“; Aufforderung zur Erläuterung des KH zu Maßnahmen, um Qualitätsmangel zu beseitigen	2018; 2020–2023: Ja, siehe KH-Plan
Niedersachsen	2021: Ja 2023: lt. § 5 NKHG: ja	2021 & 2023: --	2021: Ja, führen von Gesprächen mit KH; Sensibilisierung und ggf. zukünftiges Abstellen vorhandener Mängel 2023: --	2021: Offen 2023: --	2021: Nein 2023: --

Bundesland	D: Geltung gemäß § 6 Abs. 1a Satz 1a KHG (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI für KH-Planung (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI in Bezug auf Qualitätsförderung	F: Rückmeldung zum Behördenverfahren bei Nutzung	G: Berücksichtigung weiterer Qualitätsanforderungen
<p>Nordrhein-Westfalen</p>	<p>2018, 2019: Verweis auf § 13 Abs. 2 KHGG NRW 2022 & 2023: lt. KH-Plan: nein, keine Geltung</p>	<p>2018: Empfehlung der Fachabteilung für tw. Übernahme – Vorschlag für 8 plan. QI (2 in modifizierter Form); in Prüfung. 2019: Nein 2023: --</p>	<p>2018, 2019; 2023: --</p>	<p>2018: Nach Mitteilung der „unzureichenden Qualität“, Prüfung durch Krankenhaus-Aufsicht hinsichtlich Einleitung von Maßnahmen 2019: Nach Mitteilung der „unzureichenden Qualität“, Prüfung durch Krankenhaus-Aufsicht Schritt 1: Einleitung von Maßnahmen (Stellungnahme); Schritt 2: Ggf. setzen einer Frist durch Aufsichtsbehörde zur Behebung des Qualitätsmangels und ggf. Einforderung von Sicherheitsmaßnahmen (bspw. Verzicht auf Durchführung bestimmter medizinischer Leistungen Schritt 3: Prüfung, ob KH den Aufgaben aus dem Feststellungsbescheid noch nachkommt mit der Möglichkeit zur Zurücknahme 2023: --</p>	<p>2018: Bisher keine Vorschläge auf Arbeitsebene; verbindliche Entscheidung steht aus 2019: Aufnahme von weiteren Qualitätsanforderungen derzeit im Abstimmungsprozess für KH-Plan 2023: --</p>

Bundesland	D: Geltung gemäß § 6 Abs. 1a Satz 1a KHG (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI für KH-Planung (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI in Bezug auf Qualitätsförderung	F: Rückmeldung zum Behördenverfahren bei Nutzung	G: Berücksichtigung weiterer Qualitätsanforderungen
Rheinland-Pfalz	2019–2021; 2023: Nein	2019–2021; 2023: Nein	2019–2021; 2023: --	2019–2021; 2023: --	2019–2021; 2023: Ja, Vorgaben in den Leistungsbereichen onkologische, herzmedizinische und neurovaskuläre Versorgung
Saarland	2018–2023: Ja	2018–2023: Ja	2018–2023: Ja, Dialog mit KH durch KH-Planungsbehörde	<p>2018–2022: Klärender Dialog unter Einbindung der Kostenträger; gemeinsam mit den Beteiligten Erarbeitung eines Vorgehens</p> <p>2020: Ein KH betroffen (QI „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“), Bewertung mit unzureichender Qualität → Führen eines umfangreichen Dialogs</p> <p>2021: Nach Übermittlung der Ergebnisse</p> <p>2022 & 2023: Nach Feststellung „unzureichender Qualität“ Austausch mit KH</p>	2018–2023: Ja, Vorgaben zu Mindestmengen Geburtshilfe (mind. 300 Geburten); Ausweisung von Chest Pain Units, Zentren und Berücksichtigung eines Geriatriekonzepts; bei Novellierung Schaffung einer Rechtsgrundlage für landeseigene Personalindikatoren

Bundesland	D: Geltung gemäß § 6 Abs. 1a Satz 1a KHG (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI für KH-Planung (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI in Bezug auf Qualitätsförderung	F: Rückmeldung zum Behördenverfahren bei Nutzung	G: Berücksichtigung weiterer Qualitätsanforderungen
Sachsen	2021: Ja 2023: Ja; § 5 Abs. 4 Nr. 1 SächsKHG eröffnet explizit die Möglichkeit der Einbeziehung von plan. QI in die Krankenhausplanung des Landes	2021 & 2023: Nein	2021 & 2023: --	2021 & 2023: Keine konkreten Überlegungen; Abstimmung mit sächs. KH-Planungsausschuss notwendig	2021: Nein, bisher nicht 2023: Nein, in Einzelfällen können Qualitätsaspekte im Krankenhausplanungsausschusses in rein informeller Form eingebracht werden; Novellierung der Pauschalförderung für Plankrankenhäuser == > erhöhte Zuwendung bei der Teilnahme an qualitätsfördernden Maßnahmen
Sachsen-Anhalt	2018: Unklar wg. Novellierung des KH-Gesetzes 2019: Novellierung des KH-Gesetzes → keine Geltung 2023: Ja	2018: Prinzipiell Nutzung geplant 2019: Ggf. Im Rahmen der Fortschreibung des KH-Plans 2023: --	2018, 2019, 2023: --	2018: Verweis auf Angabe in Spalte E 2019: Bei Abweichung vom Versorgungsauftrag kann es zur Anhörung durch Krankenhausplanungsausschuss kommen; ggf. Einschränkung der Leistung und Überprüfung der Einhaltung durch MD 2023: --	2018: Rahmenvorgaben derzeit in Überarbeitung 2019: Im Rahmen der Fortschreibung des KH-Plans 2023: Entwicklung und Fortschreibung von Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele

Bundesland	D: Geltung gemäß § 6 Abs. 1a Satz 1a KHG (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI für KH-Planung (ja/nein)	E: Nutzung plan. QI in Bezug auf Qualitätsförderung	F: Rückmeldung zum Behördenverfahren bei Nutzung	G: Berücksichtigung weiterer Qualitätsanforderungen
Schleswig-Holstein	2018-2019, 2021-2023: Nein	2018-2019: Nein, Prüfung aber vorgesehen, 2021-2023: Nein	2018-2019, 2021-2023: --	2018-2019, 2021-2022: Derzeit noch nicht festgelegt 2023: Nach wie vor nicht festgelegt	2022: Leistungsgruppenorientierte Planung anhand verschiedener Struktur- und Qualitätskriterien vorgesehen 2023: Definierte Strukturanforderungen für einzelne Versorgungsbereiche; weitere in Planung
Thüringen	2018, 2019, 2021: Nein 2023: Nein; Anwendungsausschluss	2018: Noch offen 2019, 2021, 2023: Nein	2018, 2019; 2021; 2023: --	2018: Bisher keine Etablierung eines Verfahrens 2019: Abstimmung eines Verfahrens 2021 & 2023: Bisher keine Etablierung eines Verfahrens	2018; 2019; 2021; 2023: Ja, gemäß Verordnung über Qualitäts- und Strukturanforderungen nach § 4 Abs. 3 des Thüringer Krankenhausgesetzes

Legende: -- = keine Angabe; Keine Rückmeldung = keine Übermittlung zur Abfrage durch LPB

4.2.1 Darstellung der Ergebnisse zur Frage „Wird oder wurde die Geltung einzelner oder aller plan. QI gemäß § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG durch Landesrecht aufgehoben (D)“?

Nach aktuellem Stand der Abfrage im Jahr 2023 haben die Hälfte der Bundesländer gemäß ihrer Rückmeldungen – Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Sachsen – die vollumfängliche Geltung der plan. QI gemäß § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG durch das Landesrecht nicht ausgeschlossen. Für Hessen, Niedersachsen sowie Nordrhein-Westfalen wurden diesbezüglich keine Informationen zurückgemeldet, sodass die Informationen den jeweiligen Krankenhausplänen/Krankenhausgesetzen entnommen werden mussten (Stand November 2023). Zur Abfrage im vorhergehenden Jahr 2022 hatten knapp die Hälfte der Bundesländer – Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen – die vollumfängliche Geltung der plan. QI gemäß § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG durch das Landesrecht nicht ausgeschlossen. Für Hessen, Berlin sowie Nordrhein-Westfalen wurden diesbezüglich keine Informationen zurückgemeldet, sodass die Informationen den jeweiligen Krankenhausplänen entnommen werden mussten (Stand Januar 2023). Befand sich 2018 und 2019 die Frage nach der Geltung der plan. QI noch von fünf Bundesländern in Prüfung, war 2022 diesbezüglich eine definitive Entscheidung gefallen. Die LPB Berlin hatte bis 2020 angegeben, die Geltung im Rahmen der Novellierung des Krankenhausplans zu prüfen. 2023 wurde zurückgemeldet, dass die Empfehlungen des G-BA zu den plan. QI in den KH-Plan aufgenommen werden können und es somit keinen pauschalen Ausschluss geben würde. Die LPB Bremen meldete in den Jahren 2018 bis 2020 zurück, dass die vollumfängliche Geltung im Rahmen der Novellierung zukünftig geplant sei, jedoch auch vorzeitig ein Ausschluss per Rechtsverordnung möglich wäre. In den Abfragejahren 2021 und 2023 wurde von der LPB Bremen dann die Geltung der plan. QI bestätigt. Ein ähnlicher Sachverhalt wie in Berlin wurde auch aus Sachsen-Anhalt mitgeteilt, 2018 könnte dazu keine Aussage gemacht werden, da das Krankenhausgesetz in der Novellierung war. Im Jahr 2019, im Rahmen der Novellierung, wurde die vollumfängliche Geltung ausgeschlossen. Das Bundesland Brandenburg verwies 2018 auf das noch laufende Gesetzgebungsverfahren. Im darauffolgenden Jahr 2019 wurde die Geltung der plan. QI bestätigt, falls diese im Krankenhausplan durch landesgesetzliche Verfahren vorgesehen seien. Im Jahr 2021 folgte dann die Entscheidung, dass die plan. QI keine Eignung für die krankenhauserplanerische Entscheidung haben werden. Die LPB Nordrhein-Westfalen verwies in den Jahren 2018 und 2019 auf das KHGG NRW § 13 Abs. 2, in welchem keine Hinweise auf die plan. QI zu finden sind. Zum aktuellen Zeitpunkt ist laut Krankenhausplan keine Geltung vorgesehen

4.2.2 Darstellung der Ergebnisse zur Frage nach der Nutzung der plan. QI-Ergebnisse im Rahmen der Krankenhausplanung (E) sowie der Etablierung eines Behördenverfahrens (F)

Die Landesplanungsbehörden sollten ebenfalls darlegen, inwiefern sie die Ergebnisse, ggf. trotz Ausschluss der unmittelbaren Geltung gemäß § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG, bereits im Rahmen ihrer Krankenhausplanung nutzen. Die dazugehörigen Fragen lauteten „Wird oder werden die Ergeb-

nisse zu den plan. QI im Rahmen der Krankenhausplanung bereits verwendet (ggf. trotz Ausschluss gemäß § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG)?“ zu Abschnitt (E)? sowie „Wie wird in Ihrem Bundesland voraussichtlich ein ‚Behördenverfahren‘ bei Feststellung von ‚unzureichender Qualität‘ seitens des G-BA aussehen?“ zu Abschnitt (F).

Die aus den Antworten extrahierten Informationen sind in Tabelle 10 dargestellt und informieren darüber:

- inwiefern die Ergebnisse der plan. QI im Rahmen der Krankenhausplanung bereits genutzt werden (ggf. trotz Ausschluss aus dem Krankenhausplan),
- ob im Falle von statistisch auffälligen Ergebnissen bzw. bei Bewertungen mit „unzureichender Qualität“ der plan. QI bereits ein Behördenverfahren in Planung bzw. bereits ein Vorgehen etabliert ist.

Im Rahmen der Auswertung der rückgemeldeten Informationen wurde eine Antwort dann im Sinne der Fragestellung als „Ja, die Ergebnisse werden genutzt“ gewertet, wenn entweder das Bundesland dies direkt mitteilte oder wenn bei Sichtung der Antworten ein Rückschluss darauf gezogen werden konnte, dass das Land die Ergebnisse bereits nutzte. Die Rückmeldungen der Landesplanungsbehörden wichen in ihrer Detailtiefe voneinander ab, was Auswirkungen auf die Aussagekraft der Antworten und konsequenterweise auch auf die Beurteilung des jeweiligen Nutzungsgrades hatte. Hinsichtlich der Aktualität ist zu beachten, dass die Rückmeldungen zu unterschiedlichen Jahren erfolgten und hier nur eine Zusammenfassung wiedergegeben werden kann. Im Rahmen der Auswertung wurde außerdem zur besseren Einordnung der Ergebnisse bei der Frage nach der krankenhauplanerischen Nutzung dahingehend unterschieden, ob die Maßnahme im Rahmen der Krankenhausplanung oder aber im Hinblick auf Qualitätsförderung erfolgte.

4.2.2.1 Rückmeldungen zur Frage nach der Nutzung der plan. QI-Ergebnisse im Rahmen der Krankenhausplanung (E)

Im folgenden Abschnitt werden die Rückmeldungen zur Frage, ob die Ergebnisse zu den plan. QI im Rahmen der Krankenhausplanung bereits verwendet werden (ggf. trotz Ausschluss gemäß § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG), erläutert. Es werden daher alle Angaben über den gesamten Zeitraum zusammengefasst dargestellt. Im letzten Abfragejahr 2023 hatten 12 der 16 Landesplanungsbehörden verwertbare Angaben zu dem Punkt übermittelt, aus drei Bundesländern wurden keine Angaben zu dem Punkt geschickt (Brandenburg, Bremen, Saarland), und aus Hessen gab es keine Rückmeldung.

Krankenhausplanerische Nutzung

Zum Stand der Abfrage im Juni 2022 und ebenfalls im Mai 2023 gaben nur drei Landesplanungsbehörden an, die plan. QI-Ergebnisse tatsächlich krankenhauplanerisch zu nutzen (Bayern, Hamburg und Saarland). Bayern erläuterte hierzu, die Ergebnisse im Rahmen der Krankenhaus-

planung zu nutzen, lediglich der Folgeautomatismus gemäß § 6 Abs. 1a Satz 1 KHG sei ausgeschlossen. Nach Veröffentlichung der Ergebnisse von EJ 2017 im Jahr 2018 wurde ein Verfahren dahingehend etabliert, dass zuvorderst alle Krankenhäuser mit der Bewertung „unzureichender Qualität“ in einem plan. QI zur Abgabe einer Stellungnahme aufgefordert werden. Die eingegangenen Stellungnahmen werden geprüft und bewertet. Auf Grundlage des Prüfungsergebnisses werden in Abhängigkeit von Art und Umfang des jeweiligen Qualitätsverstoßes verschiedene Maßnahmen getroffen, insbesondere wurde jeweils ein Dialog geführt und die Leistungserbringer sicherten entsprechend zu, die Prozesse umzustellen. Als Konsequenz hatte im Jahr 2019 ein Krankenhaus mit sehr geringen Fallzahlen aufgrund einer Bewertung mit „unzureichender Qualität“ in einem mammachirurgischen Indikator die Operationen in diesem Fachbereich komplett eingestellt. Ein weiteres Haus hat die Zusammenarbeit mit einem Belegarzt beendet, der trotz mehrfacher Aufforderung durch die Klinikleitung nicht gemäß der Leitlinie zur Mammachirurgie bzw. indikatorgemäß gearbeitet hat. Die betreffenden Leistungen werden jetzt nur noch von klinikeigenem Personal durchgeführt. In den Jahren 2020 und 2021 wurde von der LPB Bayern ergänzt, dass eine Klinik mit geringen Fallzahlen aufgrund der Ergebnisse des Erfassungsjahres 2018 ihre mammachirurgischen Versorgungsleistungen ebenfalls eingestellt und eine andere Klinik sich zum Aufbau einer Hauptabteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe entschieden habe. In diesem Zusammenhang wurde die Anzahl der in der Klinik tätigen Belegärztinnen und -ärzte um 95 % reduziert. Alle im Krankenhaus Beschäftigten wurden danach verpflichtet, bei der Durchführung einer mammachirurgischen Versorgungsleistung gemäß der gültigen S3-Leitlinien vorzugehen. Hinsichtlich der Ergebnisse des letzten Erfassungsjahres (2021) wurde 2022 hinzugefügt, dass die aktuellen Konsequenzen noch nicht absehbar seien. Von der LPB Bayern wurde zur Abfrage 2023 zudem angemerkt, dass bisher keine krankenhauserplanerischen Konsequenzen aufgrund der fehlenden Rechtssicherheit gezogen worden seien. Aus dem Saarland wurden keine weiteren Informationen bzw. Beispiele angeführt. Die LPB Hamburg bejahte die Frage nach der krankenhauserplanerischen Nutzung dahingehend, dass grundsätzlich alle plan. QI krankenhauserplanerisch genutzt würden, ohne dies weiter auszuführen.

Die LPB Mecklenburg-Vorpommern meldete 2019 eine krankenhauserplanerische Nutzung der plan. QI für Einzelfallentscheidungen, für 2020 bis 2022 gab sie die Nicht-Nutzung der plan. QI-Ergebnisse an, was in der Abfrage 2023 erneut bestätigt wurde. Zwei Bundesländer meldeten zurück, dass sie die Ergebnisse aufgrund der mangelnden Rechtssicherheit nicht krankenhauserplanerisch nutzten, da keine Feststellung von „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ möglich und damit keine Grundlage für eine Entscheidung bzgl. der Krankenhausplanung gegeben sei (Baden-Württemberg und Bremen). Auch diese Angaben wurden 2023 bestätigt. Die LPB Baden-Württemberg ergänzte für die Jahre 2021 und 2023, dass keine Beplanung von Einzelleistungen, wie sie die plan. QI darstellten, möglich sei. Daher könne auch kein rechtssicherer Schluss auf die Qualität einer gesamten Abteilung gezogen werden. Aus dem Bundesland Brandenburg wurde für dieselben Abfragejahre angemerkt, dass die plan. QI weder einzeln noch als Set für eine krankenhauserplanerische Entscheidung geeignet seien. Das Bundesland Bremen argumentierte 2018 bis

2020 ähnlich, die plan. QI würden auch in der Gesamtschau keine Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung ermöglichen. Für die Jahre 2021 und 2023 gab Bremen außerdem die fehlende Rechtssicherheit als Grund an, die Ergebnisse der plan. QI nicht krankenhauserplanerisch zu nutzen. Die LPB Berlin meldete 2023 zurück, dass ggf. einzelne plan. QI nach Prüfung der Eignung für die Krankenhausplanung genutzt würden. Von den LPB Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt erfolgten 2023 keine Angaben zu diesem Punkt.

Nutzung in Bezug auf Qualitätsförderung

Die LPB Bremen und Brandenburg meldeten nach erfolgter Prüfung auf krankenhauserplanerische Eignung (2018–2020) 2021 und 2023 zurück, die Ergebnisse nicht krankenhauserplanerisch zu nutzen, gaben aber Beispiele für die Anwendung in Bezug auf Qualitätsförderung an. In Brandenburg wird mit den betroffenen Krankenhäusern in den Dialog getreten, und ggf. werden qualitätsfördernde Maßnahmen vereinbart, während in Bremen die „Ergebnisse und deren Aussagekraft“ grundsätzlich mit den betroffenen Krankenhäusern sowie der Bremischen Krankenhausgesellschaft beraten würden. In Niedersachsen würden laut zuständiger Landesplanungsbehörde die plan. QI-Ergebnisse nur zur Qualitätsförderung genutzt (2021). Dort würden mit den betroffenen Krankenhäusern Gespräche zur Sensibilisierung für die Problematik geführt, um zukünftige Versorgungsdefizite zu vermeiden. In der Abfrage 2023 gab es dazu keine konkreten Angaben. Im Saarland treten die Landesplanungsbehörden in einen Dialog mit den Krankenhäusern (2018–2023). Die LPB Berlin ergänzte nachträglich, dass nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens durch das IQTIG bei Auffälligkeiten die betroffenen Krankenhäuser um eine Schilderung des Sachverhalts gebeten würden. Je nach Darlegung würden dann ggf. qualitätsfördernde Maßnahmen eingeleitet.

Keine Nutzung (weder krankenhauserplanerisch noch in Bezug auf Qualitätsförderung)

Knapp die Hälfte aller Bundesländer meldete bis 2022 zurück, dass die Ergebnisse bisher nicht genutzt würden (Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen). Zum letzten Abfragezeitpunkt 2023 wurde diese Angabe von den folgenden sieben LPB bestätigt: Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen. Sachsen-Anhalt prüft diese Frage jeweils zur Fortschreibung des Krankenhausplans, da eine Nutzung grundsätzlich geplant sei, 2023 diesbezüglich aber keine Rückmeldung erfolgte. Die LPB Nordrhein-Westfalen meldete 2018 noch die Empfehlung zu einer teilweisen Übernahme der plan. QI zurück (reduziert auf acht Indikatoren in modifizierter Form), um dann 2019 zurückzumelden, dass keine krankenhauserplanerische Nutzung geplant sei. 2023 gab es hierzu keine Angabe. In Thüringen wurde eine krankenhauserplanerische Nutzung nur 2018 geprüft und danach eine Nicht-Nutzung zurückgemeldet (2019, 2020, 2023). Zur Rückmeldung der LPB Sachsen ist anzumerken, dass die plan. QI zwar eine Geltung im dortigen Krankenhausplan haben, aber nicht mit einer krankenhauserplanerischen Zielsetzung angewendet werden (2021 und 2023).

4.2.2.2 Darstellung der Ergebnisse zu der Frage: „Wie wird in Ihrem Bundesland voraussichtlich ein ‚Behördenverfahren‘ bei Feststellung von ‚unzureichender Qualität‘ seitens des G-BA aussehen“(F)?

Zum Abfrageabschnitt F „Rückmeldung zum Behördenverfahren bei Nutzung“ gab es die ausführlichsten Antworten. Einzig die LPB Rheinland-Pfalz machte zu diesem Unterpunkt der Abfrage keine Angaben (2019–2021; 2023). Nur für das Jahr 2023 gab es keine Anmerkungen der LPB Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen sowie Sachsen-Anhalt. Aus Hessen erfolgte, wie bereits mehrfach erwähnt, keine Rückmeldung über den gesamten Abfragezeitraum. Die Antworten erwiesen sich auch hier im Rahmen der Auswertung als sehr heterogen und enthielten inhaltliche Überschneidungen zu Frage E (Nutzung der plan. QI-Ergebnisse). Wie bei Angaben zu Frage E wurde auch hier zum Zwecke der Auswertung unterschieden, ob ein Behördenverfahren im Sinne der Vorbereitung eines Verwaltungsaktes mit anschließendem Erlass bspw. in Form eines Feststellungsbescheids etabliert wurde. Davon abzugrenzen wäre die Durchführung eines Stellungnahmeprozesses, wo zwar in Folge Maßnahmen zur Beseitigung des Versorgungsdefizits vereinbart würden, aber ohne die Konsequenz einer rechtlich verbindlichen Sanktionierung.

Durchführen von Maßnahmen

Aus drei Bundesländern erfolgte die Rückmeldung, dass Maßnahmen mit den betroffenen Krankenhäusern durchgeführt würden (Mecklenburg-Vorpommern 2018 sowie 2020 bis 2023, Bayern und Saarland über den gesamten Abfragezeitraum). Aus Mecklenburg-Vorpommern wurde im Jahr 2018 angegeben, dass es kein Behördenverfahren zur Nutzung der plan. QI gäbe. In den späteren Jahren 2020 bis 2023 wurde ein Vorgehen bei erstmaliger Feststellung von „unzureichender Qualität“ etabliert. Das betreffende Krankenhaus muss Maßnahmen darlegen, wie der Qualitätsmangel behoben werden kann. Die LPB Saarland schilderte im Jahr 2020, dass mit einem Krankenhaus mit der Bewertung „unzureichende Qualität“ im QI 51803 „Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen“ ein intensiver und umfangreicher Dialog geführt wurde.

Etablierung eines Behördenverfahrens

In vier Bundesländern war zum Stand der letzten Abfrage 2022 ein Behördenverfahren etabliert worden (Bayern, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt).

Aufgrund der fehlenden Rechtssicherheit des Verfahrens der plan. QI wurden bislang noch keine krankenhauserplanerischen Maßnahmen in Bayern gezogen. Jedoch wurde bereits auf Basis der Ergebnisse der plan. QI 2017 ein Verfahren mit einem Stellungnahmeprozess und darauffolgenden Maßnahmen etabliert. Aus Brandenburg wurde rückgemeldet, dass keine weiteren Maßnahmen als die in Abschnitt E (Nutzung der plan. QI-Ergebnisse) genannten durchgeführt würden. In den Jahren 2021 und 2023 wurde allerdings ergänzt, dass das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz jetzt Maßnahmen durchsetzen könne. Nach Einschätzung des Lenkungsausschusses wurde allerdings die mangelnde Kompatibilität der plan. QI mit der geplanten Fachabteilungsstruktur als problematisch eingeschätzt. Die LPB Nordrhein-Westfalen

meldete als Einzige zurück, dass sie bei einer Bewertung mit „unzureichender Qualität“ einen dreistufigen Eskalationsplan durchführten. Dieser bestehe aus dem Einfordern einer Stellungnahme, ggf. dem anschließenden Setzen einer Frist zur Behebung von Qualitätsmängeln durch das Krankenhaus und ggf. auch der „Einforderung von Sicherheitsmaßnahmen“ wie dem Einstellen der betreffenden Versorgungsleistungen. In Schritt drei erfolgt eine Prüfung, ob das Krankenhaus den Angaben aus dem Feststellungsbescheid Folge geleistet hat. Falls dies nicht der Fall sein sollte, kann dieser ggf. widerrufen werden (mit der Konsequenz, aus dem Krankenhausplan ausgeschlossen zu werden, Anmerkung IQTIG). Aus Sachsen-Anhalt wurde 2019 ein Verfahren beschrieben, das bei der Nicht-Einhaltung des Versorgungsauftrages angewendet werde. Es beinhaltet die Anhörung durch den Krankenhausplanungsausschuss mit ggf. Einschränkung der Leistungen bzw. Überprüfung der Einhaltung von Maßnahmen durch den Medizinischen Dienst.

Geplante bzw. (derzeit) keine Etablierung eines Behördenverfahrens

Von den insgesamt 16 Bundesländern hatten acht im Abfragezeitraum zurückgemeldet, dass es zurzeit noch kein Behördenverfahren gebe (Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen). Im Folgenden wird erläutert, in welchen Bundesländern kein Behördenverfahren geplant ist bzw., wenn doch, wie dieses ggf. ausgeführt werden sollte.

Von den LPB Berlin und Bremen wurde die Nicht-Nutzung der plan. QI und die Durchführung eines dazugehörigen Behördenverfahrens mit der fehlenden Rechtssicherheit begründet. Aus Berlin wurde ergänzt, dass die Etablierung eines Behördenverfahrens erst nach der Definition von „in erheblichem Maße unzureichender Qualität“ umgesetzt würde. Aus Bremen wurde außerdem angemerkt, dass eine Qualitätsdifferenzierung und ein Bezug zur Struktur der derzeitigen Landeskrankenhausplanung nötig sei (Fachplanung/ Fachgebiete). Ein Behördenverfahren wie im Rahmen der Krankenhausplanung würde typischerweise stark beteiligungsorientiert unter Einbezug aller relevanter Stakeholder durchgeführt werden (Krankenhaus- und Kostenträger als unmittelbar Beteiligte, ggf. Ärztekammer Bremen sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen als mittelbar Beteiligte). Die LPB Niedersachsen, Sachsen und Schleswig-Holstein meldeten zurück, dass die Frage nach der Etablierung eines Behördenverfahrens noch nicht entschieden sei. Die LPB Thüringen machte im Jahr 2019 die Angabe, dass ein Verfahren in der Abstimmung sei, das laut der Abfrage der darauffolgenden Jahre jedoch nicht akzeptiert wurde. Die LPB Baden-Württemberg meldete zu den Jahren 2018 und 2019 wie auch 2023 zurück, dass die Prüfung des Versorgungsauftrags bei einem Krankenhaus unter Einhaltung der Landesverwaltungsverfahrensgesetze in Erwägung gezogen werde. Aus Hamburg erfolgte zum gesamten Abfragezeitraum die Rückmeldung, dass ein Behördenverfahren in die Zuständigkeit des Landesausschusses für Krankenhaus- und Investitionsplanung falle.

4.2.3 Darstellung der Ergebnisse zur Frage „Wird oder werden darüber hinaus weitere Qualitätsanforderungen für die in der plan. QI-RL verankerten Leistungsbereiche verwendet (G)“?

Die Landesplanungsbehörden wurden zudem um Rückmeldungen zur Fragestellung gebeten, ob weitere Qualitätsanforderungen für die Krankenhausplanung berücksichtigt würden. Die Antworten zu dieser Frage variierten sehr stark und bezogen sich oftmals auf Qualitätsanforderungen ohne Bezug zu den plan. QI. Alle Landesplanungsbehörden mit Ausnahme der hessischen hatten im Zeitraum der Abfrage hierzu Angaben gemacht. Konkrete inhaltliche Angaben zu der Frage nach weitergehenden Qualitätsanforderungen erfolgten lediglich durch die LPB Hamburg und Saarland.

Keine weiteren Qualitätsanforderungen im Rahmen der Fachplanung (Krankenhausplan)

Die LPB Bremen (2018–2023), Niedersachsen und Sachsen verneinten die Frage (2021). Aus Sachsen wurde weitergehend erläutert, dass bisher keine quantifizierbaren Qualitätsanforderungen Berücksichtigung fänden, wobei zum Abfragejahr 2023 ausgeführt wurde, dass in Einzelfällen Qualitätsaspekte im Krankenhausplanungsausschuss in rein informeller Form eingebracht werden können. Außerdem wurde Plankrankenhäusern im Rahmen der Novellierung der Pauschalförderung eine erhöhte Zuwendung eingeräumt, wenn sie an qualitätsfördernden Maßnahmen teilnehmen. Qualitätsaspekte könnten in Einzelfällen von den Trägern in rein informeller Form per Antrag eingebracht werden.

Weitere Qualitätsanforderungen im Rahmen der Fachplanung (Krankenhausplan)

Die LPB Bayern meldete zum gesamten Zeitraum zurück, dass sie sich an den Anforderungen des G-BA orientieren würden und keine weiteren Qualitätsindikatoren entwickelt wurden. Generell seien die Qualitätsanforderungen über die Fachprogramme im Rahmen der Krankenhausplanung geregelt. Auch die LPB Baden-Württemberg meldete für die Abfragejahre 2018/2019 und 2023, dass sie zusätzliche Qualitätsanforderungen über die Fachplanung und Vereinbarungen mit den Krankenkassen/Ersatzkassen (Vergütungsvorschriften) abdeckten, wodurch folglich nur ein mittelbarer Einfluss auf die KH-Planung entstehe. Ferner wurde ausgeführt, dass eine mögliche Folge des Ausschlusses einer Klinik aus dem KH-Plan eine potenzielle Versorgungslücke zur Folge habe. Außerdem sei die Einhaltung der Qualitätsvorgaben durch den aktuellen Fachkräftemangel gefährdet, weswegen der Schwerpunkt der Landesplanung auf die flächendeckende Versorgung gelegt wurde. Aus Bremen wurde mitgeteilt, dass mit der Aufnahme in den Krankenhausplan des Landes Bremen sich die Krankenhäuser grundsätzlich zur Einhaltung von Maßnahmen der Qualitätssicherung nach dem SGB V verpflichten (2018–2023). Berlin (2020 und 2023), Brandenburg (2018–2021; 2023) und Rheinland-Pfalz (2019–2021; 2023) meldeten umfangreiche Qualitätsvorgaben, allerdings ohne Bezug zum Verfahren *plan. QI*. 2023 wurde durch die LPB Berlin ergänzt, dass im KH-Plan 2020 weiterentwickelte Qualitätsvorgaben aufgelistet seien, die über die Vorgaben der *plan. QI* hinausreichten.

Die LPB Nordrhein-Westfalen gab 2018 an, dass derzeit eine verbindliche Entscheidung noch ausstehe und 2019 weitere Qualitätsanforderungen im Abstimmungsprozess seien. Für 2023 erfolgten hierzu keine Ausführungen. Die LPB Sachsen-Anhalt gab 2018 an, dass die Rahmenvorgaben derzeit überarbeitet würden und 2019 dann im Rahmen der Fortschreibung des Krankenhausplans verabschiedet wurden. Für 2023 wurde ergänzt, dass Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele durch die zuständige Behörde in Verbund mit den kommunalen Spitzenverbänden Sachsen-Anhalts, der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V., der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt, den Verbänden der Krankenkassen in Sachsen-Anhalt sowie dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. entwickelt und fortgeschrieben würden. Die LPB Schleswig-Holstein verwies ohne weitere Ausführungen darauf, dass eine leistungsgruppenorientierte Planung anhand verschiedener Struktur- und Qualitätskriterien vorgesehen sei (2022), für die 2023 die rechtliche Grundlage geschaffen wurde. In Thüringen würden Qualitätsanforderungen gemäß der „Verordnung über Qualitäts- und Strukturanforderungen nach § 4 Abs. 3 des Thüringer Krankenhausgesetzes“ beplant (2018–2019, 2021, 2023).

Weitere Qualitätsanforderungen im Rahmen der Fachplanung (Krankenhausplan) mit Bezug zum Verfahren *plan. QI*

Die LPB Hamburg meldete über den gesamten Abfragezeitraum zurück, dass Rahmenvorgaben bzgl. *plan. QI*-relevanter Qualitätsanforderungen ausgewiesen würden. Auf Ebene der Planungsbereiche gebe es ebenso Vorgaben, bspw. zur Gewährleistung einer kindgerechten Versorgung oder auch eines vielfältigen Versorgungsangebots in der Geburtshilfe durch neonatologische Satelliteneinheiten in den großen Geburtshilfen-/Perinatalzentren. Die LPB Mecklenburg-Vorpommern verwies ohne weitere Ausführungen auf den Krankenhausplan (2018; 2020–2023). Das Saarland informiert über die „Ausweisung von Zentren“ und über „weitere landeseigene Qualitätsvorgaben“ wie Vorgaben zur Mindestmenge von 300 Geburten innerhalb der Abteilung Geburtshilfe (2018–2023).

4.2.4 Darstellung der Ergebnisse zum Stand der *plan. QI*-relevanten Fachabteilungen / Standorte / Krankenhäuser (A), Stand bei Schließungen aus Qualitätsgründen (B) sowie zu geplanten Schließungen bis 2025 (C)

Dieser Abschnitt beinhaltet die Auswertung zum Stand der Fachabteilungen und wurde analog der Reihenfolge in der Abfrage in die drei Teile A, B und C unterteilt. Die erste Frage A bildet den aktuellen Stand der Fachabteilungen zu den Leistungsbereichen der *plan. QI*-relevanten Verfahren *QS GYN-OP*, *QS PM (PM-GEBH)* sowie *QS MC* ab. Im Detail wurde nach der aktuellen Anzahl der Fachabteilungen sowie der Anzahl der Standorte mit der jeweiligen Fachabteilung/Anzahl der Krankenhäuser mit Erbringung zu *plan. QI*-relevanten Versorgungsleistungen gefragt. In Teil B sollten die Landesplanungsbehörden angeben, ob und wie viele Fachabteilungen und Standorte in den letzten Jahren aus Qualitätsgründen teilweise oder ganz geschlossen wurden (Tabelle 11).

Der letzte Teil C ging der Frage nach, ob bis zum Jahr 2025 Schließungen geplant seien (Tabelle 12). Legenden zum besseren Verständnis der Lesart sind jeweils im Anschluss angefügt.

Insgesamt lagen zum gesamten Abfragezeitraum 2018 bis 2023 Rückmeldungen von Landesplanungsbehörden aus 15 Bundesländern vor. Von der LPB Hessen wurde zu keinem Abfragezeitpunkt Angaben bzw. Anzahlen übermittelt. Aus den Bundesländern Bayern, Saarland und Schleswig-Holstein liegen aus allen Jahren des genannten Zeitraumes Daten vor. Hamburg hat bis auf das Jahr 2020 ebenfalls alle Angaben bzw. Anzahlen im genannten Abfragezeitraum übermittelt. Aus Sachsen erfolgte nur für die Jahre 2021 sowie 2023 eine Angabe. Die LPB Mecklenburg-Vorpommern teilte mit, dass es in ihrem Bundesland keine Fachabteilungen gemäß Krankenhausplan gebe. Alle rückmeldenden Bundesländer mit Ausnahme von Bayern haben als Stichtag für die zu übermittelnden Daten den 30. Juni des aktuellen Verfahrensjahres angegeben, die bayerischen Landesplanungsbehörden haben den 1. Januar des aktuellen Verfahrensjahres als Stichtag gewählt.

4.2.4.1 Anzahl der Fachabteilungen/Standorte/Krankenhäuser mit Erbringung von Leistungen zu den plan. QI-relevanten Leistungsbereichen (A)

Für diesen ersten Teil der Abfrage (A) wurden nach Rücksprache mit Vertreterinnen und Vertretern der Landesplanungsbehörden vorab folgende Fachabteilungen festgelegt:

- Gynäkologie und Frauenheilkunde
- Gynäkologie und Geburtshilfe
- Geburtshilfe
- Brustkrebszentrum
- weitere Fachabteilungen mit Bezug zu Gynäkologischen Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie

Beide Vertreter/-innen der Landesplanungsbehörde wiesen das IQTIG im Vorfeld darauf hin, dass viele Länder vermutlich keine Auskunft darüber geben könnten, wo Brustkrebszentren oder mammachirurgische Abteilungen verortet seien, da ihnen diese Detailinformationen nicht immer vorlägen. Die Auswertung bestätigte diese Annahme. Zum Fachgebiet oder zur Fachabteilung „Mammachirurgie“ konnten daher keine Angaben im ersten Abfragezeitraum zum Zwischenbericht (2018–2020) extrahiert werden (IQTIG 2020). Aufgrund dessen wurde die Abfrage ab 2021 dahingehend geändert, dass nur noch nach der Beplanung von „Brustkrebszentren“ gefragt wurde. Bezogen auf die einzelnen Bundesländer zeigte sich im Rahmen der Auswertung zu Teil A der Abfrage ein sehr heterogenes Bild sowohl hinsichtlich der Bezeichnung der Fachabteilungen als auch der hierfür übermittelten Zahlen. In Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern werden die Bereiche Gynäkologie/Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Mammachirurgie zusammengefasst als Gynäkologie und Geburtshilfe ausgewiesen, wodurch eine Differenzierung nach Fachrichtung unmöglich ist. In Thüringen wiederum werden die Fachbereiche Geburtshilfe, Mammachirurgie und Brustkrebszentren nicht beplant, weshalb keine Anzahlen übermittelt werden konnten. Auch in Sachsen-Anhalt werden die abgefragten Fachabteilungen

als „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ sowie „Frauenheilkunde“ ausgewiesen. In Schleswig-Holstein wird von allen abgefragten Fachabteilungen ausschließlich die Abteilung „Gynäkologie/Geburtshilfe“ geführt. Im Bundesland Bayern wiederum wird das Fachgebiet „Geburtshilfe“ nicht gesondert beplant, weshalb hierzu keine Angaben übermittelt werden konnten. Die LPB Berlin übermittelte nur für die Abfragejahre 2018, 2020 und 2023 Informationen zu der „Anzahl Standorte mit Fachabteilung“ für die Fachabteilungen „Gynäkologie und Geburtshilfe“ zurück, und die LPB Hamburg gab an, dass zwei Standorte als onkologische Zentren gem. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG (G-BA Zentren)“ beplant werden. Brustkrebszentren werden nach der G-BA-Richtlinie nicht gesondert ausgewiesen. Ein Brustkrebszentrum ist in Hamburg seit dem 1. Januar 2018 auf der Basis von § 9 Abs. 1a Nr. 2 KHEntgG a.F. (Fassung vom 17.07.2017) ausgewiesen. Brustkrebszentren werden, wie beschrieben, nicht von allen Landesplanungsbehörden gesondert ausgewiesen. Ausführlichere Rückmeldungen zu den Brustkrebszentren liegen aus den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern und dem Saarland vor. Aus Mecklenburg-Vorpommern wurde rückgemeldet, dass keine Fachabteilung „Brustkrebszentrum“ gemäß Krankenhausplan existiert. Aus Sachsen wurde gemeldet, diese würden unter den onkologischen Zentren geführt.

Anzahl der Fachabteilungen: Ergebnisse

Um eine Aussage zu den sich verändernden Anzahlen der Fachabteilungen mit plan. QI-relevanten Versorgungsleistungen treffen zu können, wurde der Stand im Jahr der Einführung 2017 mit den Angaben zu 2023 verglichen.

Die meisten Bundesländer meldeten geringe Veränderungen zwischen den Anzahlen im Jahr der Einführung der plan. QI 2017 und dem letzten Zeitpunkt der Abfrage 2023 (Rückgang um max. n = 5 in den Fachbereichen Frauenheilkunde/Geburtshilfe bzw. Gynäkologie/Geburtshilfe, da diese Disziplinen in der Regel gemeinsam ausgewiesen werden). Eine Ausnahme bilden dabei die Bundesländer Niedersachsen (Frauenheilkunde/Geburtshilfe: 10 Standorte mit Fachabteilungen) und Bayern (Gynäkologie/Geburtshilfe: 10 Fachabteilungen/Standorte mit Fachabteilungen/Krankenhäuser).

Die LPB Baden-Württemberg übermittelte keine aktuellen Zahlen, und aus Hessen gab es keine Rückmeldung insgesamt. Die Angaben aus dem Bundesland Rheinland-Pfalz konnten nicht verwertet werden. Dort wurde für 2022 ein Anstieg um 100 % gemeldet, der aber auf Nachfrage bei der Landesplanungsbehörde dahingehend plausibilisiert wurde, dass die Anzahlen durch unterschiedliche Zählweisen ermittelt wurden. Die von Nordrhein-Westfalen übermittelten Anzahlen wiesen den deutlichsten Rückgang auf (Frauenheilkunde/Geburtshilfe: 116 Fachabteilungen; 47 Standorte mit Fachabteilungen; Brustkrebszentren: 5 Krankenhäuser mit Fachabteilung für 47 Fachabteilungen, 23 Standorte mit Fachabteilungen und 33 Krankenhäuser mit Fachabteilungen). Die Landesplanungsbehörde wurde deswegen kontaktiert; zum Zeitpunkt der Fertigstellung des Berichts erfolgte die Rückmeldung, dass die Zählweise unterschiedlich gehandhabt werde bzw. von einer Bezirksregierung keine Zahlen gemeldet worden seien. Der Rückgang in der hier dargestellten Höhe wurde also nicht bestätigt.

Es lässt sich zusammenfassend erkennen, dass in den Bundesländern insgesamt nur schwache Veränderungen in den Anzahlen der Fachabteilungen erkennbar sind – bis auf die beschriebenen Auffälligkeiten in Niedersachsen und Bayern, hier ist ein deutlicherer Rückgang zu erkennen ($n = 10$), sowie Nordrhein-Westfalen, wo der stärkste Rückgang zu verzeichnen ist ($n = 116$). Allerdings konnten drei Bundesländer nicht in die Auswertung einbezogen werden (Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz).

4.2.4.2 Anzahl von Fachabteilungen/ Standorten, die aus Qualitätsgründen ganz oder teilweise geschlossen wurden (B)

Vor Darstellung der Ergebnisse sei darauf hingewiesen, dass die Abfrage inhaltlich im Jahr 2021 dahingehend angepasst wurde, dass nur noch die Frage zur Schließung von Fachabteilungen mit Bezug zu Qualitätsgründen gestellt wurde – die Frage nach Schließungen generell wurde gestrichen, da sie keinen Bezug zum Verfahren *plan. QI* hat. In diesem Abschnitt werden daher die Angaben zu der Frage dargestellt, ob Schließungen aus Qualitätsgründen in Fachabteilungen / bei Standorten seit der Einführung des Verfahrens *plan. QI* erfolgten und wenn ja, wie viele davon betroffen waren. Ein Überblick über die Angaben ist in Tabelle 11 zu finden. Hinsichtlich der Aktualität der Rückmeldungen muss darauf hingewiesen werden, dass aus Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen keine Angaben zur Abfrage 2023 erfolgten. Außerdem liegen auch weiterhin keine Informationen aus Hessen vor.

Zusammenfassend betrachtet kam es im gesamten Abfragezeitraum 2018–2023 zu keiner berichteten Schließung einer Fachabteilung/eines Standorts aus Qualitätsgründen.

Tabelle 11: Rückmeldungen zur Abfrage bezüglich aus Qualitätsgründen ganz oder teilweise geschlossener Fachabteilungen und Standorte, 2018–2023)

Bundesland	Es sind keine Schließungen aus Qualitätsgründen erfolgt						Schließung ja/nein?
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
Bayern	X	X	X	X	X	X	nein
Baden-Württemberg	X	X	keine Rückmeldung	X	keine Rückmeldung	X	nein
Berlin	X	keine Angabe	X	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	X	nein
Brandenburg	X	keine Angabe	keine Rückmeldung	X	keine Rückmeldung	X	nein
Bremen	X	X	X	X	keine Rückmeldung	X	nein
Hamburg	X	X	kein X	X	X	kein X	nein
Hessen	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung
Meckl.-Vorpommern	X	keine Rückmeldung	X	X	X	X	nein
Niedersachsen	X	keine Angabe	keine Angabe	X	keine Rückmeldung	keine Angabe	nein
NRW	X	X	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	keine Angabe	nein
Rheinland-Pfalz	keine Rückmeldung	X	X	X	keine Rückmeldung	X	nein
Saarland	X	X	X	X	X	X	nein
Sachsen	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	X	keine Rückmeldung	X	nein
Sachsen-Anhalt	X	X	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	X	nein
Schleswig-Holstein	X	X	keine Angabe	X	X	X	nein
Thüringen	X	X	keine Rückmeldung	X	keine Rückmeldung	X	nein

Legende: X = Rückmeldung erfolgt; keine Angabe = Rückmeldung zum Abfragezeitpunkt erhalten ohne Angabe; keine Rückmeldung = keine Rückmeldung zum Abfragezeitpunkt erhalten

4.2.4.3 Geplante Schließungen von Fachabteilungen oder Standorten bis 2025 (C)

In diesem letzten Abschnitt werden die Angaben zur Frage in C nach geplanten Schließungen von Fachabteilungen oder Standorten bis 2025 dargestellt. Die Ermittlung von (aus Qualitätsgründen) geplanten Schließungen erfolgte über die Abfrage und die Antwortmöglichkeit: „Es sind keine Schließungen aus Qualitätsgründen geplant“ sowie „Schließungen derzeit noch nicht absehbar“. Zur Erfassung der Anzahl geplanter Schließungen wurde den Landesplanungsbehörden analog zur Abfrage bereits erfolgter Schließungen eine Tabelle zur Erfassung konkreter Zahlen zur Verfügung gestellt.

In Tabelle 12 werden nur die Rückmeldungen der Jahre 2021 bis 2023 dargestellt, während im Text die Angaben des gesamten Abfragezeitraums erläutert werden. Eine Legende zum besseren Verständnis der Lesart ist im Anschluss angefügt. Im Zeitraum 2018 bis 2020 wurde aus insgesamt zehn Bundesländern zurückgemeldet, dass Schließungen noch nicht absehbar seien, und aus fünf, dass keine Schließungen geplant seien. Im neuen Abfragezeitraum 2021 bis 2023 hatten fast alle Landesplanungsbehörden eine Rückmeldungen gegeben. Verwertbar war aber nur die Angabe der LPB Mecklenburg-Vorpommern, die „0“ Schließungen plant. Die Frage, ob Schließungen im Abfragezeitraum 2021 bis 2023 aus Qualitätsgründen geplant seien, verneinten alle 15 Bundesländer, die eine Rückmeldung gegeben hatten. Die Frage, ob Schließungen aus Qualitätsgründen geplant seien, wurde ebenfalls von allen 15 Bundesländern, die eine Rückmeldung übermittelt hatten, verneint. Bis 2025 seien Schließungen in Bayern, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Sachsen nicht absehbar (Tabelle 12).

Tabelle 12: Rückmeldungen zur Abfrage bezüglich geplanter Schließungen von Fachabteilungen oder Standorten (nach Abfragejahren)

Bundesland	Es sind keine Schließungen geplant				Es sind keine Schließungen aus Qualitätsgründen geplant				Schließungen sind derzeit noch nicht absehbar			
	2021	2022	2023	Gesamt	2021	2022	2023	Gesamt	2021	2022	2023	Gesamt
Bayern	--	--	--	n. a.	X	X	--	nein	X	--	--	nein
Baden-Württemberg	--	keine Rückmeldung	--	n. a.	X	keine Rückmeldung	X	nein	--	keine Rückmeldung	--	n. a.
Berlin	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	--	n. a.	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	X	nein	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	--	n. a.
Brandenburg	--	keine Rückmeldung	--	n. a.	--	keine Rückmeldung	--	n. a.	X	keine Rückmeldung	X	nein
Bremen	--	keine Rückmeldung	--	n. a.	X	keine Rückmeldung	X	nein	--	keine Rückmeldung	X	nein
Hamburg	X	X	X	nein	X	X	X	nein	X	X	X	nein
Hessen	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	n. a.	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung		n. a.	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	n. a.
Mecklenburg-Vorpommern	0	--	--	0 Schließungen geplant	X	X	X	nein	X	X	X	nein
Niedersachsen	--	keine Rückmeldung	--	n. a.	X	keine Rückmeldung	X	nein	X	keine Rückmeldung	--	nein

Bundesland	Es sind keine Schließungen geplant				Es sind keine Schließungen aus Qualitätsgründen geplant				Schließungen sind derzeit noch nicht absehbar			
	2021	2022	2023	Gesamt	2021	2022	2023	Gesamt	2021	2022	2023	Gesamt
NRW	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	--	n. a.	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	--	n. a.	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	--	n. a.
Rheinland-Pfalz	--	keine Rückmeldung	--	n. a.	X	keine Rückmeldung	X	nein	X	keine Rückmeldung	X	nein
Saarland	--	--	--	n. a.	X	X	X	nein	--	--	X	nein
Sachsen	--	keine Rückmeldung	--	n. a.	X	keine Rückmeldung	X	nein	--	keine Rückmeldung	X	nein
Sachsen-Anhalt	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	--	n. a.	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	X	nein	keine Rückmeldung	keine Rückmeldung	--	n. a.
Schleswig-Holstein	--	--	--	n. a.	X	X	X	nein	--	--	--	n. a.
Thüringen	--	keine Rückmeldung	--	n. a.	X	keine Rückmeldung	X	nein	--	keine Rückmeldung	--	n. a.

Legende: -- = keine Angabe; n. a. = nicht auswertbar (aufgrund mangelnder Angaben/ nicht erfolgter Rückmeldungen), X = Anklicken in Checkbox „nein“

4.2.5 Zusammenfassung der Rückmeldungen der Landesplanungsbehörden

Zusammenfassend zeigt sich, dass alle Landesplanungsbehörden im gesamten Abfragezeitraum bis auf Hessen (im letzten Jahr trotz mehrfacher Erinnerung per E-Mail und telefonisch) im Verlauf der Begleitevaluation zu mindestens einer Abfrage eine Rückmeldung gegeben haben. Allerdings variierte die Zahl der Rückmeldungen pro Abfragezeitpunkt erheblich, insbesondere im ersten Jahr nach der Aussetzung des Verfahrens *plan. QI* aufgrund der Coronapandemie. In diesem Zeitraum wurde ein starker Rückgang verzeichnet, da das richtlinienkonforme Verfahren nach *plan. QI-RL* ausgesetzt wurde. Nach Wiedereinsetzen des Verfahrens nahm die Anzahl der Rückmeldungen dann wieder zu, auch wenn im Abfragejahr 2022 wieder nur fünf Bundesländer eine Rückmeldung (Bayern, Hamburg, Schleswig-Holstein, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland) gaben. Um ein vollständiges Bild darüber zu erhalten, wie mit den Ergebnissen zum EJ 2021 gearbeitet wurde, hat das IQTIG daher eine Folgeabfrage für April 2023 vorbereitet, deren Ergebnisse nachfolgend beschrieben werden. Alle Landesplanungsbehörden wurden angeschrieben und zum Teil mehrfach an die (finale) Abfrage erinnert. Auch hinsichtlich der inhaltlichen Analyse der Rückmeldungen muss darauf hingewiesen werden, dass die Heterogenität die Stringenz in der Auswertung erschwerte. So gab es deutliche inhaltliche Überschneidungen bei den Angaben zur Frage „Nutzung der *plan. QI*-Ergebnisse im Rahmen der Landeskrankenhausplanungen“ (E) sowie der Frage zur Etablierung eines Behördenverfahrens (F). Um einen Gesamtüberblick zu den Rückmeldungen zu geben, wurden daher alle Ergebnisse in einer Übersichtstabelle zusammengefasst (Tabelle 10). Zur Erhöhung der Trennschärfe in der Ergebnisdarstellung zur Frage nach der Nutzung der *plan. QI*-Ergebnisse wurde außerdem bei der Einordnung der Angaben die Unterscheidung getroffen, ob ergriffene Maßnahmen tatsächlich eine krankenhauserische oder aber eher eine qualitätsfördernde Zielsetzung hatten.

Die inhaltliche Analyse der Rückmeldungen zur Frage nach der Geltung gemäß § 6 Abs. 1a Satz 1a KHG ergab, dass im ersten Abfragezeitraum 2018 bis 2020 noch die Mehrheit der Länder prüften, ob die *plan. QI* Geltung im Rahmen der Landeskrankenhausplanung haben sollten. Zum letzten Abfragezeitpunkt 2022 bzw. 2023 war dann dazu in allen Bundesländern eine Entscheidung getroffen. Derzeit haben die *plan. QI* formal in der Hälfte aller Bundesländer (Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Sachsen) Berücksichtigung in den Landeskrankenhausplanungen gefunden. Bei der Sichtung der weiteren Angaben zeigte sich dann allerdings, dass, anders als vermutet, die *plan. QI*-Ergebnisse nicht in allen Bundesländern verwendet wurden, bei denen sie im Rahmen der Krankenhausplanung gelten, und umgekehrt. Da aus Hessen über den gesamten Abfragezeitraum keine Rückmeldung kam, konnten keine inhaltlichen Angaben zu dem Bundesland ausgewertet werden.

Gemäß den Angaben aus der Abfrage nutzten die Landesplanungsbehörden von sieben Bundesländern die Ergebnisse aus dem Verfahren *plan. QI* (Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen und Saarland). Eine krankenhauserische Anwendung wurde von den

Landesplanungsbehörden dreier Bundesländer angegeben (Bayern, Hamburg und Saarland). Bemerkenswert ist dieses Ergebnis im Hinblick auf Bayern, wo die Opt-Out-Option hinsichtlich der Geltung der plan. QI gemäß § 6 Abs. 1a Satz 2 KHG gewählt wurde. Interessant ist außerdem, dass dort bei zwei Krankenhäusern mit mammachirurgischen Versorgungsleistungen Konsequenzen durch die Klinikbetreiber selbst gezogen wurden, bspw. in Form der Schließung einer Abteilung sowie der Umstellung von belegärztlichem auf klinikeigenes Personal mit der Maßgabe, leitlinienkonform zu arbeiten. Für die Qualitätsförderung wurden die plan. QI-Ergebnisse in sechs Bundesländern herangezogen (Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Niedersachsen, Saarland), allerdings mit unterschiedlicher Vorgehensweise. Die Landesplanungsbehörden von fünf Bundesländern suchten das Gespräch mit den Krankenhäusern und leiteten ggf. qualitätsfördernde Maßnahmen ein (Bayern, Berlin, Brandenburg, Niedersachsen und Saarland), während in Bremen die Ergebnisse der Krankenhausträger mit der dortigen Krankenhausgesellschaft beraten werden. Die LPB Saarland nutzt somit die plan. QI-Ergebnisse in beide Richtungen. Acht Bundesländer meldeten zurück, weder eine krankenhauplanerische Anwendung noch qualitätsfördernde Arbeit mit den Ergebnissen durchzuführen (Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen). Allerdings wird in Sachsen-Anhalt bei jeder Fortschreibung des Krankenhausplans geprüft, ob die Ergebnisse krankenhauplanerisch zu nutzen wären. Interessant ist, dass in Sachsen die plan. QI zwar Eingang in die Krankenhausplanung gefunden haben, diese aber zu diesem Zweck nicht angewendet werden. Die Landesplanungsbehörden aus Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt machten 2023 dazu jedoch keine Angabe. Die Bundesländer führten als Begründung für eine Nicht-Anwendung der plan. QI-Ergebnisse im krankenhauplanerischen Sinne im Wesentlichen zwei Gründe auf. Der erste bezieht sich auf die derzeit mangelnde Rechtssicherheit bei der Anwendung des Verfahrens, da diese erst nach der Bestimmung von „in erheblichem Maße unzureichende Qualität“ gegeben ist, was erst nach einer durch den G-BA veranlassten Folgebeauftragung im Rahmen der Neukonzeption der Fall wäre. Ein weiterer Grund bezieht sich auf den fachlichen Aspekt der Eignung zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung – weder im Einzelergebnis noch in der Gesamtschau des Indikatorensets (Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen).

Die meiste Detailtiefe zeigte sich bei den Rückmeldungen zur Frage nach der Etablierung eines Behördenverfahrens (F). Da die Antworten inhaltlich sehr breit gefächert waren, wurde auch hier zur besseren Einordnung der Angaben eine Unterscheidung ähnlich zu der bei der Frage nach der Nutzung vorgenommen. Daher wurde differenziert zwischen der Etablierung eines Behördenverfahrens als ein Verwaltungsverfahren mit rechtlich bindender Wirkung (bspw. per Feststellungsbescheid), abgegrenzt von dem Ergreifen von Maßnahmen. Die Analyse wurde erschwert durch den Umstand, dass die Antworten, wie bereits erwähnt, nicht immer scharf von denen zu Frage E abzugrenzen waren. In einem Fall wurde sogar direkt auf die Angaben aus Spalte E verwiesen (Brandenburg). Die Auswertung der Angaben erbrachte, dass in fünf Landesplanungsbehörden

ein Behördenverfahren bereits etabliert wurde (Bayern, Berlin, Brandenburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt), dieses allerdings in unterschiedlicher Form. So kann die Durchsetzung von Maßnahmen durch ggf. Einschränkung der Versorgungsleistungen vorgenommen werden, bis zur Durchführung eines dreistufigen „Eskalationsplans“, der beinhaltet, dass bei Verstößen ggf. sogar die Rücknahme des Feststellungsbescheids erfolgen kann. Gemäß den Angaben aus drei Bundesländern wird bei „qualitativ unzureichenden“ plan. QI-Ergebnissen ein Stellungnahmeverfahren mit dem betreffenden Krankenhaus eingeleitet, und ggf. werden anschließend Maßnahmen zur Beseitigung des Versorgungsdefizits veranlasst (Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland). Die LPB Bayern nutzt folglich beide Optionen. Bemerkenswert ist, dass in den hier genannten Bundesländern Empfehlungen des G-BA zu den plan. QI gemäß § 136c Abs. 1 SGB V nicht oder nicht automatisch Bestandteil des Krankenhausplans werden. Für den Abfragezeitpunkt 2023 erfolgten keine Rückmeldungen der LPB Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen sowie Sachsen-Anhalt, und aus Hessen erfolgte, wie bereits mehrfach erwähnt, keine Rückmeldung über den gesamten Abfragezeitraum.

Etwa die Hälfte der Landesplanungsbehörden (sieben) gaben allerdings an, dass derzeit kein Behördenverfahren geplant bzw. etabliert sei (Baden-Württemberg, Bremen, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein, Thüringen). Die Gründe für die bisher nicht erfolgte Planung bzw. Umsetzung ähnelten den Rückmeldungen zur Nicht-Anwendung der Ergebnisse im krankenhauserplanerischen Sinne. So wurde erneut sowohl die mangelnde Rechtssicherheit aufgeführt (Berlin, Bremen) als auch die fehlende Kompatibilität mit der derzeitigen Fachplanung (Bremen). In vier Bundesländern stand die finale Entscheidung zu dieser Frage noch aus (Baden-Württemberg, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein). Die LPB Hamburg wies darauf hin, dass sie dem Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung vorsitze, über den ein Behördenverfahren eingerichtet werden kann. Wie bereits beschrieben, wurde aus Hessen keine Rückmeldung gegeben, und die LPB Rheinland-Pfalz hatte keine Angabe zu der Frage gemacht. In diesem Hinblick interessant ist, dass, obwohl in Bayern die Empfehlungen des G-BA zu den plan. QI gemäß § 136c Abs. 1 SGB V nicht oder nicht automatisch Bestandteil des Krankenhausplans werden, deren Ergebnisse aber sehr wohl im Sinne der krankenhauserplanerischen Anwendung sowie zur Qualitätsförderung verwendet wurden und bereits mit Erhalt der plan. QI-Ergebnisse des Erfassungsjahres 2017 ein Behördenverfahren entwickelt wurde. In Thüringen verhält es sich genau andersherum, da die plan. QI zwar in die Krankenhausplanung aufgenommen wurden, aber die Ergebnisse nicht verwendet werden und die Etablierung eines Behördenverfahrens derzeit nicht geplant sei.

Zu den bisherigen Ergebnissen passen die Rückmeldungen, dass seit Einführung des Verfahrens *plan. QI* keine Fachabteilung aus Qualitätsgründen geschlossen wurde (B) und auch keine (aus Qualitätsgründen) geplanten Schließungen (C) vorgesehen seien. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch bei den geringfügigen Veränderungen über alle Leistungsbereiche hinweg in Bezug auf die Fachabteilungen der *plan. QI*-relevanten Leistungsbereiche und die dazugehörigen Stand-

orte/Krankenhäuser seit Einführung der plan. QI-RL (2017). Eine Ausnahme bilden hier drei Bundesländer: Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. In Niedersachsen (Frauenheilkunde/Geburtshilfe: 10 Standorte mit Fachabteilungen für) und Bayern (Gynäkologie/Geburtshilfe: 10 Fachabteilungen/Standorte mit Fachabteilungen/ Krankenhäuser) ist ein gleichhoher Rückgang zu beobachten. Die von Nordrhein-Westfalen übermittelten Anzahlen wiesen den deutlichsten Rückgang auf. Leider konnte der Sachverhalt nicht plausibilisiert werden.

In diesem Abschnitt wurden die Ergebnisse der Auswertung zu den Landesplanungsbehörden zusammengefasst. Es gilt zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Rückmeldungen zahlenmäßig stark schwankt und die inhaltlichen Angaben sehr heterogen waren. Abschließend resümiert werden kann, dass ein krankenhauserplanerischer Einfluss des plan. QI-Verfahrens bis ins Jahr 2023 (auf Basis der EJ 2017–2020) nicht eindeutig festzustellen ist. Die Ergebnisse des plan. QI-Verfahrens werden aber sehr wohl von den Landesplanungsbehörden für die Qualitätsförderung genutzt, und es existieren auch Bemühungen zur Etablierung eines Behördenverfahrens. Die derzeitige mangelnde Rechtssicherheit wie auch die fehlende Kompatibilität mit der Abbildung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung scheinen augenblicklich die größten Hindernisse für eine regelhafte Anwendung darzustellen. Das Aussetzen des Verfahrens für zwei Jahre und das damit verbundene Ausbleiben der Ergebnisse könnten vermutlich dazu beigetragen haben, dass keine weiteren Aktivitäten in diesem Zeitraum angestoßen wurden.

4.3 Ergebnisse der Landesverbände der Krankenkassen und der Landesvertretungen der Ersatzkassen (vdek)

Analog zu den Abfragen an die Landesplanungsbehörden erfolgte im Rahmen der Begleitevaluation auch bei den zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und Landesvertretungen der Ersatzkassen (vdek) eine jährliche Abfrage zu Art und Umfang der aus den plan. QI-Ergebnissen abgeleiteten Konsequenzen in Bezug auf Versorgungsverträge gemäß § 108 Nummer 3 SGB V. Diese Abfrage wurde erstmals zum 30. Juni 2019 vom IQTIG übermittelt. Auch hier gilt zu beachten, dass die dargestellten Rückmeldungen aus dem Abfragezeitraum Stand Juni 2019–2022 stammen. Aufgrund der Aussetzung des Verfahrens während der Coronapandemie wurde der Bericht nach § 13 plan. QI-RL insgesamt nur zu drei Zeitpunkten (2018, 2019 und 2022) zur Verfügung gestellt. Zum Abfragezeitpunkt Juni 2022 standen daher noch keine neuen Ergebnisse zur Verfügung. Zum Zeitpunkt der finalen Abfrage im April 2023 standen die Ergebnisse des EJ 2021 zur Verfügung und werden hier ergänzend dargestellt.

Die Abfrage ist in die Abschnitte A–G untergliedert. Zunächst wird bei A) der aktuelle Stand zu Vertragskrankenhäusern abgefragt, mit denen (ergänzende) Versorgungsverträge abgeschlossen wurden. Wie auch bei den Landesplanungsbehörden bezogen sich die Anzahlen zu Fachabteilungen „Gynäkologie und Frauenheilkunde“, „Gynäkologie und Geburtshilfe“, „Geburtshilfe“ auf den Bereich der „Mammachirurgie“ sowie auf „Brustkrebszentren“. Ergänzend wurden zudem auch hier „Weitere Fachabteilungen mit Bezug zu Gynäkologischen Operationen, Geburtshilfe und

Mammachirurgie“ abgefragt. Die Daten sollten jeweils bezüglich der „Anzahl Plankrankenhäuser mit Fachabteilungen“ und „davon Hochschulkliniken“ angegeben werden.

Anschließend wurden unter B) die Landesverbände der Krankenkassen und der Landesvertretungen der Ersatzkassen (vdek) um Rückmeldung zu folgenden Fragen gebeten: „Planen Sie die Ergebnisse der plan. QI grundsätzlich für Ihre Arbeit zu nutzen? Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz, an welchen Stellschrauben die Ergebnisse genutzt werden können (z. B. ergänzende Versorgungsverträge, Budgetverhandlungen).“ Unter D) folgte dann die Frage: „Haben Sie bereits konkret mit den bisherigen plan. QI-Ergebnissen gearbeitet sowie Konsequenzen abgeleitet? Wenn ja, erläutern Sie bitte näher und gehen auf die ggf. bereits umgesetzten Maßnahmen ein. Wenn nein, bitte um Gründe.“ In Abschnitt G haben die Landesverbände der Krankenkassen und der Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) zudem die Möglichkeit, weiterführende bzw. zusätzliche Informationen anzugeben. Die hier erfolgten Angaben wurden jeweils in die dazugehörigen Abschnitte eingearbeitet.

Zum besseren Verständnis wird vorab darauf hingewiesen, dass die Auswertung zu den Zeiträumen 2019 bis 2020 sowie 2021 bis 2022 und dann zum Zeitpunkt 2023 erfolgte. Im Ergebnis wurden im ersten Abfragezeitraum in den Jahren 2019 und 2020 von den Verbänden der Krankenkassen sowie Landesvertretungen der Ersatzkassen (vdek) aus allen Bundesländern Rückmeldungen zu den o. g. Abfragen erteilt.¹³ Allerdings erfolgten sie nicht einheitlich in Bezug auf eine Zuordnung auf Ebene der Bundesländer. So meldeten z. B. die Krankenkassen und die Landesvertretung der Ersatzkassen Schleswig-Holsteins (BKK LV NW, IKK Nord, SVLFG, KBS, vdek) gemeinsam zurück, während für Sachsen und Thüringen die jeweils zuständige AOK PLUS namens und im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) eine Rückmeldung gab. Da die rückgemeldeten Daten stets aggregiert in einem Datenblatt übermittelt wurden, konnten sie nicht den einzelnen Ersatzkassen zugeordnet werden.

Im Rahmen des Endberichts gaben bei der zweiten Abfrage in den Jahren 2021 und 2022 die Landesverbände der Krankenkassen und die Landesvertretungen der Ersatzkassen aus allen Bundesländern mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz eine Rückmeldung.¹⁴ Allerdings zeigt sich auch

¹³ Baden-Württemberg (2018, 2019: AOK; 2018: LV vdek); Bayern (2020: Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen); Berlin (2018, 2019: AOK Nordost); Brandenburg (2018, 2019: AOK Nordost); Bremen (2019: AOK Bremen/Bremerhaven); Hamburg (2019: AOK Rheinland/Hamburg, LV vdek); Hessen (2018, 2019: AOK für die Verbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen); Mecklenburg-Vorpommern (2018, 2019: AOK Nordost); Niedersachsen (2018, 2019: AOK, LV vdek); Nordrhein-Westfalen (2018, 2019: AOK NORDWEST, Landesteil Westfalen-Lippe; 2019: AOK Nordwest, Landesteil Nordrhein); Rheinland-Pfalz (2020: AOK); Saarland (2018: LV Ersatzkassen; 2019: AOK RPS); Sachsen (2018, 2019: AOK PLUS Namens und im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen – vdek – Sachsen); Sachsen-Anhalt (2019: AOK); Schleswig-Holstein (2018: BKK LV NW, IKK Nord, SVLFG, KBS, vdek; 2018, 2019: AOK NORDWEST); Thüringen (2018, 2019: AOK PLUS Namens und im Auftrag der Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen – vdek – Thüringen).

¹⁴ Baden-Württemberg (2021, 2022: AOK Baden-Württemberg), Bayern (2021, 2022: Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Bayern), Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern (2021, 2022): AOK Nordost), Bremen (2021, 2022: AOK Bremen), Hamburg (2021: AOK Rheinland/Hamburg; 2021: vdek-Landesvertretung Ham-

hier eine ähnliche Heterogenität. Der Landesverband der AOK Nordost bspw. meldete aggregiert in einem Datenblatt für die Bundesländer Berlin, Brandenburg sowie Mecklenburg-Vorpommern. Bei der Auswertung konnte daher nicht unterschieden werden, welchem Bundesland die Angaben zuzuordnen sind, wodurch die Darstellung der Anzahlen in Bezug auf den Abschluss von Versorgungsverträgen nicht möglich ist. Zum letzten Abfragezeitpunkt April 2023 wurde zu allen Bundesländern eine Rückmeldung gegeben.¹⁵

4.3.1 Darstellung der Ergebnisse zur Anzahl der Vertragskrankenhäuser, mit denen die Kassen (ergänzende) Versorgungsaufträge abgeschlossen haben (A)

Im ersten Abfragezeitraum (2019–2020) haben Kranken- und Ersatzkassen aus insgesamt acht Bundesländern eine Rückmeldungen zur Anzahl der Vertragskrankenhäuser, mit denen Versorgungsverträge nach § 108 abgeschlossen wurden, gegeben (Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, das Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein). Die Rückmeldungen beziehen sich jeweils auf den Stichtag 30.6. der Jahre 2017 (rückwirkend) bis 2020. Von den in den Jahren 2019 und 2020 aus acht Bundesländern rückgemeldeten Kranken- und Ersatzkassen hat für den Stichtag 30.6.2020 lediglich die vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg keine Rückmeldung gegeben. Keine Daten zu der Anzahl der Krankenhäuser mit Abschluss von Versorgungsverträgen nach § 108 SGB V (Vertragskrankenhäuser) haben dahingegen die AOK Bremen, Hessen und Niedersachsen sowie die AOK Nordost Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern übermittelt. Aus Hessen wurde hierzu mitgeteilt, dass diese Angaben entfielen, da zu den abgefragten Fachabteilungen keine Versorgungsverträge nach § 108 Nr. 3/ § 109 SGB V bestünden. Die AOK PLUS Sachsen und Thüringen, welche im Auftrag der Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen Sachsen bzw. Thüringen rückmeldeten, haben für sämtliche abgefragte Fachabteilungen bzw. Bereiche die Zahl „0“ angegeben, was dahingehend interpretiert wird, dass keine Versorgungsverträge in diesen Fachbereichen abgeschlossen werden.

burg), Hessen (2021, 2022: Verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen) Niedersachsen (2021, 2022: AOK Niedersachsen, 2021, 2022: vdek-Landesvertretung Niedersachsen); Nordrhein-Westfalen, Landesteil Nordrhein (2021: AOK Rheinland/Hamburg), Nordrhein-Westfalen, Landesteil Westfalen-Lippe (2021, 2022: AOK NordWest); Nordrhein-Westfalen (2021, 2022: BKK Landesverband NORDWEST Hauptverwaltung Essen); Saarland (2022: vdek); Sachsen (2022: AOK PLUS im Auftrag der Landesverbandes der Krankenkassen und Ersatzkassen); Sachsen-Anhalt (2021, 2022: AOK Sachsen-Anhalt); Schleswig-Holstein (2021, 2022: AOK NordWest; 2021: vdek Schleswig-Holstein); Thüringen (2022: AOK PLUS im Auftrag der Landesverbandes der Krankenkassen und Ersatzkassen).

¹⁵ Bayern (2023: vdek Bayern für Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Bayern), Baden-Württemberg (2023: AOK Baden-Württemberg), Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern (2023: AOK Nordost), Bremen (2023: AOK Bremen), Hamburg (2023: AOK Hamburg, vdek e. V. Hamburg), Hessen (2023: Verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Hessen), Mecklenburg-Vorpommern (2023: vdek Mecklenburg-Vorpommern), Nordrhein-Westfalen (2023: AOK Nordrhein/NRW; AOK NordWest NRW – Landesteil Westfalen-Lippe; BKK Landesverband NORDWEST Hauptverwaltung Essen), Rheinland-Pfalz (2023: vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz), Saarland (2023: vdek Saarland), Sachsen (2023: Landesverbände der Krankenkassen und Verband der Ersatzkrankenkassen –vdek- im Freistaat Sachsen), Sachsen-Anhalt (2023: AOK Sachsen-Anhalt; vdek Sachsen-Anhalt), Schleswig-Holstein (2023: AOK NordWest Schleswig-Holstein), Niedersachsen (2023: AOK Niedersachsen, vdek-Landesvertretung Niedersachsen), Thüringen (2023: Landesverbände der Krankenkassen und Verband der Ersatzkrankenkassen –vdek- im Freistaat Thüringen).

Im Abfragezeitraum 2021 und 2022 konnten Rückmeldungen zu allen Bundesländern mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz verzeichnet werden.¹⁶ Die Angaben aus 10 Bundesländern lieferten hierbei nähere Angaben bezüglich der Anzahl der Vertragskrankenhäuser (Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen).¹⁷ Der Landesverband der AOK Hessen meldete erneut, dass die Angaben hierzu entfielen, da zu den genannten Bereichen keine Versorgungsverträge nach § 108 Nr. 3 / § 109 SGB V bestünden. Ebenso gaben der Landesverband NORDWEST Hauptverwaltung Essen zu Nordrhein-Westfalen, die Landesvertretung der vdek Saarland, der AOK PLUS im Auftrag des Landesverbandes der Krankenkassen und Ersatzkassen zu Sachsen sowie Thüringen, wie auch die Landesvertretung vdek Schleswig-Holstein jeweils eine „0“ zu den Anzahlen an. Der BKK Landesverband NORDWEST (Hauptverwaltung Essen) begründete dies damit, dass keine abgeschlossenen Versorgungsverträge laut § 140 a SGB V in den Fachabteilungen Gynäkologie, Frauenheilkunde, Geburtshilfe und in Brustkrebszentren gebe. Keine Angabe erfolgte durch den Landesverband AOK Nordost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) sowie die AOK Bremen für den Landesverband Bremen. Der Landesverband der AOK Niedersachsen meldete zurück, dass keine Versorgungsverträge nach § 108 Abs. 3 SGB V abgeschlossen würden, die einen Zulassungsstatus begründeten. Es bestünden aber Versorgungsverträge nach § 109 Abs. 1 Satz 5 zur Konkretisierung von Leistungsstrukturen. Das Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe sei davon allerdings nicht erfasst, weswegen keine Anzahlen dazu ausgewiesen werden könnten.

Aus sechs Bundesländern wurden weitergehende Erläuterungen zu den jeweiligen Fachabteilungen zur ersten Abfrage (2019 und 2020) gegeben. So hatte bspw. der Landesverband AOK NORDWEST für Schleswig-Holstein mitgeteilt, dass die Angaben ausschließlich für die Fachabteilung „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ gelten würden. Die vdek-Landesvertretung Niedersachsen teilte hierzu mit, dass in dem Bundesland die Fachbereiche „Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ gemeinsam und der Bereich Mammachirurgie nicht gesondert ausgewiesen würden. Zudem bestünde keine Krankenhaus-Fachplanung für Brustzentren. Von dem Landesverband AOK NORDWEST wurde für den Bereich Westfalen-Lippe angegeben, dass Krankenhäuser mit einer Abteilung „Geburtshilfe“ auch automatisch eine Abteilung „Frauenheilkunde“ vorweisen. Der

¹⁶ Baden-Württemberg (2021, 2022: AOK Baden-Württemberg), Bayern (2021, 2022: Landesverbände der KK und EK Bayern), Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern (2021, 2022: AOK Nordost), Bremen (2021, 2022: AOK Bremen), Hamburg (2021, 2022: AOK Rheinland/Hamburg; 2021: vdek Hamburg), Hessen (2021: Verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen; 2021, 2022: AOK Hessen); Niedersachsen (2021, 2022: AOK Niedersachsen, 2021, 2022: VDEK Niedersachsen); Nordrhein-Westfalen, Landesteil Nordrhein (2021: AOK Rheinland/Hamburg), Nordrhein-Westfalen, Landesteil Westfalen-Lippe (2021, 2022: AOK NordWest); Nordrhein-Westfalen (2021, 2022: Landesverband NORDWEST Hauptverwaltung Essen); Saarland (2022: VDEK); Sachsen (2022: AOK PLUS); Sachsen-Anhalt (2021, 2022: AOK Sachsen-Anhalt); Schleswig-Holstein (2021, 2022: AOK NordWest; 2021: vdek Schleswig-Holstein); Thüringen (2022: AOK PLUS).

¹⁷ Landesverband AOK Baden-Württemberg, Landesverband der KK und EK Bayern, Landesverband AOK Rheinland / Hamburg (Hamburg; Nordrhein-Westfalen, Landesteil Nordrhein), Landesvertretung vdek Hamburg, Landesvertretung vdek Niedersachsen, Landesverband AOK NordWest (Nordrhein-Westfalen, Landesteil Westfalen-Lippe; Schleswig-Holstein), Landesverband AOK NordWest (Landesverband NORDWEST Hauptverwaltung Essen), AOK PLUS (Sachsen, Thüringen), Landesvertretung vdek Saarland Landesverband AOK Sachsen-Anhalt, Landesvertretung vdek Schleswig-Holstein.

Landesverband der AOK Rheinland / Hamburg gab für den Landesteil Nordrhein des Bundeslands Nordrhein-Westfalen erläuternd zu den von ihr ausschließlich zur Fachabteilung „Gynäkologie und Geburtshilfe“ rückgemeldeten Daten an: „Aktuell von uns ermittelte krankenhauserplanerisch ausgewiesene Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Eine etwaige Aufteilung des Versorgungsauftrags auf zwei Krankenhäuser (ein Krankenhaus GYN, das andere GEB) blieb insofern unberücksichtigt, als hier beide Krankenhäuser gezählt wurden.“ Die Landesvertretung des vdek Baden-Württemberg gab für die Fachabteilungen „Gynäkologie und Geburtshilfe“, „Geburtshilfe“ sowie für die Brustzentren und das Fachgebiet der Mammachirurgie an „2018: keine planerische Ausweisung, keine ergänzenden Vereinbarungen bzw. Versorgungsverträge durch die Landesverbände der KK und den Verband der EK“.

Bei der Abfrage 2021 und 2022 gab es Angaben aus acht Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein). Vom Landesverband AOK Baden-Württemberg wurde angemerkt, dass in Baden-Württemberg keine Vertragskrankenhäuser mit ergänzendem Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V zu den Fachbereichen der plan. QI bestünden. Die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Bayern meldeten zurück, dass im bayrischen Landeskrankenhausplan nur Fachrichtungen gemäß der jeweils gültigen Weiterbildungsordnung für ärztl. Personal, aber keine Fachabteilungen ausgewiesen würden. Die BKK Landesverband Nordwest (Hauptverwaltung Essen) des Landes Nordrhein-Westfalen und der Landesverband AOK Niedersachsen teilten mit, dass keine Versorgungsverträge laut SGB V in den abgefragten Fachabteilungen bestünden, wodurch keine Angaben gemacht werden könnten. Die Landesvertretung des vdek Hamburg wies darauf hin, dass die Fachgebiete „Mammachirurgie“, „Brustkrebszentren“ sowie „Weitere Fachabteilungen mit Bezug zu Gynäkologischen Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie“ nicht im Krankenhausplan Hamburg dargestellt würden. Konkret ausgewiesen seien aber das Brustkrebszentrum in einem Krankenhaus, und bei zwei weiteren Krankenhäusern würden die Zentrumsvoraussetzungen noch geprüft (Stand 2021). Die Landesvertretung des vdek Hamburg machte für die Abfrage zu den Versorgungsverträgen nach § 108 SGB V hinsichtlich Brustzentren, des Bereichs der Mammachirurgie sowie zu den anderen Fachabteilungen mit Bezug zu Gynäkologischen Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie keine Angaben. Der Landesvertretung vdek Niedersachsen meldete, dass Leistungen zu „Weitere Fachabteilungen mit Bezug zu Gynäkologischen Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie“ auch in der Chirurgie/ Plastischen Chirurgie vertreten seien und diese gemeinsam ausgewiesen würden. In diesem Zusammenhang wurde auch der erklärende Hinweis gegeben, dass in Niedersachsen keine Versorgungsverträge nach § 108 Abs. 3 SGB V bestünden, die einen Zulassungsstatus begründeten. Versorgungsverträge nach § 109 Abs. 1 Satz 5 zur Konkretisierung von Leistungsstrukturen würden bestehen, allerdings nicht im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe, wodurch keine Aussage getroffen werden könnte.

Zum letzten Abfragezeitpunkt 2023 zu Abfrageabschnitt A) gab es Angaben zu Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Thüringen.¹⁸

Keine Angaben erfolgten zu Berlin, Brandenburg, Bremen und Niedersachsen.¹⁹ Die AOK Nordost machte auch zu Mecklenburg-Vorpommern keine Angaben, der vdek Sachsen-Anhalt zu Sachsen-Anhalt und die BKK Landesverband NORDWEST Hauptverwaltung Essen zu Nordrhein-Westfalen. Zur Darstellung der Entwicklung unter der plan. QI-RL wurde der erste Abfragezeitpunkt 2019 zum EJ 2018 mit den zuletzt gemeldeten Zahlen im Jahr 2023 verglichen, in dem den Landesverbänden der Kranken-, und Ersatzkassen die Ergebnisse von drei plan. QI-Verfahrensjahren zur Verfügung standen. Wie in Tabelle 13 dargestellt, erfolgten die Angaben zu der Anzahl der Plankrankenhäuser mit Abschluss eines (ergänzenden) Versorgungsvertrags nach § 108 SGB V sehr heterogen.

Die zurückgemeldeten Anzahlen lassen darauf schließen, dass die Frage unterschiedlich interpretiert wurde. Historisch betrachtet hatte der ergänzende Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V die Funktion, den Zulassungsstatus eines Plankrankenhauses zu begründen. Inzwischen wird das Instrument jedoch zum Abschluss von zusätzlichen Leistungen genutzt. Da unklar ist, welche der beiden bei der Beantwortung der Frage zugrunde gelegt wurde, werden hier lediglich die Anzahlen und die dazugehörigen Veränderungen dargestellt.

Zusammenfassend sind insgesamt geringfügige Rückgänge zu verzeichnen. Der vdek Bayern meldete den Rückgang eines Vertragskrankenhauses, mit dem ein ergänzende Versorgungsverträge gemäß § 108 Nr. 3 SGB V abgeschlossen wurde (von 38 zu 37) im Bereich „Gynäkologie/Frauenheilkunde“ sowie von acht für die Fachrichtung „Gynäkologie und Geburtshilfe“ (109 auf 101 Plan-KH).²⁰ Der vdek e.V. Hamburg meldete außer für Geburtshilfe (plus 1 Plan-KH) auch keine Veränderungen von 2018 nach 2023 hinsichtlich der Anzahl an Vertragskrankenhäusern, mit denen ein ergänzender Versorgungsvertrag abgeschlossen wurde (11 plan-KH in „Gynäkologie und Geburtshilfe“, drei Plan-KH in „Gynäkologie/Frauenheilkunde, ein „Brustkrebszentrum“). Seitens der AOK Rheinland für Hamburg wurden erstmalig 2020 Zahlen übermittelt – im Vergleich zu 2023 blieb die Anzahl konstant (14 Plan-KH in „Gynäkologie und Geburtshilfe“). Aus Baden-Württemberg wurde seitens der AOK für Plan-KH mit der Fachrichtung „Gynäkologie/Frauenheilkunde“ ein

¹⁸ Bayern (2023: vdek Bayern für Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Bayern), Baden-Württemberg (2023: AOK Baden-Württemberg), Hamburg (2023: AOK Rheinland für Hamburg, vdek e. V. Hamburg), Hessen (2023: Verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Hessen), Mecklenburg-Vorpommern (2023: vdek Mecklenburg-Vorpommern), Nordrhein-Westfalen (2023: AOK Rheinland für Nordrhein/NRW, AOK NordWest NRW – Landesteil Westfalen-Lippe), Niedersachsen (2023: vdek-Landesvertretung Niedersachsen), Rheinland-Pfalz (2023: vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz), Saarland (2023: vdek Saarland), Sachsen (2023: Landesverbände der Krankenkassen und Verband der Ersatz-krankenkassen –vdek- im Freistaat Sachsen), Sachsen-Anhalt (2023: AOK Sachsen-Anhalt), Schleswig-Holstein (2023: AOK NordWest Schleswig-Holstein), Thüringen (2023: Landesverbände der Krankenkassen und Verband der Ersatzkrankenkassen –vdek- im Freistaat Thüringen).

¹⁹ Berlin, Brandenburg (2023: AOK Nordost), Bremen (2023: AOK Bremen) und Niedersachsen (2023: AOK Niedersachsen).

Rückgang um sieben und für „Gynäkologie und Geburtshilfe“ um drei verzeichnet. Die AOK Baden-Württemberg vermerkte außerdem, dass diese Angaben Plankrankenhäuser umfassten und keine ergänzenden Vereinbarungen bzw. Versorgungsverträge durch die Landesverbände. Für Nordrhein-Westfalen gab es die Rückmeldung der AOK Nordrhein, dass die Anzahlen der im Landeskrankenhausplan ausgewiesenen Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Versorgungsauftrag darstellen. Auch hier wiesen diese keine Veränderung im Vergleich von 2020 zu 2023 auf: 79 Plan-KH in „Gynäkologie und Geburtshilfe“. Die AOK NordWest NRW übermittelte für den Landesteil Westfalen-Lippe einen Rückgang um elf Plan-KH in der „Gynäkologie und Geburtshilfe“ (2019: 81, 2023: 70). Der BKK Landesverband NORDWEST Hauptverwaltung Essen machte keine Angaben zu A). Für Niedersachsen meldete die vdek-Landesvertretung für „Gynäkologie/Frauenheilkunde“ einen Rückgang von sieben Plan-KH (2018: 86, 2023: 79) und für Geburtshilfe einen Rückgang von 5 (2018: 71, 2023: 66) für denselben Zeitraum. Die AOK Sachsen-Anhalt meldete für die Jahre 2018 und 2023 jeweils folgende Rückgänge bezüglich der Anzahl an Plan-KH: zwei Plan-KH in „Gynäkologie/Frauenheilkunde“ (2018: 23, 2023: 21), drei in „Gynäkologie und Geburtshilfe“ (2018: 23, 2023: 20), und zwei in Geburtshilfe (2018: 22, 2023: 19). Die AOK Nord-West Schleswig-Holstein meldete einen Rückgang von zwei Plan-KH für die Fachrichtung „Gynäkologie und Geburtshilfe“ zurück (2018: 28, 2023: 26).

Der vdek Mecklenburg-Vorpommern gab erneut null plan-KH zu allen abgefragten Fachrichtungen an – ebenso der vdek Saarland, der –vdek- im Freistaat Sachsen wie auch der –vdek- im Freistaat Thüringen. Aus Rheinland-Pfalz erfolgte von der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz über den gesamten Zeitraum nur eine einmalige Angabe im Jahr 2023 mit 29 Plan-KH in „Gynäkologie und Geburtshilfe“, weswegen ein Vergleich nicht möglich ist.

Die AOK Nordost machte für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern keine Angaben zu diesem Punkt und der Landesverband Hessen merkte erneut an, dass es zu den abgefragten Bereichen keine Versorgungsverträge gem. § 108 Nr. 3 / § 109 SGB V bestünden. Die AOK Niedersachsen gab an, dass keine Versorgungsverträge nach § 108 Abs. 3 SGB V in Bezug auf einen Zulassungsstatus bestünden, aber Versorgungsverträge nach § 109 Abs. 1 Satz 5 zur Konkretisierung von Leistungsstrukturen – allerdings ohne Bezug zu den Fachgebieten „Gynäkologie“ und „Geburtshilfe“.

Tabelle 13: Anzahl Vertragskrankenhäuser mit Abschluss ergänzender Versorgungsverträge gemäß § 108 Nr. 3 SGB V durch Kranken- und Ersatzkassen

Bundesland	Kranken-, Ersatzkasse	Anzahl Plankrankenhäuser mit Fachabteilungen nach Jahr	Veränderungen im Vergleich zu 2023	Zusatz-Information (von den LV der KK/EK übermittelt)
Bayern	vdek Bayern für Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Bayern	Gynäkologie/Frauenheilkunde <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 38 ▪ 2023: 37 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - 1 Plan. KH 	
		Gynäkologie und Geburtshilfe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 109 ▪ 2023: 101 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - 8 Plan. KH 	
Baden-Württemberg	AOK Baden-Württemberg	Gynäkologie/Frauenheilkunde <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 87 ▪ 2023: 80 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - 7 Plan. KH 	die hier angegebenen Zahlen umfassen ausschließlich Plan-KH, keine ergänzenden Vereinbarungen bzw. Versorgungsverträge durch die Landesverbände
		Gynäkologie und Geburtshilfe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2020: 80 ▪ 2023: 77 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - 3 Plan. KH 	
Berlin	AOK Nordost	k. A.	--	
Brandenburg	AOK Nordost	k. A.	--	
Bremen	AOK Bremen	k. A.	--	
Hamburg	AOK Rheinland für Hamburg	Gynäkologie und Geburtshilfe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2020: 14 Plan. KH ▪ 2023: 14 Plan. KH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Veränderungen 	

Bundesland	Kranken-, Ersatzkasse	Anzahl Plankrankenhäuser mit Fachabteilungen nach Jahr	Veränderungen im Vergleich zu 2023	Zusatz-Information (von den LV der KK/EK übermittelt)
	vdek e. V. Hamburg	KH Gynäkologie und Geburtshilfe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 11 Plan. KH ▪ 2023: 11 Plan. KH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Veränderungen 	
		Gynäkologie/Frauenheilkunde <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 3 Plan. KH ▪ 2023: 3 Plan. KH 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Veränderungen 	
		Geburtshilfe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 1 ▪ 2023: 2 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ +1 Plan. KH 	
		Brustkrebszentrum <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 1 ▪ 2023: 1 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Veränderungen 	
Hessen	Verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Hessen	k. A	--	Entfällt (zu den genannten Bereichen bestehen keine Versorgungsverträge gem. § 108 Nr. 3 / § 109 SGB V)
Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost	k. A	--	

Bundesland	Kranken-, Ersatzkasse	Anzahl Plankrankenhäuser mit Fachabteilungen nach Jahr	Veränderungen im Vergleich zu 2023	Zusatz-Information (von den LV der KK/EK übermittelt)
Mecklenburg-Vorpommern	vdek Mecklenburg-Vorpommern	Alle Fachrichtungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 0 ▪ 2023: 0 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 Plan. KH (alle Fachrichtungen) 	In Mecklenburg-Vorpommern gibt es keine Krankenhäuser mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 109 SGB V i. V. m. § 108 Abs. 3 SGB V geschlossen wurde.
Nordrhein-Westfalen	AOK Rheinland für Nordrhein/NRW	Gynäkologie und Geburtshilfe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2020: 79 ▪ 2023: 79 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ keine Veränderungen 	Aktuell von uns ermittelte krankenhauplanerisch ausgewiesene Fachabteilungen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Eine etwaige Aufteilung des Versorgungsauftrags auf zwei Krankenhäuser (ein Krankenhaus GYN, das andere GEB) blieb insofern unberücksichtigt, als hier beide Krankenhäuser gezählt wurden.
	AOK NordWest NRW – Landes- teil Westfalen-Lippe;	Gynäkologie und Geburtshilfe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2019: 81 ▪ 2023: 70 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - 11 Plan. KH 	
	BKK Landesverband NORD- WEST Hauptverwaltung Essen	k. A.	--	

Bundesland	Kranken-, Ersatzkasse	Anzahl Plankrankenhäuser mit Fachabteilungen nach Jahr	Veränderungen im Vergleich zu 2023	Zusatz-Information (von den LV der KK/EK übermittelt)
Niedersachsen	AOK Niedersachsen	k. A.	--	In Niedersachsen bestehen keine Versorgungsverträge nach § 108 Abs. 3 SGB V, die einen Zulassungsstatus begründen. Es bestehen aber Versorgungsverträge nach § 109 Abs. 1 Satz 5 zur Konkretisierung von Leistungsstrukturen. Das Gebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe ist davon allerdings nicht erfasst. Insofern können keine weiteren Angaben in der Tabelle erfolgen.
	vdek-Landesvertretung Niedersachsen	Gynäkologie/Frauenheilkunde <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 86 ▪ 2023: 79 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - 7 Plan. KH 	in NDS werden Frauenheilkunde und Geburtshilfe krankenhauplanerisch zusammen ausgewiesen.
		Geburtshilfe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 71 ▪ 2023: 66 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - 5 Plan. KH 	
Rheinland-Pfalz	vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz	Gynäkologie und Geburtshilfe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2023: 29 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ kein Vergleich möglich 	Nur 1 x Daten geschickt 2023
Saarland	vdek Saarland	Alle Fachrichtungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 0 ▪ 2023: 0 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 Plan. KH (alle Fachrichtungen) 	

Bundesland	Kranken-, Ersatzkasse	Anzahl Plankrankenhäuser mit Fachabteilungen nach Jahr	Veränderungen im Vergleich zu 2023	Zusatz-Information (von den LV der KK/EK übermittelt)
Sachsen	Landesverbände der Krankenkassen und Verband der Ersatzkrankenkassen -vdek- im Freistaat Sachsen	Alle Fachrichtungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 0 ▪ 2023: 0 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 Plan. KH (alle Fachrichtungen) 	
Sachsen-Anhalt	AOK Sachsen-Anhalt	Gynäkologie/Frauenheilkunde <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 23 ▪ 2023: 21 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - 2 Plan. KH 	
		Gynäkologie und Geburtshilfe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 23 ▪ 2023: 20 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - 3 Plan. KH 	
		Geburtshilfe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 22 ▪ 2023: 19 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - 2 Plan. KH 	
	vdek Sachsen-Anhalt	k. A	--	keine Vertragskliniken gem. § 109 SGB V
Schleswig-Holstein	AOK NordWest Schleswig-Holstein	Gynäkologie und Geburtshilfe <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 28 ▪ 2023: 26 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ -2 Plan. KH 	
Thüringen	Landesverbände der Krankenkassen und Verband der Ersatzkrankenkassen -vdek- im Freistaat Thüringen	Alle Fachrichtungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2018: 0 ▪ 2023: 0 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 0 Plan. KH (alle Fachrichtungen) 	

Legende: k.A. = keine Angabe zum abgefragten Punkt; -- = keine Veränderung ermittelbar, da keine Angabe

4.3.2 Darstellung der Ergebnisse zur Nutzung der plan. QI-Ergebnisse durch die Landesverbände der Krankenkassen und Landesvertretungen der Ersatzkassen (B und D)

Neben den Anzahlen der Vertragskrankenhäuser wurden folgende Informationen zur geplanten Nutzung sowie zur Umsetzung der plan. QI-Ergebnisse durch die Landesverbände der Krankenkassen und Landesvertretungen der Ersatzkassen (vdek) strukturiert erhoben:

(B) „Planen Sie die Ergebnisse der plan. QI grundsätzlich für Ihre Arbeit zu nutzen?“ bei positiver Beantwortung der Frage wurde um Informationen zu den welchen Stellschrauben erbeten.

(D) „Haben Sie bereits konkret mit den bisherigen plan. QI-Ergebnissen gearbeitet und daraus Konsequenzen abgeleitet?“.

Im folgenden Abschnitt werden die Rückmeldungen aus dem gesamten Abfragezeitraum 2019 bis 2023 dargestellt. Zur besseren Illustration werden die einzelnen Rückmeldungen für den Endbericht (Abfrage 2020–2023) bundeslandbezogen in Tabelle 14 aufgeführt. Eine Legende zum besseren Verständnis der Lesart ist auch hier im Anschluss angefügt. Auch hier ist noch vorab anzumerken, dass im Hinblick auf die Detailtiefe der einzelnen Rückmeldungen deutliche Variationen auftraten. So beantworteten die Verbände bzw. Vertretungen des Stadtstaates Hamburg sowie der Bundesländer Saarland, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein die Fragen ausschließlich mit „ja“ (B) bzw. „ja/ nein“ (D), ohne zusätzliche Ausführungen. Die verbleibenden Landesverbände und Landesvertretungen führten Erläuterungen in unterschiedlicher Detailtiefe zum Sachverhalt aus. Über den ersten Abfragezeitraum 2019–2020 beschrieben die Landesverbände der Krankenkassen und/oder vdek-Landesvertretungen, dass insgesamt sieben Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Thüringen) bereits konkret mit den Ergebnissen des Erfassungsjahres 2018 gearbeitet und auch Konsequenzen abgeleitet wurden. Auch sei geplant, zukünftig die Ergebnisse der plan. QI grundsätzlich für ihre Arbeit zu nutzen. Aus den neun verbleibenden Bundesländern wurde zurückgemeldet, dass bisher weder mit den Ergebnissen gearbeitet noch Konsequenzen abgeleitet wurden und auch keine grundsätzliche die Nutzung der Ergebnisse geplant sei (Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein). Im zweiten Abfragezeitraum 2021–2022 wurde von allen Landesverbänden der Krankenkassen und der Landesvertretungen der Ersatzkassen (vdek) angegeben, dass zukünftig eine Nutzung geplant sei. Eine Ausnahme bildet das Bundesland Rheinland-Pfalz, wo zu keinem der beiden Abfragezeitpunkte (2021/ 2022) eine Rückmeldung erfolgte. Aus elf Bundesländern wurden außerdem weiterführende Erläuterungen zu den Stellschrauben der geplanten Nutzung erläutert (Bayern, Bremen, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Hessen, Niedersachsen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Sachsen und Thüringen). Aus Schleswig-Holstein wurde zudem ergänzt, dass eine grundsätzliche Nutzung der Ergebnisse geplant sei, aber die plan. QI bisher keine unmittelbare Wirkung und Anwendung im Rahmen des Landeskrankenhausgesetzes hätten.

Für den Abfragezeitpunkt 2023 konnte von 20 Landesverbänden der Krankenkassen und der Landesvertretungen der Ersatzkassen (vdek) über alle Bundesländer eine Rückmeldung verzeichnet

werden. Dabei wurde die grundsätzliche Nutzung der plan. QI-Ergebnisse von allen zurückmel-
denden Landesverbänden und Landesvertretungen bejaht. Die meisten Angaben erfolgten analog
zu den Aussagen von 2021–2022, es gab lediglich geringfügige Ergänzungen der Landesverbände
der Krankenkassen und Ersatzkassen in Bayern, Nordrhein–Westfalen (Landesteil Nordrhein),
Sachsen sowie Thüringen.²⁰ Für alle Bundesländer wurden Ausführungen zu den Stellschrauben
dargelegt, allerdings nicht von allen Landesverbänden sowie Landesvertretungen. Keine ergän-
zenden Ausführungen zu den Stellschrauben übermittelten Baden–Württemberg, Hamburg,
Nordrhein–Westfalen (Landesteil Westfalen–Lippe), Sachsen–Anhalt sowie Schleswig–Holstein.²¹

Zur Frage D), ob bereits konkret mit den plan. QI-Ergebnissen gearbeitet und ggf. Konsequenzen
abgeleitet wurden, lauteten die Angaben in der Regel ähnlich bis identisch mit denen zu 2021–
2022. Aus fünf Bundesländern gab es die Rückmeldung, dass bereits mit den plan. QI-Ergebnissen
gearbeitet wurde (Bayern, Baden–Württemberg, Berlin, Brandenburg, Niedersachsen).²² Für
Mecklenburg–Vorpommern ist zu beachten, dass die Frage von der AOK Nordost bejaht, vom vdek
Mecklenburg–Vorpommern jedoch verneint wurde. Für die verbleibenden zehn Bundesländer
wurde die Arbeit mit den plan. QI-Ergebnissen verneint (Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein–
Westfalen, Rheinland–Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen–Anhalt, Schleswig–Holstein, Thürin-
gen).²³ Nachstehend ist in Tabelle 14 eine Zusammenfassung der Rückmeldungen aus B und D zu
2021–2022 mit den Ergänzungen von 2023 dargestellt. Aus Gründen der besseren Darstellung er-
folgte eine Zuordnung auf Bundeslandebene. Die Rückmeldungen über den gesamten Abfrage-
zeitraum 2018–2023 werden im Anschluss an die Tabelle aufgeführt.

²⁰ Bayern (2023: Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Bayern), Nordrhein–Westfalen (2023: AOK Rheinland /Hamburg – Landesteil Nordrhein), Sachsen (2023: Landesverbände der Krankenkassen, dem Verband der Ersatzkrankenkassen – vdek – im Freistaat Sachsen), Thüringen (2023: Landesverbände der Kran-
kenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen – vdek – Thüringen, AOK PLUS).

²¹ Baden–Württemberg (2023: AOK Baden–Württemberg), Hamburg (2023: vdek–Landesvertretung Hamburg),
Nordrhein–Westfalen (2023: AOK Nordwest – Landesteil Westfalen–Lippe), Sachsen–Anhalt (2023: AOK Sach-
sen–Anhalt, vdek Sachsen–Anhalt), Schleswig–Holstein (2023: AOK NordWest).

²² Baden–Württemberg (2023: AOK Baden–Württemberg,) Bayern (2023: Landesverbände der Krankenkassen
und Ersatzkassen Bayern), Berlin, Brandenburg, Mecklenburg–Vorpommern (2023: AOK Nordost), Niedersachsen
(2023: AOK Niedersachsen, vdek–Landesvertretung Niedersachsen).

²³ Bremen (2023: AOK Bremen), Hamburg (2023: AOK Rheinland/Hamburg, vdek– Landesvertretung Hamburg),
Hessen (2023: Verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Hessen), Mecklenburg–Vorpommern (2023: vdek
Mecklenburg–Vorpommern), Nordrhein–Westfalen (2023: AOK Rheinland/Hamburg Landesteil Nordrhein, AOK
Nordwest, BKK Landesvertretung Nordwest), Rheinland–Pfalz (2023: vdek Landesvertretung Rheinland–Pfalz),
Saarland (2023: vdek Saarland), Sachsen (2023: Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen
Sachsen – AOK PLUS), Sachsen–Anhalt (2023: AOK Sachsen–Anhalt, vdek Sachsen–Anhalt), Schleswig–Holstein:
(2023: AOK Nordwest), Thüringen (2023: AOK PLUS Thüringen).

Tabelle 14: Geplante Nutzung der plan. QI bzw. erfolgte Ableitung von Konsequenzen durch Landesverbände der Krankenkassen/ Landesvertretungen des vdek (2021–2022; 2023)

Bundesland	B: Grundsätzliche Nutzung geplant?		D: Wurde bereits konkret mit den Ergebnissen gearbeitet und z. B. Konsequenzen abgeleitet?			Angabe von Gründen
	ja	Stellschrauben	ja	Konsequenzen	nein	
Baden-Württemberg	AOK Baden-Württemberg	2021–2023: --	AOK Baden-Württemberg	2021–2023: Einrichtung eines Gremiums (Vertreter der Landesplanungsbehörde mit Vertretern der Landesqualitätssicherungseinrichtung – LAG nach DeQS-RL) zum Austausch zu den plan. QI-Ergebnissen, Beratung über qualitätsfördernde Maßnahmen bei KH; Ergebnis: Einhaltung sämtl. Zielvereinbarungen durch KH		

Bundesland	B: Grundsätzliche Nutzung geplant?		D: Wurde bereits konkret mit den Ergebnissen gearbeitet und z. B. Konsequenzen abgeleitet?			Angabe von Gründen
	ja	Stellschrauben	ja	Konsequenzen	nein	
Bayern	Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	<p>2021–2022: Bei Auffälligkeiten eines KH keine Leistungssteigerungen (Versorgungsangebot) bzw. Ausschluss des KH im Rahmen der Budgetverhandlungen möglich; durch Opt-Out-Regelung kein Automatismus bzgl. der Konsequenzen; nach Übermittlung der Ergebnisse von EJ 2021 und insb. 2022 geplant, Druck über zuständige Planungsbehörde auf KH mit wiederholt auffälligen KH und/oder flankierend Leistungsausschlüsse im Rahmen der Budgetverhandlungen</p> <p>2023: Bei Auffälligkeiten in Leistungsbereichen können im Rahmen von den Budgetverhandlungen Leistungssteigerungen → keine Leistungssteigerungen eskalierend bis zum Ausschluss</p>	Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	<p>2021–2022: Gesondertes Stellungnahmeverfahren mit LPB → mögliche aktuelle und zukünftige landesplanerische Konsequenzen</p> <p>2023: Durchführung eines gesonderten Stellungnahmeverfahrens gemeinsam im Gespräch mit der Landesplanungsbehörde in Bayern (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege – StMGP) → Beratung und Erörterung möglicher aktueller und zukünftiger krankenhauplanerischer Konsequenzen aus den Ergebnissen der plan. QI</p>		
Berlin	AOK Nordost	<p>2021–2023: Bei Auffälligkeiten Anfrage bei der Landesbehörde und dann bei den relevanten KH: → Aufklärung und Sachverhaltsschilderung</p>	AOK Nordost	2021–2023: Einholung und Erläuterung d. Sachverhalts durch zuständiges Landesgremium		

Bundesland	B: Grundsätzliche Nutzung geplant?		D: Wurde bereits konkret mit den Ergebnissen gearbeitet und z. B. Konsequenzen abgeleitet?			Angabe von Gründen
	ja	Stellschrauben	ja	Konsequenzen	nein	
Brandenburg	AOK Nordost	2021–2023: Bei Auffälligkeiten Anfrage bei der Landesbehörde und dann bei den relevanten KH: → Aufklärung und Sachverhaltsschilderung	AOK Nordost	2021–2023: Einholung und Erläuterung d. Sachverhalts durch zuständiges Landesgremium 2021–2022: zusätzlich in Brandenburg: Gespräch mit anschl. Zielvereinbarung mit einem KH; Zielvereinbarung mit Evaluation der Maßnahmen; Ergebnis der Evaluation 2021 → Umsetzung der geforderten Maßnahmen und Zusicherung der Verstetigung derselben		
Bremen	AOK Bremen	2021–2023: Budgetverhandlungen; ergänzende Versorgungsverträge			AOK Bremen	2021–2023: --
Hamburg	AOK Rheinland/Hamburg	2021–2023: Orientierung im Rahmen der Krankenhausplanung			AOK Rheinland/Hamburg	2021–2023: --
	vdek-Landesvertretung	2021–2023:--			vdek-Landesvertretung	2021–2023:--

Bundesland	B: Grundsätzliche Nutzung geplant?		D: Wurde bereits konkret mit den Ergebnissen gearbeitet und z. B. Konsequenzen abgeleitet?			Angabe von Gründen
	ja	Stellschrauben	ja	Konsequenzen	nein	
Hessen	Verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	2021–2023: Hess. KH-Gesetz: Berücksichtigung der Ergebnisse bei Planungsmaßnahmen; Einforderung durch Verbände zur Gewährleistung der Patientensicherheit			Verbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	2021–2023: Betroffene Geburtskliniken bereits geschlossen; Einzelfälle → keine Ableitung von Maßnahmen notwendig, 2023: Informationen aus den Bewertungen können im Rahmen von Dialogen mit Krankenhäusern genutzt werden
Mecklenburg-Vorpommern	AOK Nordost	2021–2023: Bei Auffälligkeiten Anfrage bei der Landesbehörde und dann bei den relevanten KH: → Aufklärung und Sachverhaltsschilderung	AOK Nordost	2021–2023: Einholung und Erläuterung d. Sachverhalts durch zuständiges Landesgremium		

Bundesland	B: Grundsätzliche Nutzung geplant?		D: Wurde bereits konkret mit den Ergebnissen gearbeitet und z. B. Konsequenzen abgeleitet?			Angabe von Gründen
	ja	Stellschrauben	ja	Konsequenzen	nein	
	vdek Mecklenburg-Vorpommern	2021–2023: Budgetverhandlungen und ggf. Qualitätsverträge			vdek Mecklenburg-Vorpommern	2021–2023:--
Niedersachsen	AOK Niedersachsen	2021–2023: Erlaubnis der Anwendung im KHG, Diskussion für Entscheidungen in der KH-Planung inkl. Versorgungsverträge nach § 109 SGB V; allerdings Fehlen einer klaren Regelung zum Umgang mit Ergebnissen (nicht nur vorübergehende und eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität), keine Abdeckung der QI-Ergebnisse bzgl. Leistungsspektrum einer Fachabteilung (KH-Planung) → Ausschluss einzelner Leistungen erschwert; Gefahr der Etablierung eines zweiten Klärenden Dialogs bei Einzelfällen und aufgrund der Trennung rechnerischer/ statistischer Auffälligkeit → umfassendere Informationsaufarbeitung „Qualität einer ganzen Fachabteilung“ notwendig	AOK Niedersachsen	2021–2022: Stellungnahmeverfahren mit KH und teilw. anschl. Gespräche; Bericht der Ergebnisse im Planungsausschuss; bisher keine Ableitung von Konsequenzen 2023: Stellungnahmeverfahren mit KH ohne bisherige Ableitung von Konsequenzen		

Bundesland	B: Grundsätzliche Nutzung geplant?		D: Wurde bereits konkret mit den Ergebnissen gearbeitet und z. B. Konsequenzen abgeleitet?			Angabe von Gründen
	ja	Stellschrauben	ja	Konsequenzen	nein	
	vdek-Landesvertretung Niedersachsen	2021–2023: Debatte um Verbesserung der KH-Strukturen und Konkretisierung der Versorgungsaufträge nach dem neuen NKHG (01.01.2023) und der NKHV (Entwurfassung liegt vor), DeQs-Lenkungsgremium, Abrechnungsprüfung (z. B. ergänzende Versorgungsverträge, Budgetverhandlungen)	vdek-Landesvertretung Niedersachsen	2021–2023: Überprüfung von auffälligen KH hinsichtlich Versorgungsauftrag, nach neuen NKHG möglich; Abstimmung mit Ministerium zu Maßnahmen der Ergebnisse aus DeQS; justiziable Kriterien und Benennung von Maßnahmen bei Nicht-Erfüllung notwendig, um konkrete Handlungen vornehmen / beim Ministerium einfordern zu können; Problem: geringe Fallzahlen der Beanstandungen führen meist nicht zu KH-planerischen Konsequenzen		

Bundesland	B: Grundsätzliche Nutzung geplant?		D: Wurde bereits konkret mit den Ergebnissen gearbeitet und z. B. Konsequenzen abgeleitet?			Angabe von Gründen
	ja	Stellschrauben	ja	Konsequenzen	nein	
Nordrhein-Westfalen	AOK Rheinland / Hamburg (Landesteil Nordrhein)	2021–2022: Auffällige Ergebnisse werden zur Kenntnis genommen; Möglichkeiten des individuellen Umgangs geprüft 2023: Plan QI-Ergebnisse bieten im Rahmen von Planungsentscheidungen Orientierung; im Rahmen der neuen Krankenhausplanung NRW wurden verbindliche Qualitätskriterien festgelegt: keine Berücksichtigung von plan. QI → Nutzung ist daher nur eingeschränkt möglich, da Plan.QI kein justiziables Kriterium im Rahmen von Planungsentscheidungen darstellt			AOK Rheinland/Hamburg (Landesteil Nordrhein)	2021– 2023: -
	AOK Nordwest (Landesteil Westfalen-Lippe)	2021–2023: --			AOK Nordwest (Landesteil Westfalen-Lippe)	2021–2023: --
	BKK-Landesvertretung Nordwest (Hauptverwaltung Essen)	2021–2023: Zunehmende Rolle des Qualitätsaspektes bei Budgetverhandlungen			BKK-Landesvertretung Nordwest (Hauptverwaltung Essen)	2021–2023: --

Bundesland	B: Grundsätzliche Nutzung geplant?		D: Wurde bereits konkret mit den Ergebnissen gearbeitet und z. B. Konsequenzen abgeleitet?			Angabe von Gründen
	ja	Stellschrauben	ja	Konsequenzen	nein	
Rheinland-Pfalz	vdek- Landesvertretung Rheinland-Pfalz	2021-2023: insb. in den Krankenhausplanungsgremien			vdek- Landesvertretung Rheinland-Pfalz	2021-2023: Diskrepanz zwischen statistischen Auffälligkeiten und tatsächlichen regelhaften Qualitätsmängeln; Reduzierung auf Einzelfälle/Ausnahmen → in politischer Diskussion schwer anzubringen,
Saarland	vdek	2021-2022: -- 2023: Grundsätzlich ja, wenn Relevanz gegeben ist.			vdek	2021-2023: --

Bundesland	B: Grundsätzliche Nutzung geplant?		D: Wurde bereits konkret mit den Ergebnissen gearbeitet und z. B. Konsequenzen abgeleitet?			Angabe von Gründen
	ja	Stellschrauben	ja	Konsequenzen	nein	
Sachsen	<p>Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Sachsen (AOK PLUS) (2021-2022)</p> <p>Landesverbände der Krankenkassen und Verband der Ersatzkrankenkassen (vdek) im Freistaat Sachsen (2023)</p>	<p>2021-2022:</p> <p>Keine rechtl. Einschränkung bei der Anwendung der plan. QI;</p> <p>Informationen stehen bei Budgetverhandlungen zur Verfügung (sofern keine pandemiebedingte Aussetzung)</p> <p>2023: Nutzung erfolgt für die interne Kommunikation und Unterstützung der Krankenhausplanung des Landes, Informationen stehen Budgetverhandlern zur Verfügung</p>			<p>Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen Sachsen (AOK PLUS)</p> <p>Landesverbände der Krankenkassen und Verband der Ersatzkrankenkassen (vdek) im Freistaat Sachsen (2023)</p>	<p>2021-2023: Anwendung der plan. QI rechtlich nicht eingeschränkt; keine rechts-sichere Anwendung für qualitätsorientierte KH-Planung möglich; Aufgrund Neubeauftragung verschoben; pandemiebedingtes Aussetzen 2019 und 2020</p>

Bundesland	B: Grundsätzliche Nutzung geplant?		D: Wurde bereits konkret mit den Ergebnissen gearbeitet und z. B. Konsequenzen abgeleitet?			Angabe von Gründen
	ja	Stellschrauben	ja	Konsequenzen	nein	
						2023: Einschränkung der Anwendung der plan. QI-RL im Sächsischen Krankenhausgesetz (gültig seit 01.01.2023) → (Kann-Regelung statt Muss-Regelung)
Sachsen-Anhalt	AOK Sachsen-Anhalt	2021: Potential bzgl. zukünftiger KH-Planung 2022-2023: --			AOK Sachsen-Anhalt	2021-2022: -- 2023: Fehlende Verbindlichkeit
	vdek Sachsen-Anhalt	2021-2022: -- 2023: zur Argumentation			vdek Sachsen-Anhalt	2021-2023: --

Bundesland	B: Grundsätzliche Nutzung geplant?		D: Wurde bereits konkret mit den Ergebnissen gearbeitet und z. B. Konsequenzen abgeleitet?			Angabe von Gründen
	ja	Stellschrauben	ja	Konsequenzen	nein	
Schleswig-Holstein	AOK NordWest	2021-2023:--			AOK Nord-west	2021-2023: --
	vdek Schleswig-Holstein 2023: keine RM	2021-2022: Im Rahmen der Mitarbeit ja, aber keine unmittelbare Wirkung im Landeskrankenhausgesetz; keine bisherige Anwendung			Vdek Schleswig-Holstein 2023: keine RM	2021-2022: --
Thüringen	Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) Thüringen (AOK PLUS)	2021-2023: Pandemiebedingte Aussetzung der EJ 2019/2020; ab EJ 2021 wieder Nutzung für interne Kommunikation und Unterstützung der Landeskrankenhausplanung; Beschluss 2019, dass plan. QI = => automatische Anwendung der plan. QI außer Kraft; Entscheidung des zuständigen Ministeriums per Einzelfallentscheid unter Einbeziehung des Thüringer Krankenhausplanungsausschuss 2023: Informationen stehen für Budgetverhandlungen zur Verfügung			Landesverbände der Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) Thüringen (AOK PLUS)	2021-2023: Wegen Neubeauftragung des IQTIG Verschiebung der praktischen Anwendbarkeit auf unbestimmte Zeit, keine Grundlage für eine rechtssichere Anwendung bei der KH-Planung gegeben

Landesverbände der Krankenkassen und Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen (vdek), welche die Ergebnisse der plan. QI nutzen und bereits konkret mit ihnen gearbeitet sowie Konsequenzen abgeleitet haben

Im folgenden Abschnitt sind die Rückmeldungen der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Landesvertretungen der Ersatzkassen, die bereits mit den plan. QI-Ergebnissen gearbeitet haben und dies auch zukünftig planen, dargelegt. Um einen Gesamtüberblick über die Rückmeldungen zum gesamten Zeitraum (beide Abfragen) zu geben, wurden die Angaben aus dem ersten Abfragezeitraum (2019 und 2020) mit den Informationen aus dem zweiten Abfragezeitraum (2021 und 2022) sowie zum letzten Abfragezeitpunkt 2023 nur ergänzt, wenn neue Angaben hinzukamen. Aus Gründen der besseren Darstellung erfolgte eine Zuordnung der Angaben pro Bundesland.

Baden-Württemberg

Der Landesverband der AOK Baden-Württemberg meldete zurück, dass bereits konkret mit den Ergebnissen gearbeitet wurde. So erfolgte die Einrichtung eines Gremiums, in dem sich Vertreter der Landesplanungsbehörde mit Vertretern der Landesqualitätssicherungseinrichtung austauschen und qualitätsfördernde Maßnahmen mit den Krankenhäusern beraten wurden. Mit der Umsetzung wurde die QiG BW GmbH (bisher GeQiK) beauftragt. Sämtliche abgeschlossene Zielvereinbarungen wurden von den Krankenhäusern eingehalten. Außerdem wurde berichtet, dass es keine Versorgungsvertragskrankenhäuser, die unter die plan. QI fallen, gäbe.

Bayern

Sowohl die AOK Bayern als auch die Landesvertretung des vdek Bayerns gaben über den gesamten Abfragezeitraum an, die Ergebnisse der plan. QI dahingehend zu nutzen, dass „im Rahmen von Budgetverhandlungen [...] in auffälligen Leistungsbereichen Ausschlüsse oder zumindest keine Leistungssteigerungen vereinbart werden [können.]“. Es wurde nach eigener Mitteilung zudem „durchaus“ konkret mit den Ergebnissen gearbeitet. Nach einem gesonderten Stellungnahmeverfahren wurden in einem gemeinsamen Gespräch mit dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) als zuständige Planungsbehörde „mögliche aktuelle und zukünftige krankenhauplanerische Konsequenzen aus den Ergebnissen der plan. QI erörter[t]“. Konsequenzen wurden bei Krankenhäusern mit „auffälligen bzw. unzureichenden Ergebnissen“ gezogen, indem sie bestimmte Leistungsbereiche eingestellt haben. Allerdings teilten die Landesverbände auch mit: „Da Bayern von der Opt-Out Regelung Gebrauch gemacht hat, gibt es keinen Automatismus bzgl. der Konsequenzen aus den plan. QI-Ergebnissen. Mit den nächsten und vor allem den übernächsten Ergebnissen [...] gehen wir davon aus, bei wiederholt auffälligen Krankenhäusern Druck über die zuständige Planungsbehörde aufbauen zu können und/oder flankierend Leistungsausschlüsse im Rahmen der Budgetverhandlungen zu vereinbaren.“ Diese Angaben wurden in der zweiten Abfrage bestätigt und dahingehend konkretisiert, dass bei Auffälligkeiten die Möglichkeiten bestünde, dass keine Leistungssteigerung gewährt wird bzw. ein Ausschluss des Krankenhauses im Rahmen der Budgetverhandlungen möglich sei. Nach der

Übermittlung der Ergebnisse von EJ 2021 und insbesondere 2022 sei geplant, Druck über zuständige die Landesplanungsbehörde auf Krankenhäuser mit wiederholt auffälligen Ergebnissen aufzubauen und/oder flankierend Leistungsausschlüsse im Rahmen der Budgetverhandlungen durchzusetzen. In der Rückmeldung zum letzten Abfragezeitpunkt 2023 wurde das Vorgehen konkretisiert, dass bei Auffälligkeiten eines KH Leistungssteigerungen ggf. im Rahmen von Budgetverhandlungen gestrichen und eine weitere Eskalation bis zum Ausschluss vorgenommen werden können.

Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern

Die für alle drei Bundesländer rückmeldende AOK Nordost teilte mit, dass sie „bei entsprechenden Auffälligkeiten die Landesbehörden [...] um Klarstellung ersucht“ hat. Das im jeweiligen Bundesland zuständige Landesgremium fordert in der Folge die betroffenen Krankenhäuser zur Aufklärung sowie zu einer „Sachverhaltsschilderung“ auf. So hat „in Brandenburg [...] z. B. ein Gespräch zwischen dem zuständigen Landesgremium und einem betroffenen Krankenhaus stattgefunden. Ziel war die inhaltliche Aufarbeitung des Sachverhalts und die Vereinbarung von gemeinsamen Maßnahmen. Im Anschluss des Gesprächs wurde eine Zielvereinbarung mit dem Krankenhaus erstellt und eine Evaluation der Ergebnisse im Jahr 2021 vereinbart.“. Im Rahmen der Evaluation der Zielvereinbarung 2022 zeigte sich, dass eine Umsetzung der geforderten Maßnahmen erfolgte und außerdem zugesichert wurde, diese zukünftig zu verstetigen.

Niedersachsen

Auch der niedersächsische Landesverband der AOK sowie die Landesvertretung des vdek Niedersachsen gaben an, die Ergebnisse der plan. QI zu nutzen. Die Landesvertretung der AOK teilte hierzu mit: „Der Gesetzgeber erlaubt die Anwendung der plan. QI für Entscheidungen in der Krankenhausplanung und dort werden sie auch diskutiert. Versorgungsverträge nach § 109 SGB V gehören dazu.“ Ergänzend dazu wurde in der zweiten Abfrage angemerkt, dass eine klare Regelung zum Umgang mit den plan. QI-Ergebnissen in Bezug auf die Feststellung von „nicht nur vorübergehende und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität“ fehle. Außerdem würde das Leistungsspektrum einer Fachabteilung gemäß Krankenhausplanung nicht abgedeckt, was den Ausschluss einzelner Leistungen erschweren würde. Auch bestünde die Gefahr der Etablierung eines zweiten Klärenden Dialogs bei Einzelfällen u.a. auch aufgrund der Trennung von rechnerischer und statistischer Auffälligkeit. Eine umfassendere Informationsaufarbeitung hinsichtlich „Qualität einer ganzen Fachabteilung“ sei notwendig.

Die Landesvertretung des vdek verwies im ersten Abfragezeitraum auf die Strukturdebatte und den Strukturierten Dialog sowie auf die Abrechnungsprüfung. Bezüglich der konkreten Arbeit mit den Ergebnissen meldete diese zurück, dass „Das Land Niedersachsen [...] die Krankenhäuser um Stellungnahme zu den Ergebnissen gebeten, z.T. auch zum Gespräch geladen.“ Des Weiteren wurde „Über die Ergebnisse [...] im Planungsausschuss berichtet. Konsequenzen wurden nicht abgeleitet.“. Weiterhin wurde ausgeführt: „Das Ministerium bittet jedes auffällige Krankenhaus um Stellungnahme, berichtet im KH-Planungsausschuss (beschwichtigend), reduziert auf Einzel-

fälle; [...]“. Als Ergebnis der sich anschließenden Diskussion im Ausschuss wird ebenfalls berichtet, dass es „keine durchgreifenden Maßnahmen“ gegeben habe. Die Landesvertretung des vdek geht jedoch auf einen speziellen Fall ein, in welchem „ein Krankenhaus mit zwei auffälligen Bereiche [n] [...] eine plankonkretisierende ergänzende Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 S. 5 ab[lehnt]“ und verweist auf zusätzlich in diesem Krankenhaus bestehende Abrechnungsauffälligkeiten, „die weitere Hinweise auf Qualitätsmängel geben“. Eine Information an das zuständige Ministerium sei erfolgt. Dieses verweise auf die Gewerbeaufsichtsbehörde, welche z. Zt. eingeschaltet sei.

Im zweiten Abfragezeitraum wurde ausgeführt, dass das Ministerium jedes auffällige Krankenhaus um eine Stellungnahme gebeten und zusätzlich im Krankenhausplanungsausschuss darüber berichtet hätte. Das Ergebnis der im ersten Abfragezeitraum angekündigten Überprüfung des Krankenhauses im Jahr 2021 ergab, dass der Sachverhalt vom Ministerium als "Einzelfälle ohne weitergehenden Handlungsbedarf" gewertet wurde. Bei einem Krankenhaus mit Versorgungsauftrag in der Chirurgie wurde allerdings die Durchführung von mammachirurgischen Eingriffen hinterfragt. Die Gewerbeaufsichtsbehörde kam zu dem Ergebnis, dass kein Mangel in der Versorgungsqualität vorläge. Krankenhäuser mit Auffälligkeiten würden hinsichtlich ihres Versorgungsauftrages und ihrer Leistungserbringung überprüft und anschließend ggf. Maßnahmen nach der DeQS-RL eingeleitet²⁴. Weitere Aktivitäten wurden allerdings durch die Coronapandemie beeinträchtigt. Auf die Frage, ob eine grundsätzliche Nutzung der plan. QI-Ergebnisse geplant sei, wurde folgendermaßen geantwortet: „Verbesserung der KH-Strukturen, Lenkungsgremium QS, Abrechnungsprüfung“. Zusätzlich wurde angemerkt, dass für eine Anwendung der plan. QI-Ergebnisse justiziable Kriterien erforderlich seien sowie eine Definierung der zu ergreifenden Maßnahmen. Außerdem wurde auf die Problematik der sehr geringen Fallzahlen verwiesen, da derzeit keine krankenhauserplanerischen Konsequenzen gezogen würden – auch nicht bei den Kleinst-Krankenhäusern. Auch bestehe das Vorhaben, Versorgungsverträge nach dem neuen Niedersächsischen Krankenhausgesetz (NKHG) zu konkretisieren (ab 01.01.2023).

Thüringen

Die AOK PLUS teilte im Auftrag der thüringischen Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen mit, dass es „zahlreiche politische Gespräche zur Anwendung der plan. QI [gab]“. Hierzu wird näher ausgeführt: „Im Rahmen eines formalen Anhörungsverfahrens des Thüringer Landtages wurde neben vereinzelt Thüringer Krankenkassen auch Herr Prof. Mansky (ehem. TU Berlin) zur Stellungnahme aufgefordert. Die Krankenkassen und Prof. Mansky votierten ausdrücklich für die uneingeschränkte Anwendung der plan. QI. im Freistaat Thüringen. Am 14. Juni 2019 beschloss der Thüringer Landtag in seiner 151. Plenarsitzung dennoch ein Gesetz, welches die plan. QI teilweise außer Kraft setzt und einen Kompromiss darstellen soll. Die automatische Anwendung der plan. QI ist folglich außer Kraft gesetzt und das zuständige unter Einbeziehung des Thüringer Krankenhausplanungsausschuss Ministerium entscheidet per Einzelfallentscheidung über die

²⁴ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung. In der Fassung vom 19. Juli 2018, zuletzt geändert am 21. Juli 2022, in Kraft getreten am 1. Januar 2023. URL: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/91/> (abgerufen am 20.02.2023).

Anwendung der plan. QI.“ In der zweiten Abfrage wurde darauf hingewiesen, dass es zu einer pandemiebedingten Aussetzung des plan. QI-Verfahrens der EJ 2019 / 2020 kam. Erst ab EJ 2021 stünden wieder Ergebnisse für die Nutzung in der internen Kommunikation und zur Unterstützung der Landeskrankenhausplanung an. Allerdings gäbe es bisher keine Neubeauftragung des IQTIG zur Bestimmung „wiederholter und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität“. Dadurch sei bisher keine Grundlage für eine rechtssichere Anwendung gegeben, weshalb die praktische Anwendbarkeit auf unbestimmte Zeit verschoben wurde. Für 2023 wurde zur Frage nach der grundsätzlichen Planung angemerkt, dass die Informationen für die Stellschraube „Budgetverhandlungen“ zur Verfügung stünden.

Landesverbände der Kranken- und Ersatzkassen, welche eine grundsätzliche Nutzung der plan. QI-Ergebnisse nicht ausschließen, diese jedoch bisher noch nicht konkret verwendet haben

Im folgenden Abschnitt sind die Rückmeldungen der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Landesvertretungen der Ersatzkassen, die bereits mit den plan. QI-Ergebnissen gearbeitet haben und dies auch zukünftig planen, dargelegt. Wie bereits erläutert, wurden die Angaben aus dem ersten Abfragezeitraum (2019 und 2020) mit den Informationen aus dem zweiten Abfragezeitraum (2021 und 2022) sowie zum letzten Abfragezeitpunkt 2023 ergänzt, wenn neue Angaben hinzukamen. Aus Gründen der besseren Darstellung erfolgte eine Zuordnung der Angaben pro Bundesland.

Bremen

Die AOK Bremen meldet im gesamten Abfragezeitraum zurück, dass die Ergebnisse der plan. QI „im Rahmen der Budgetverhandlung und für zukünftige ergänzende Versorgungsaufträge“ genutzt würden (im ersten Abfragezeitraum noch AOK Bremen / Bremerhaven). Die Frage, ob bereits konkret mit den Ergebnissen gearbeitet bzw. Konsequenzen abgeleitet wurden, wurde ohne weitere Ausführungen verneint.

Hamburg

In der ersten Abfrage gab die AOK Rheinland / Hamburg an, die Ergebnisse der plan. QI nutzen zu wollen. Konkret seien diese nicht in die Arbeit der Krankenkassen eingeflossen, wodurch auch noch keine Konsequenzen abgeleitet wurden. In der zweiten Abfrage gaben sowohl die AOK Rheinland / Hamburg sowie die Landesvertretung des vdek Hamburg an, die Ergebnisse grundsätzlich nutzen zu wollen, ohne dies aber weiter auszuführen. Eine konkrete Arbeit mit den Ergebnissen wurde von dem Landesverband AOK Rheinland/Hamburg und der Landesvertretung vdek Hamburg verneint.

Hessen

Die hessischen Landesverbände der Krankenkassen und die Landesvertretung des vdek Hessen führten aus, dass das Bundesland „sich mit dem Hessischen Krankenhausgesetz dazu verpflichtet [hat], bei Planungsentscheidungen die Ergebnisse der plan. QI im Planungsprozess zu berücksichtigen. Die Verbände der Krankenkassen werden dies auch einfordern, um die Sicherheit der

Patienten und Patientinnen zu gewährleisten.“ In die Arbeit der Krankenkassen seien die Ergebnisse nicht eingeflossen und somit wurden auch keine Konsequenzen gezogen, da „In Hessen [...] drei von vier auffälligen Geburtskliniken bereits geschlossen [haben]. Auf Basis der zwei verbleibenden auffälligen Kliniken (eine Geburtsklinik und eine Klinik im Bereich Mammachirurgie) wurde ergänzend zu der Veröffentlichung kein weiteres notwendiges Handlungserfordernis abgeleitet.“ Darüber hinaus führten die Verbände aus: „Um die Ergebnisse tatsächlich für eine qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausplanung nutzen zu können, müssen diese transparent dargestellt und beschrieben werden. Auf Basis von wenigen Einzelfällen lassen sich keine Handlungsoptionen für die Krankenhausplanung ableiten. Nichtsdestotrotz können sie die Basis für Gespräche mit Kliniken bilden.“ In der Rückmeldung aus dem zweiten Abfragezeitraum 2021/ 2022 wurde ergänzt, dass in Hessen zwei Kliniken für den Bereich der Geburtshilfe mit jeweils nur einem Fall auffällig geworden waren. Auch hier wurde wieder darauf hingewiesen, dass konkrete Maßnahmen auf Basis von Einzelfällen nicht ableitbar seien. Für 2023 wurde ergänzt, dass Informationen aus den Bewertungen im Rahmen von Dialogen mit Krankenhäusern genutzt werden können.

Nordrhein-Westfalen

Die Verbände AOK NORDWEST Westfalen-Lippe und Nordrhein teilten im ersten Abfragezeitraum 2019 / 2020 mit, dass sie die Ergebnisse der plan. QI nutzten. Der nordrheinische Verband führte hierzu aus, dass auffällige Ergebnisse „zur Kenntnis genommen [werden] und individuell [...] der mögliche Umgang hiermit geprüft [wird.]“. Darüber hinaus würde nicht konkret mit den Ergebnissen gearbeitet und folglich keine Konsequenzen aus ihnen abgeleitet.

Im zweiten Abfragezeitraum 2021 / 2022 erfolgte von der AOK NORDWEST (Westfalen-Lippe) keine Ergänzungen dazu. Die AOK Rheinland/Hamburg führte an, dass auffällige Ergebnisse zur Kenntnis genommen und Möglichkeiten des individuellen Umgangs geprüft würden. Die Frage nach der Arbeit mit den Ergebnissen und der Ableitung von Konsequenzen wurde verneint. Die BKK-LV Nordwest gab an, dass der Qualitätsaspekt eine zunehmende Rolle bei Budgetverhandlungen spiele, verneinte aber ebenso die Frage nach der konkreten Anwendung.

Für 2023 wurde seitens der AOK Rheinland/ Hamburg, Landesteil Nordrhein angemerkt, dass die Plan QI-Ergebnisse im Rahmen von Planungsentscheidungen Orientierung bieten. Im Rahmen der neuen Krankenhausplanung NRW wurden verbindliche Qualitätskriterien festgelegt, allerdings ohne Berücksichtigung von Plan. QI. Folglich sei die Nutzung nur eingeschränkt möglich, da Plan. QI kein justiziables Kriterium im Rahmen von Planungsentscheidungen darstelle

Rheinland-Pfalz / Saarland

In der ersten Abfrage 2019/2020 gab die AOK Rheinland-Pfalz/ Saarland und die saarländische AOK RPS an, eine Nutzung der Ergebnisse zu planen, allerdings ohne bisher damit gearbeitet zu haben. Im zweiten Abfragezeitraum merkte der vdek des Landes Saarland an, die plan. QI-Ergebnisse grundsätzlich im Rahmen von Krankenhausplanung und Budgetverhandlungen nutzen zu wollen. Die konkrete Nutzung der Ergebnisse wurde aber ohne weitere Ausführung verneint.

Für 2023 vermerkte die vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz, dass eine grundsätzliche Nutzung der plan. QI-Ergebnisse geplant sei, insbesondere in den Krankenhausplanungsgremien. Allerdings wurde hinsichtlich der tatsächlichen Nutzung vermerkt, dass es eine Diskrepanz zwischen statistischen Auffälligkeiten und tatsächlichen regelhaften Qualitätsmängeln gäbe und sich auf Einzelfälle/Ausnahmen reduziere. Dies sei in der politischen Diskussion schwer anzubringen. Zum gleichen Abfragezeitpunkt ergänzte der vdek Saarland, dass eine grundsätzliche Nutzung geplant sei, wenn die Relevanz gegeben ist.

Sachsen

Die AOK PLUS teilte im Auftrag der Landesvertretung der sächsischen Krankenkassen und des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) Sachsen zum ersten Abfragezeitraum 2019/ 2020 mit, dass Sachsen die Anwendung der plan. QI-RL rechtlich nicht eingeschränkt hätte und dass die Ergebnisse der plan. QI genutzt werden sollten, im Moment aber noch nicht werden: „Aufgrund der Neubeauftragung des IQTIG durch den G-BA vom 20. März 2020 hat sich die praktische Anwendbarkeit der plan. QI-RL auf unbestimmte Zeit nach hinten verschoben. Die Grundlage für eine rechtssichere Anwendung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren im Rahmen einer qualitätsorientierten Krankenhausplanung ist momentan nicht gegeben.“ Ergänzend wurde in der sich anschließenden Abfragezeitraum 2021/ 2022 darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse für Budgetverhandlungen zur Verfügung stünden, sofern es keine pandemiebedingte Aussetzung des Verfahrens gäbe. Die Landesverbände der Krankenkassen und Verband der Ersatzkrankenkassen (vdek) im Freistaat Sachsen merkten 2023 an, dass eine Nutzung für die interne Kommunikation und Unterstützung der Krankenhausplanung des Landes erfolge und die Informationen Budgetverhandlern zur Verfügung stünden. Allerdings wurde die Anwendung der plan. QI-RL im Sächsischen Krankenhausgesetz von einer Muss-Regelung in eine Kann-Regelung umgewandelt (gültig seit 01.01.2023) und sei daher eingeschränkt worden.

Sachsen-Anhalt

Im gesamten Abfragezeitraum teilte der Landesverband der Krankenkassen Sachsen-Anhalt mit, dass es Potential für die künftige Krankenhausplanung gäbe, eine konkrete Anwendung aber bisher in der Planung nicht vorgesehen sei. 2023 wurde hinzugefügt, dass die fehlende Verbindlichkeit der Grund für die Nicht-Anwendung sei. Der vdek Sachsen-Anhalt ergänzte, dass hinsichtlich der geplanten Nutzung die plan. QI-Ergebnisse zur Argumentation genutzt werden könne.

Schleswig-Holstein

Der Landesverband der AOK NORDWEST gab in der Abfrage 2019–2021 an, die Ergebnisse der plan. QI nutzen zu wollen, allerdings ohne bisherige konkrete Umsetzung. In der darauffolgenden Abfrage gaben der AOK Nordwest und die Landesvertretung des vdek an, dass die Ergebnisse der plan. QI im Rahmen der Mitarbeit genutzt würden, aber keine unmittelbare Wirkung im Landeskrankenhausgesetz hätten. Bisher gab es keine konkrete Arbeit mit den Ergebnissen.

4.3.3 Zusammenfassung der Rückmeldungen der Landesverbände der Krankenkassen und der Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) zur Verwendung der plan. QI

Die Rückmeldungen der Landesverbände der Krankenkassen und Landesvertretungen der Ersatzkassen wiesen eine hohe Vollständigkeit aus. Im ersten Abfragezeitraum 2019/2020 wurde für alle Bundesländer eine Rückmeldung gegeben, und im darauffolgenden 2021/2022 für alle mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz. Zum letzten Abfragezeitpunkt 2023 wurde ebenfalls für alle Bundesländern eine Rückmeldung übermittelt. Allerdings waren einige hoch aggregiert wie im Falle der AOK Nordost, die für drei Bundesländer alle Angaben zusammen in einem Datenblatt auswies (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern), oder es gab zu einem einzelnen Bundesland mehrere rückmeldende Organisationen, wie im Falle von Nordrhein-Westfalen (AOK Rheinland / Hamburg – Landesteil Nordrhein, AOK Nordwest – Landesteil Westfalen-Lippe, BKK-Landesvertretung Nordwest – Hauptverwaltung Essen).

Dieser Umstand erschwerte die Auswertung zur Anzahl der Vertragskrankenhäuser, mit denen die Kassen (ergänzende) Versorgungsverträge abgeschlossen haben (A). Hinzu kommt, dass historisch betrachtet der ergänzende Versorgungsvertrag nach § 108 SGB V ursprünglich als Instrument entwickelt wurde, um den Zulassungsstatus eines Plankrankenhauses zu begründen. Inzwischen wird das Instrument jedoch zum Abschluss von zusätzlichen Leistungen genutzt. Da unklar ist, welcher der beiden Ansätze bei der Beantwortung der Frage zugrunde gelegt wurde, können in diesem Bericht lediglich die Anzahl und die dazugehörigen Veränderungen dargestellt werden. Zusammenfassend sind insgesamt nur geringfügige Rückgänge zu verzeichnen. Die AOK Baden-Württemberg vermerkte außerdem, dass ihre / die zurückgemeldeten Angaben nur Plankrankenhäuser umfassten und keine ergänzenden Vereinbarungen bzw. Versorgungsverträge durch die Landesverbände. Die AOK Nordost gab für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern keine Angaben zu diesem Punkt an, und der Landesverband Hessen merkte wie auch die Vorjahre an, dass zu den abgefragten Bereichen keine Versorgungsverträge gem. § 108 Nr. 3 / § 109 SGB V bestünden. Die AOK Niedersachsen meldete zurück, dass keine Versorgungsverträge nach § 108 Abs. 3 SGB V in Bezug auf einen Zulassungsstatus existierten, aber Versorgungsverträge nach § 109 Abs. 1 Satz 5 zur Konkretisierung von Leistungsstrukturen bestünden – allerdings ohne Bezug zu den Fachgebieten „Gynäkologie“ und „Geburtshilfe“.

Dafür waren die Angaben im Bereich der Nutzung der plan. QI-Ergebnisse sehr ausführlich und informativ – insbesondere auch im Vergleich zu den Landesplanungsbehörden. Sie wurden daher wie im Zwischenbericht als Exzerpte aus den Rückläufen dargestellt und bestätigt, korrigiert bzw. ergänzt durch die neuen Informationen des zweiten Abfragezeitraumes 2021–2022 und 2023. Interessanterweise wiesen die Rückmeldungen der Landesverbände der Krankenkassen und Landesvertretungen der Ersatzkassen mehr und weiter ausdifferenzierte Informationen zur Arbeit der Landesplanungsbehörden, als von ihnen selbst dargestellt.

Aus den Rückmeldungen der Landesverbände der Krankenkassen und Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) wurde deutlich, dass im Zeitraum der Abfrage 2019–2023 in

sieben Bundesländern mit den Ergebnissen der plan. QI gearbeitet wurde (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Thüringen), während bei den verbleibenden neun Bundesländern lediglich eine zukünftige Nutzung der Ergebnisse geplant sei (Bremen, Hamburg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein). Von den Landesverbänden bzw. Landesvertretungen der Krankenkassen und Ersatzkassen wurden zu dreizehn Bundesländern teilweise sehr detaillierte wie auch aufschlussreiche Ausführungen zum zukünftig geplanten Vorgehen dargelegt (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen).

Die Durchführung qualitätsfördernder Maßnahmen wurde bspw. aus Brandenburg mitgeteilt, wo Erläuterungen zum Sachverhalt beim zuständigen Lenkungsgremium eingeholt wurden und anschließend in den Abschluss von Zielvereinbarungen mündeten. Die Maßnahmen wurden anschließend positiv evaluiert. Nach Angabe der AOK Baden-Württemberg hatte die dort zuständige Landesplanungsbehörde ein Gremium mit deren Vertretern sowie aus der dortigen LAG eingerichtet und qualitätsfördernde Maßnahmen bspw. durch Zielvereinbarungen ergriffen. Diese Angabe fand sich allerdings nicht in den Rückmeldungen der Landesplanungsbehörden. In Austausch mit den Landesplanungsbehörden zu den plan. QI-Ergebnissen stünden gemäß eigener Angabe sieben Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Thüringen). In diesem Zusammenhang wurden auch aktuelle und zukünftige (mögliche) Konsequenzen erörtert. Aus Niedersachsen wurde berichtet, dass die Ergebnisse im Planungsausschuss diskutiert und im Hinblick auf Versorgungsverträge bereits im Rahmen der Krankenhausplanung verwendet würden. In Bayern soll mit den plan. QI-Ergebnissen der nächsten Verfahrensjahre dahingehend krankenhauserplanerisch gearbeitet werden, dass über die zuständige Planungsbehörde einerseits Druck bei den Krankenhäusern aufgebaut würde, während gleichzeitig Leistungsausschlüsse im Rahmen der Budgetverhandlungen vereinbart werden könnten. In Thüringen würden die Ergebnisse zur internen Kommunikation sowie unterstützend für die Landeskrankenhausplanung verwendet. Interessant in diesem Zusammenhang sind die Informationen aus zwei Bundesländern, dass die betroffenen Krankenhäuser bereits selbst Konsequenzen in Bezug auf die mangelhafte Leistungserbringung gezogen hätten (Bayern, Hessen). Im Fall von Bayern wurden diese Angaben von der Landesplanungsbehörde bestätigt (vgl. hierzu Abschnitt 4.2). Als Stellschraube bei einer potenziellen Anwendung wurden von sieben Bundesländern Budgetverhandlungen genannt (Bayern, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Thüringen). In Bremen wurde auf die Möglichkeit zum Abschluss ergänzender Versorgungsverträge verwiesen.

Bei den Rückmeldungen wurde auch auf die derzeitigen Einschränkungen im Umgang mit den plan. QI-Ergebnissen in Bezug auf die Krankenhausplanung eingegangen (Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt). In diesem Zusammenhang wurden im Wesentlichen die Gründe wiederholt, die bereits von den Landesplanungsbehörden angeführt wurden. Zum einen

fehlen für die Arbeit mit den plan. QI-Ergebnissen im Rahmen der Krankenhausplanung eindeutige Vorgaben zum Umgang mit „unzureichender Qualität“ (Niedersachsen) bzw. „nicht nur vorübergehende und in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität“ (Thüringen). Da die Neubeauftragung zur Bestimmung derselben bisher nicht durch den G-BA erfolgt sei, wurde die praktische Anwendung der plan. QI-Ergebnisse auf unbestimmte Zeit ebenda verschoben. Das zweite Argument ist ähnlich der Kritik einiger Landesplanungsbehörden hinsichtlich der Abbildung der Versorgungsleistung durch die Ergebnisse in einzelnen plan. QI bzw. zum gesamten Indikatorenset. Ergänzt wird dieses Argument mit dem Hinweis der Landesverbände der Krankenkassen und Landesvertretungen der Ersatzkassen, die Ergebnisse seien nicht kompatibel mit dem Leistungsspektrum einer Fachabteilung bzw. im Hinblick auf die Fachplanung. Als neues und drittes Argument wird angeführt, dass es sich bei den betroffenen Krankenhäusern um „Einzelfälle ohne weiteren Handlungsbedarf“ handele und folglich keine krankenhauserischen Konsequenzen gezogen würden, nicht einmal bei sehr kleinen Krankenhäusern (Hessen, Niedersachsen). Daher müssten auch keine weiteren Maßnahmen ergriffen werden. Hinzu kommt, dass in Niedersachsen das Versorgungsdefizit bei einem Krankenhaus mit mammachirurgischen Leistungen durch die Gewerbeaufsichtsbehörde nicht bestätigt wurde. Aus Rheinland-Pfalz wurde ergänzt, dass 2023 eine Diskrepanz zwischen statistischen Auffälligkeiten und tatsächlichen regelmäßigen Qualitätsmängeln bestünde und es sich daher um eine Reduzierung auf Einzelfälle bzw. Ausnahmen handele, die in der politischen Diskussion schwer anzubringen seien. Auch für Sachsen-Anhalt wurde die fehlende Verbindlichkeit angemerkt, und für Sachsen wurde auf die Einschränkung der Anwendung der plan. QI-RL im Sächsischen Krankenhausgesetz (gültig seit 1. Januar 2023) hingewiesen, wodurch die „Muss-Regelung“ durch eine „Kann-Regelung“ abgelöst wurde.

Abschließend kann angemerkt werden, dass die Angaben der Landesverbände der Krankenkassen und Landesvertretungen der Ersatzkassen sehr reichhaltig waren, allerdings konnten sie nicht regelmäßig auf Bundeslandebene zugeordnet werden und bezogen sich häufig auf die Arbeit der Landesplanungsbehörden. Im Zusammenspiel mit den Landesplanungsbehörden werden demnach die Ergebnisse sowohl zur Qualitätsförderung wie auch zu krankenhauserischen Zwecken angewendet. Auch wurden bereits für weitere Ergebnisübermittlungen Stellschrauben dahingehend justiert, dass Krankenhäuser bei zukünftigen Budgetverhandlungen mit Einschränkungen hinsichtlich der Leistungssteigerung rechnen müssen.

4.4 Ergebnisse der Verfahrensschritte Datenvalidierung, Neuberechnung und Stellungnahmeverfahren

Im Folgenden werden weitere relevante Ergebnisse des Verfahrens vorgestellt. Die Reihenfolge orientiert sich dabei chronologisch an der für das Verfahren relevanten Abfolge der einzelnen Verfahrensschritte:

- Datenvalidierung und Neuberechnung
- Stellungnahmeverfahren inkl. fachlicher Bewertung

Dem Zeitstrahl in Abbildung 7 lassen sich alle relevanten Verfahrensschritte sowie -fristen entnehmen. Das aktive Verfahren erstreckt sich auf den Zeitraum von Mitte März (Datenaufbereitung) bis Ende November (Abgabe des Berichts nach § 17 plan. QI-RL) eines Verfahrensjahres.

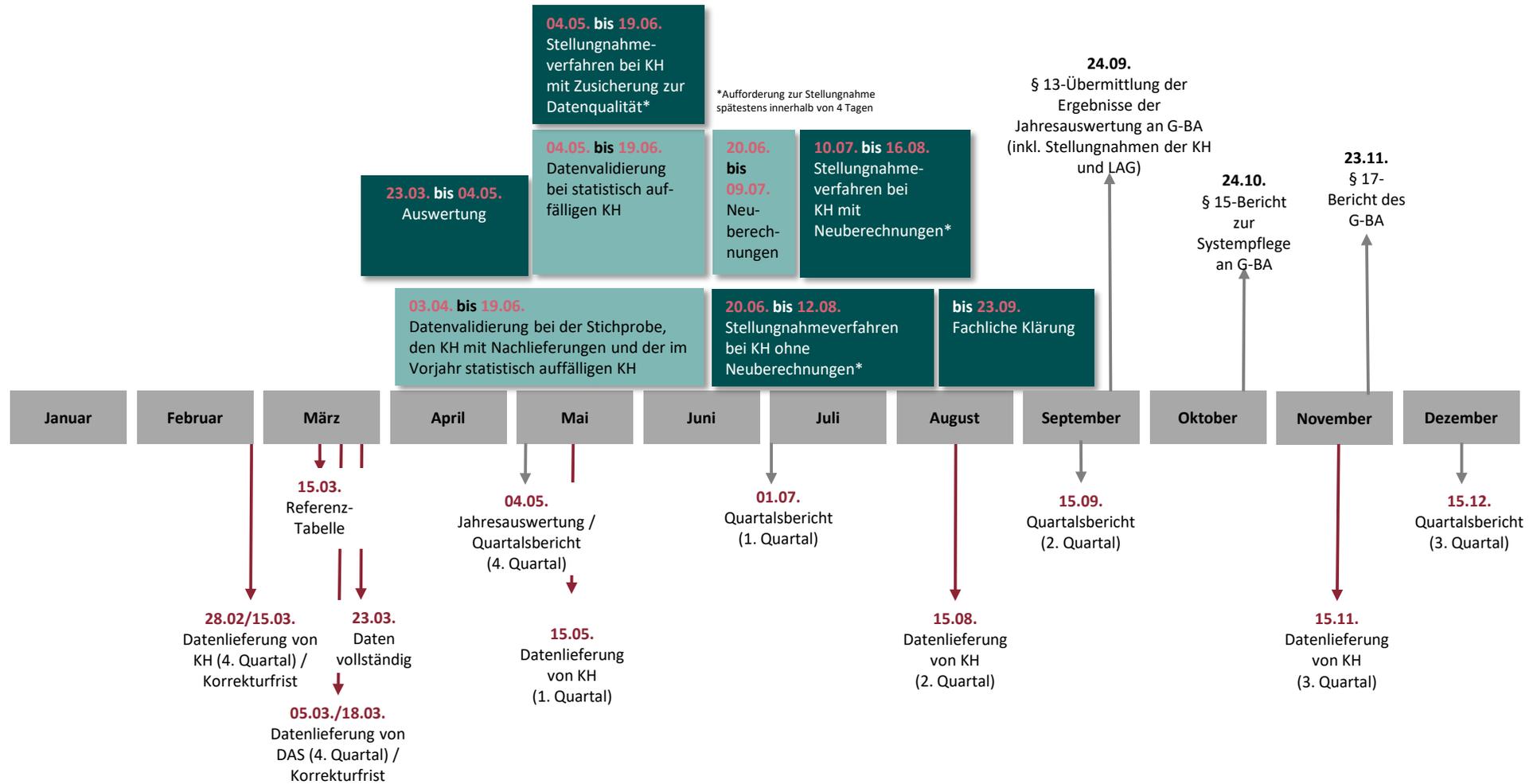


Abbildung 7: Chronologischer Ablauf des Verfahrens plan. QI zum EJ 2022

4.4.1 Ergebnisse im Zusammenhang mit der Datenvalidierung

Mit der Bereitstellung der Jahresauswertung werden alle Krankenhausstandorte, die plan. QI-relevante Fälle behandelt haben, über ihre Ergebnisse informiert. Die Jahresauswertung stellt auch gleichzeitig den Startpunkt des Verfahrens dar, ab dem im weiteren Verlauf Standorte mit statischen Auffälligkeiten, weiterführende Schritte im Verfahren durchlaufen müssen. Nachdem die Daten bereitgestellt wurden, haben die Krankenhäuser mit einer statischen Auffälligkeit die Möglichkeit, sich einer Datenvalidierung zu unterziehen bzw. ihre an das IQTIG übermittelten QS-Daten selbst zu prüfen²⁵.

Um zu gewährleisten, dass ein statistisch auffälliges Ergebnis nicht auf einem Dokumentationsfehler basiert, werden die Daten jedes Verfahrensjahres einer Datenvalidierung, d. h. einem Abgleich mit der Patientenakte unterzogen (§ 9 Abs. 1 plan. QI-RL). Ein Aktenabgleich ist gem. § 9 Abs. 2 plan. QI-RL durchzuführen, wenn ein Krankenhausstandort

- a) eine statistische Auffälligkeit gem. § 8 Abs. 3 plan. QI-RL aufweist (Gruppe 1),
- b) im jeweiligen Vorjahr eine statistische Auffälligkeit aufgewiesen hat (Gruppe 2),
- c) aus einer allgemeinen Stichprobe stammt (Gruppe 3),
- d) aus einer Stichprobe von Krankenhäusern stammt oder gezogen wurde, die Daten nachgeliefert haben (Gruppe 4).

Die Datenvalidierung erfolgt gem. § 9 Abs. 5 plan. QI-RL durch die auf Landesebene beauftragten Stellen oder sofern „eine direkte Einsicht in Patientenakten aus Gründen des im jeweiligen Bundesland geltenden Datenschutzrechts nicht zulässig ist, [...] durch den Medizinischen Dienst (MD) des entsprechenden Bundeslandes“. Werden im Rahmen der Datenvalidierung Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und der jeweiligen Patientenakte festgestellt, werden die Daten korrigiert und Neuberechnet. Alternativ zu dieser externen Datenvalidierung kann ein Standort mit statistisch auffälligen Ergebnissen die Korrektheit seiner dokumentierten Daten auch gem. § 9 plan. QI-RL per Zusicherung bestätigen, sodass eine Vor-Ort-Datenvalidierung entfallen kann. Weiterführende Informationen zum Ablauf der Datenvalidierung und zur Zusammensetzung der Stichproben kann dem Bericht zur Systempflege entnommen (IQTIG 2022).

4.4.1.1 Besonderheiten zur Datenvalidierung in den EJ 2019, 2020 sowie 2021

Konsequenzen der COVID-19-Ausnahmeregelungen auf die Stichproben

Zu beachten ist, dass aufgrund der Coronapandemie wichtige Schritte des Verfahrens der plan. QI für die EJ 2019 und 2020 ausgesetzt wurden und vom beschriebenen Verfahren abgewichen wurde²⁶. Für das EJ 2021 wurde das Verfahren richtliniengemäß wiederaufgenommen, allerdings sind nachfolgend die Besonderheiten des EJ 2021 zusammengefasst, die den richtliniengemäßen Ablauf des Verfahrensjahres 2022 beeinflusst haben.

²⁵ vgl. BzS 2021, S. 15, S. 28.

²⁶ Beschluss, Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren: Ausnahme zu QS-Anforderungen (COVID-19). In Kraft getreten am 22. Juli 2021. URL: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4891> (abgerufen am 20.02.2023) /.

Durch die zeitlich befristeten Sonderregelungen des G-BA, als Maßnahme aufgrund der Coronapandemie, wurden für die Erfassungsjahre 2019 und 2020 sog. Ausnahmen von Anforderungen an die Qualitätssicherung formuliert. Diese betrafen in der plan. QI-RL die Regelungen zur Datenvalidierung, zum Stellungnahmeverfahren sowie zu unterjährigen Quartalslieferfristen, die somit keine Anwendung fanden (§ 18 plan. QI-RL). Dies hatte im EJ 2021 Auswirkungen auf die Ziehung der Stichproben der Gruppen b und d: Gruppe b (Standorte mit einer statistischen Auffälligkeit nach Neuberechnung aus dem jeweiligen Vorjahr) konnten nicht bestimmt werden, da keine Datenvalidierung gemäß § 9 plan. QI-RL und somit keine Neuberechnung in den EJ 2019 und 2020 stattgefunden hatte. Durch die Aussetzung der Quartalslieferfrist gemäß § 18 plan. QI-RL konnte Gruppe d ebenfalls (Gruppe der nachliefernden Standorte) nicht bestimmt werden. Dadurch reduzierten sich die Stichprobenziehungen im EJ 2021 nur auf die allgemeine Stichprobe (Gruppe c). Die Gruppe der Standorte mit statistischer Auffälligkeit wurde gemäß § 9 plan. QI-RL regulär einer Datenvalidierung unterzogen.

EJ 2021: Bundesländer ohne Datenvalidierung

Besonderheiten, die im Rahmen der Durchführung des EJ 2021 erstmalig aufgetreten sind, betrafen die Bundesländer Bayern und Berlin. Im Bundesland Berlin wurde die Datenvalidierung aufgrund von berichteten Ressourcenproblemen verspätet durchgeführt. Insgesamt konnten drei Standorte mit 60 Fällen aufgrund der zeitlichen Engpässe in Gänze nicht datenvalidiert werden (aus der Stichprobe). Von den insgesamt vier Standorten mit statistisch auffälligen Ergebnissen, konnten drei einer Datenvalidierung unterzogen werden, der vierte Standorte gab eine Zusage ab. Zur Berücksichtigung der drei Standorte mit stat. Auffälligkeit wurde die Frist zur Datenvalidierung für dieses Bundesland erstmalig seit Beginn des plan. QI-Verfahrens verlängert. Als weiteres Bundesland mit Besonderheiten im Ablauf ist Bayern zu nennen. Hier wurde angegeben, dass aus Sicht der LAG-Gesellschafter die Rechtsgrundlage für die vorgesehene direkte Einsicht in die Patientenakte fehlte, da die Richtlinien-Anpassungen zu den EJ 2021 und 2022 erst sehr spät im Bundesanzeiger veröffentlicht wurden. Als Konsequenz wurde die Datenvalidierung in Gänze nicht durchgeführt. Dies galt in der Gruppe der allgemeinen Stichprobe für insgesamt 10 Standorte mit 190 Fällen. Aus der Gruppe der Standorte mit statistischer Auffälligkeit wurden 26 Standorte mit insgesamt 243 Fällen keiner Datenvalidierung unterzogen. Hier entschied der G-BA, die Datenvalidierung in Bayern nicht nachzuholen, sondern die Standorte ohne Validierung dem Stellungnahmeverfahren gemäß § 11 plan. QI-RL zuzuführen. Im Fall von Dokumentationsfehlern wurde zusammen mit der AG plan. QI ein Bewertungsalgorithmus erarbeitet und konsentiert, sowie die neu gebildete Kategorie „Sonstiges“ vergeben, wodurch berücksichtigt wurde, dass aufgrund der fehlenden Datenvalidierung die eingebrachten Dokumentationsfehler nicht ausreichend geklärt werden konnten.

4.4.1.2 Anzahl der Standorte, die plan. QI-relevante Fälle behandelt haben

Die folgende Tabelle 15 fasst die Anzahl der Standorte, die plan. QI-relevante Fälle behandelt haben, aufgeschlüsselt nach QS-Verfahren für die EJ 2017 bis 2021 zusammen. In den plan. QI der

Verfahren QS PM (PM-GEBH) und QS GYN-OP verringert sich die Anzahl dieser Standorte über alle drei betrachteten Erfassungsjahre kontinuierlich. Im Gegensatz hierzu steigt die Anzahl der Standorte in den plan. QI von QS MC ab dem EJ 2020 deutlich an. Die Summe der Standorte, die plan. QI-relevante Fälle behandelt haben, hat sich von EJ 2017 bis EJ 2021 um 159 Standorte von 2.411 auf 2.252 Standorte reduziert. Als Besonderheit sollte beachtet werden, dass in den Jahren 2017 und 2018 die Auswertung auf den entlassenden Standorten basierte, während für das EJ 2019 der behandelnden Standorte zugrunde gelegt wurde. Da die Anzahl der Standorte in den betrachteten Erfassungsjahren differiert, sind die Zahlen nur bedingt vergleichbar. Ursache hierfür ist, dass ein entlassendes Krankenhaus mehrere behandelnde Standorte enthalten kann und dabei kann jeder behandelnde Standort wiederum pro Vorgang einen Basisbogen mit mehreren Prozedur- (bzw. bei 16/1 mehrere Kind-) Bögen generieren. Trotzdem gab es weniger behandelnde als entlassende Standorte, somit sind die Zahlen daher nur bedingt vergleichbar. Auch die Coronapandemie und die Auswirkungen auf die Krankenhäuser (Konzentration der Betten und Personalkapazitäten auf die Versorgung schwerstkranker Coronapatienten) sollte bei der Interpretation der EJ 2019 bis 2021 beachtet werden.

Die hier im Abschlussbericht der Begleitevaluation dargestellten Zahlen umfassen alle Standorte, die plan. QI-relevante Fälle behandelt haben, wohingegen in früheren Berichten auf Bezug der insgesamt datenliefernden Standorte genommen wurde, sodass sich die Zahlen voneinander unterscheiden können.

Tabelle 15: Anzahl an Standorten, die plan. QI-relevante Fälle behandelt haben (EJ 2017–2021)

QS-Verfahren	Anzahl Standorte				
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2019	EJ 2020	EJ 2021
QS GYN-OP (15/1)	1.076	1.054	1.025	918	909
QS PM (PM-GEBH) (16/1)	714	696	681	628	615
QS MC (18/1)	621	611	610	730	728
Anzahl Standorte gesamt (distinkt)	1.085	1.063	1.037	949	935

4.4.1.3 Vergleich der Ergebnisse vor Datenvalidierung

In der nachfolgenden Tabelle 16 werden die Ergebnisse der Jahresauswertung vor und nach der Datenvalidierung im Hinblick auf die Anzahl der statistischen Auffälligkeiten pro QI und die Anzahl der Standorte für den Zeitraum 2017 bis 2021 dargestellt. Es zeigt sich, dass die Anzahl der statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung über alle fünf bisherigen EJ hinweg schwankt. Wurden im EJ 2017 noch 258 statistische Auffälligkeiten an 223 Standorten gemessen, sank diese Zahl im EJ 2018 auf 211 statistische Auffälligkeiten an 184 Standorten und im EJ 2019 auf den bisher niedrigsten Stand mit 145 Auffälligkeiten an 129 Standorten. Im EJ 2020 ist hingegen wieder eine leichte Steigerung zu erkennen, auf 187 statistische Auffälligkeiten an 163 Standorten. Im EJ 2021

beträgt die Anzahl der statistischen Auffälligkeiten 171 an 148 Standorten, damit bleibt der bisher niedrigste Stand an statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung im EJ 2019 bestehen.

Tabelle 16: Anzahl der Standorte vor DV und nach DV und Neuberechnung (NB) (EJ 2017–2021)

Qualitätsindikator	Anzahl der Standorte vor DV und nach DV und NB									
	EJ 2017		EJ 2018		EJ 2019		EJ 2020		EJ 2021	
	vor DV	nach DV	vor DV	nach DV	vor DV	nach DV	vor DV	nach DV	vor DV	nach DV
10211 Vollständige Entfernung des Ovars o. d. Adnexe ohne pathologischen Befund	9	4	3	0	1	-	7	-	1	1
12874 Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	26	11	17	7	9	-	15	-	15	7
51906 Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskop. OP	2	1	1	1	1	-	2	-	2	1
QS GYN-OP (15/1): Summe der Auffälligkeiten	37	16	21	8	11	-	24	-	18	9
QS GYN-OP (15/1): Anzahl Standorte mit Auffälligkeiten gesamt	37	16	21	8	11	-	24	-	18	9
318 Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	93	69	76	52	63	-	65	-	70	63
330 Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten	24	10	21	2	12	-	26	-	32	9
1058 E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	24	12	27	17	22	-	26	-	17	11
50045 Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiser-schnittentbindung	2	0	2	1	1	-	4	-	5	3

Qualitätsindikator	Anzahl der Standorte vor DV und nach DV und NB									
	EJ 2017		EJ 2018		EJ 2019		EJ 2020		EJ 2021	
	vor DV	nach DV	vor DV	nach DV	vor DV	nach DV	vor DV	nach DV	vor DV	nach DV
51803 Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	7	6	4	4	8	-	4	-	1	1
QS PM (PM-GEBH) (16/1): Summe der Auffälligkeiten	150	97	130	76	106	-	125	-	125	87
QS PM (PM-GEBH) (16/1): Anzahl Standorte mit Auffälligkeiten gesamt	141	94	123	74	99	-	115	-	114	82
2163 Primäre Axilladissektion bei DCIS	4	2	6	4	7	-	6	-	5	3
52279 Intraop. Präparatradiografie o. intraop. Präparatsonografie bei sonogr. Drahtmarkierung	55	39	40	21	17	-	26	-	15	10
52330 Intraop. Präparatradiografie o. intraop. Präparatsonografie bei mammogr. Drahtmarkierung	12	9	14	4	4	-	6	-	8	3
QS MC (18/1): Summe der Auffälligkeiten	71	50	60	29	28	-	38	-	28	16
QS MC (18/1): Anzahl Standorte mit Auffälligkeiten gesamt	68	47	55	28	27	-	37	-	25	15
Summe der Auffälligkeiten gesamt	258	163	211	113	145	-	187	-	171	112
Anzahl Standorte mit Auffälligkeiten gesamt	223	151	184	105	129	-	163	-	148	102

Ergänzend zu Abschnitt 4.1.1.2 zeigt sich in allen EJ, dass der Anteil der statistischen Auffälligkeiten (vor DV) des QI 318 im Vergleich zu den Ergebnissen aller QIs am höchsten ist und über die betrachteten EJ sogar zunimmt (EJ 2018: 36,0 %; EJ 2019: 43,5 %; EJ 2020: 34,7 %; EJ 2021: 40,9 %). Dabei fällt insbesondere auf, dass der Anteil der statistischen Auffälligkeiten im EJ 2019 den höchsten Stand erreicht – obwohl die Anzahl der einzelnen Auffälligkeiten in fast allen betrachteten plan. QI und auch die Gesamtzahl an Auffälligkeiten zurückgegangen ist. Betrachtet man die Anzahl der statistischen Auffälligkeiten nach DV, so zeigt sich, dass ebenfalls im QI 318 die höchste Anzahl erreicht wird: 69 (42,3 %); EJ 2018: 52 (46,0 %); EJ 2021: 63 (56,3 %). Daneben ist im Verfahren *QS PM (PM-GEBH)* eine Zunahme der Auffälligkeiten im QI 50045 (Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung) zu beobachten, bspw. verdreifacht sich hier der Anteil an statistischen Auffälligkeiten nach Datenvalidierung im EJ 2021 im Vergleich zu 2017 wie auch 2018 (EJ 2017: 0 %; EJ 2018: 10,9 %; EJ 2021: 3 (2,7 %)). Der Anteil an allen Auffälligkeiten bleibt aber insgesamt sehr gering. Auch im QI 330 (Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten) ist ein deutlicher Anstieg der Anzahl sowie des Anteils der statistischen Auffälligkeiten von 2018 auf 2021 zu erkennen: EJ 2017 10 (6,1 %), EJ 2018 2 (1,8 %) und EJ 2021: 9 (8 %).

Den plan. QI mit der zweithöchsten Zahl an statistischen Auffälligkeiten stellt der in *QS MC* verortete QI 52279 (Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung) dar (siehe auch Abschnitt 4.1.1.3). Im Gegensatz zum plan. QI 318 (Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten) ist bei den Ergebnissen des QI 52279 jedoch ein kontinuierlicher Rückgang vor und auch nach DV zu beobachten, was sich auch in den stat. Auffälligkeiten in der Anzahl und im Anteil an allen stat. Auffälligkeiten nach DV zeigt: EJ 2017: 39 (23,9 %); EJ 2018: 21 (18,6 %); EJ 2021: 10 (8,9 %). Bei der Betrachtung der mammachirurgischen plan. QI-Ergebnisse fällt weiterhin auf, dass im QI 2163 (Primäre Axilladissektion bei DCIS) die Anzahl und der Anteil an statistischen Auffälligkeiten sich nach DV von EJ 2017 zum EJ 2018 verdoppelt haben und ab EJ 2021 wieder leicht sinken (EJ 2017: 2 (1,2 %); EJ 2018: 4 (3,5 %); EJ 2021: 3 (2,7 %)). Der QI 52330 (Intraop. Präparatradiografie o. intraop. Präparatsonografie bei mammogr. Drahtmarkierung) zeigt über alle betrachteten EJ einen gleichmäßigen und kontinuierlichen Rückgang in der Anzahl der Auffälligkeiten und auch im Anteil an allen statistischen Auffälligkeiten (EJ 2017: 9 (5,5 %), EJ 2018 4 (3,5 %), EJ 2021: 3 (2,7 %)).

Die drei plan. QI aus *QS GYN-OP* verzeichnen über die EJ den geringsten Anteil an statistischen Auffälligkeiten, wobei der QI 12874 (Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung) hierbei noch die meisten statistischen Auffälligkeiten und den höchsten Anteil an allen stat. Auffälligkeiten in *QS GYN-OP* nach Datenvalidierung aufweist (siehe auch Abschnitt 4.1.1.1) (EJ 2017: 11 (6,8 %), EJ 2018: 7 (6,2 %), EJ 2021: 7 (6,3 %)). Im QI 10211 (Vollständige Entfernung des Ovars o. d. Adnexe ohne pathologischen Befund) sind über die betrachteten EJ nur wenige Auffälligkeiten zu erkennen. Die Verteilung der statistischen Auffälligkeiten im QI 51906 (Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskop. OP) zeigt in allen EJ eine gleichmäßige Anzahl und Anteil an allen statistischen Auffälligkeiten und bleibt konstant auf demselben niedrigen Niveau von einer Auffälligkeit.

4.4.1.4 Standorte, die für die Datenvalidierung vorgesehen waren

Einen Überblick über die Anzahl der für die DV vorgesehenen Standorte und Fälle, unterteilt nach den Gruppen der Datenvalidierung, gibt Tabelle 17. Die Anzahl der zu validierenden Standorte ist in allen Gruppen im Zeitraum 2017 bis 2021 konstant gesunken. Insgesamt weist die Gruppe der Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen trotz des steten Rückgangs jeweils die höchste Anzahl pro Jahr auf. Standorte mit statistischen Auffälligkeiten im Vorjahr wurden gemäß plan. QI-RL erst ab dem EJ 2018 bei der Datenvalidierung berücksichtigt. Ebenfalls gesunken ist die jeweilige Anzahl der Standorte bei den allgemeinen Stichproben. Allerdings wurde hier die Stichprobe zum EJ 2018 zur Reduzierung des Verfahrensaufwands verkleinert. Bei der Interpretation der Stichprobengröße ist zudem zu berücksichtigen, dass die Stichproben in den EJ 2019 und 2020 aufgrund der Aussetzung wichtiger Verfahrensschritte nicht datenvalidiert wurden. Durch die ebenfalls COVID-19-bedingte Aussetzung der Datenlieferfristen für das EJ 2021 und die Aussetzung der DV im EJ 2020 musste im EJ 2021 auf die Gruppe der Standorte mit stat. Auffälligkeiten im Vorjahr und auf die Gruppe der nachliefernden Standorte verzichtet werden. Die Anzahl der Stichproben reduzierte sich daher im Vergleich vom EJ 2018 zum EJ 2021 deutlich von 435 Standorten auf 215 (Reduktion um 50,6 %). Bei der Betrachtung und Auswertung der Zahlen ist außerdem zu beachten, dass ggf. ein Standort bis zu viermal in den verschiedenen DV-Gruppen gezählt werden kann. Aus diesem Grund kann die Gesamtzahl der in Tabelle 17 genannten Standorte von der für die DV geplanten Standorte aus Tabelle 18 abweichen.

Tabelle 17: Übersicht der Datenvalidierungsgruppen auf Standortebene und Fallebene (EJ 2017–2021)

Datenvalidierungsgruppen (geplant)	EJ 2017 Standorte (Fälle)	EJ 2018 Standorte (Fälle)	EJ 2019 Standorte (Fälle)	EJ 2020 Standorte (Fälle)	EJ 2021 Standorte (Fälle)
Standorte mit statistischen Auffälligkeiten (Gruppe 1)	223 (1.208)	184 (617)	142 (475)	-	146 (599)
Standorte mit stat. Auffälligkeiten im Vorjahr (Gruppe 2)	-	142 (2.750)	94 (1.868)	-	-
Standorte allgemeine Stichprobe (Gruppe 3)	75 (2.295)	70 (1.337)	32 (628)	-	69 (1.384)
nachliefernde Standorte (Gruppe 4)	42 (1.099)	39 (682)	18 (307)	-	-
Gesamt	340 (4.602)	435 (5.386)	286 (3.278)	-	215 (1.983)

Hinweis: EJ 2019 und 2020 aufgrund der Coronapandemie, Aussetzung wichtiger Verfahrensschritte (auch DV und NB), im EJ 2021 keine DV der Gruppen 2 und 4 möglich.

4.4.1.5 Durchführung der Datenvalidierung auf Standort- und Fallebene

Einen Überblick darüber, ob die Datenvalidierungen gem. § 9 plan. QI-RL an sämtlichen dafür vorgesehenen Standorten stattfanden bzw. aus welchen Gründe sie nicht stattfanden, wird in Tabelle 18 gegeben. Diese enthält entsprechend Informationen

- zur Anzahl geplanter Datenvalidierungen pro QS-Verfahren (auf Standortebene),
- zur Anzahl an Zusicherungen, die von der Gesamtzahl an geplanten Datenvalidierungen abgezogen werden müssen,
- sowie zur Anzahl der stattgefundenen und nicht stattgefundenen Datenvalidierungen, einschließlich ihrer Gruppenzugehörigkeit und des Absagegrundes, sofern dieser feststellbar war.

Im ersten EJ des Verfahrens (EJ 2017) hatten sich technische Umsetzungsschwierigkeiten mit der Zweiterfassungssoftware ergeben, auf welche in 5.1.2 Bezug genommen wird. Aufgrund der verzögerten Bereitstellung der Software sowie eines in Teilen fehlerhaften Zweiterfassungstools (ZET) konnte die Datenvalidierung erst zeitversetzt beginnen. Diese Umstände waren für die Mitarbeitenden der mit der Datenvalidierung betrauten Stellen schwer bis kaum noch händelbar. Um dennoch verwertbare Ergebnisse für das EJ 2017 zu bekommen, wurden Standorte mit statistischen Auffälligkeiten prioritär behandelt und ggf. händisch erfasst sowie die Datenvalidierung der allgemeinen und Nachlieferstichprobe nachgeordnet durchgeführt. Im EJ 2018 entwickelte das IQTIG für die Zweiterfassung ein neues, auf Java basierendes Erfassungstool. Dieses wurde den Bundesländern einzeln zur Verfügung gestellt und es waren alle jeweils zu prüfenden Standorte, Fälle (inklusive Reservefälle bei den Stichproben) und deren überprüften QS-Daten zu diesen Fällen enthalten. Mit diesem neuen Tool konnte die Datenvalidierung sowohl im EJ 2018 als auch im EJ 2021 ohne besondere technische Schwierigkeiten erfolgen.

Aufgrund der für das erste Verfahrensjahr beschriebenen Schwierigkeiten in der Zweiterfassung sind die nachstehend aufgeführten Summen für nicht datenvalidierte Standorte mit denen des nachfolgenden EJ 2018, nur eingeschränkt vergleichbar.

Tabelle 18: Anzahl der geplanten sowie durchgeführten DV und Anzahl der Zusicherungen auf Standortebene (EJ 2017–2021)

QS-Verfahren	Anzahl Standorte mit geplanter DV			Anzahl Standorte mit eingereicherter Zusicherung			Anzahl Standorte mit tatsächlich stattgefundenener DV			Anzahl Standorte ohne DV oder Zusicherung			Grund ohne DV oder Zusicherung (Zugehörigkeit Stichprobe)		
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021
Anzahl Standorte mit Auffälligkeiten gesamt	308	379	205	93	58	43	189	330	133	26	9	33	-	-	-
QS GYN-OP	132	135	79	7	5	4	100	128	61	25	2	14	-	1 Standort: Abteilung dauerhaft geschlossen (Nachlieferstichprobe) 1 Standort: entfällt aus der Stichprobe, da der Standort keine relevanten Daten geliefert hat. (Stichprobe Vorjahr)	10 Standorte: DV durch LAG wurde nicht durchgeführt (Ba). 3 Standorte: Keine DV möglich, da MD nicht fristgerecht beauftragt werden konnte durch die LAG (Be) 1 Standort: Die Abteilung Gyn/Gebh. wurde geschlossen.

QS-Verfahren	Anzahl Standorte mit geplanter DV			Anzahl Standorte mit eingereichter Zusicherung			Anzahl Standorte mit tatsächlich stattgefundener DV			Anzahl Standorte ohne DV oder Zusicherung			Grund ohne DV oder Zusicherung (Zugehörigkeit Stichprobe)		
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021
QS PM (PM-GEBH)	215	257	154	65	37	35	117	226	98	33	4	21	-	3 Standorte: Abteilung dauerhaft geschlossen (2 x Stichprobe Vorjahr), 1 x Nachlieferstichprobe) 1 Standort: KH wurde nachträglich in die Stichprobe gezogen, keine Terminierung zur DV mehr möglich (Stichprobe Vorjahr)	19 Standorte: DV durch LAG wurde nicht durchgeführt (Ba). 1 Standort: Keine DV möglich, da MD nicht fristgerecht beauftragt werden konnte durch die LAG (Be) 1. Standort: Die Abteilung Gyn/Gebh. wurde geschlossen.
QS MC	126	156	55	24	18	4	72	135	38	30	4	13	-	3 Standorte entfielen, da Standort keine relevanten Daten geliefert hat (1 x Stichprobe Vorjahr) 1 Standort geschlossen (3 x Stichprobe Vorjahr)	12 Standorte: DV durch LAG wurde nicht durchgeführt (Ba). 1 Standort: Keine DV möglich, da MD nicht fristgerecht beauftragt werden konnte durch die LAG (Be)

Am Beispiel der Standorte im Verfahren *QS GYN-OP* lassen sich die in Tabelle 18 abgebildeten Zahlen für das EJ 2021 folgendermaßen nachvollziehen: Im EJ 2021 war an 79 Standorten eine Datenvalidierung vorgesehen. Insgesamt 4 Standorte haben eine Zusicherung abgegeben, sodass eine DV entbehrlich wurde und an weiteren 61 Standorten (von 75) wurde die Datenvalidierung durchgeführt. 14 Standorte wurden demnach weder datenvalidiert noch haben diese eine Zusicherung zur korrekten Dokumentation abgegeben. Von diesen befanden sich 10 Standorte in Bayern, wo insgesamt keine Datenvalidierung durchgeführt wurde und drei Standorte in Berlin, wo aufgrund der nicht fristgerechten Beauftragung des MD keine DV bei den Stichproben durchgeführt werden konnte. Bei einem Standort wurde aufgrund der Schließung der Abteilung keine Datenvalidierung durchgeführt (siehe Abschnitt 4.4.1.1).

Zu beachten ist dabei, dass Standorte in mehreren Verfahren eine statistische Auffälligkeit aufweisen können und somit die Situation auftreten kann, dass für ein Verfahren eine Zusicherung abgegeben wurde, für ein anderes Verfahren allerdings (am gleichen Standort) eine Datenvalidierung erfolgt ist. Aus diesem Grund lassen sich die Zahlen aus Tabelle 18 und Tabelle 18 zur Anzahl durchgeführter Datenvalidierungen (Standorte und Fälle nach Bundesland) nicht vollständig addieren. In einer zusammenfassenden Betrachtung ist zu beobachten, dass die Anzahl an Standorten, die eine Zusicherung abgegeben haben, vom ersten EJ 2017 zum Jahr 2018 von 93 Zusicherungen auf 58 zurückgegangen ist und von 2018 auf 2021 nochmals auf 43 gesunken ist. Der Rückgang der Zusicherungen ist zum einen durch die eher zurückhaltende Haltung der Leistungserbringer erklärbar. Zum anderen ist sie auf Erfahrungen der Krankenhäuser zum Umgang mit Dokumentationsfehlern bei einer abgegebenen Zusicherung zurückzuführen. Einige Leistungserbringer, welche eine Zusicherung abgegeben hatten und vom IQTIG über die Konsequenzen informiert wurden, machten im Stellungnahmeverfahren einen Dokumentationsfehler als Ausnahmetatbestand geltend. Gemäß der Vorgabe der Richtlinie (§ 11 Abs. 7b der plan. QI-RL) kann jedoch nach Abgabe einer Zusicherung kein Dokumentationsfehler mehr berücksichtigt bzw. als Ausnahmetatbestand akzeptiert werden. Aus den genannten Gründen wird daher auch für die nächsten Jahre ein Rückgang der abgegebenen Zusicherungen erwartet. In allen drei betrachteten EJ wurde im Verfahren *QS PM (PM-GEBH)* die höchste Anzahl an Zusicherungen abgegeben (EJ 2017: 65; EJ 2018: 37, EJ 2021: 35). Zugleich ist in diesem Verfahren jedoch auch der höchste Rückgang der Zusicherungen zu verzeichnen. Im Stellungnahmeportal des IQTIG wurde für die Abgabe der Zusicherung und zur Information über die daraus resultierenden Konsequenzen für die Krankenhäuser ein eigener Bereich konzipiert und ein Informationsschreiben zum Prozess und auftretenden Fragen und Hindernissen hinterlegt. Offene Fragen der Leistungserbringer zur Abgabe der Zusicherung sowie zu deren Ablauf konnten über ein Nachrichtenfeld direkt an das IQTIG kommuniziert werden.

In Tabelle 19 wird für jedes Bundesland die Anzahl der durchgeführten Datenvalidierungen auf Ebene der Standorte und auf Fallebene dargestellt. Zu beachten ist die Aussetzung der DV in den EJ 2019 und 2020 und die Reduktion der Stichproben für das EJ 2021 sodass ein Vergleich der EJ nicht möglich ist (siehe Abschnitt 4.4.1.1 / Besonderheiten EJ 2021).

Tabelle 19: Anzahl durchgeführter Datenvalidierungen (Standorte und Fälle nach Bundesland) (EJ 2017–2021)

alle plan. QI	Anzahl durchgeführter Datenvalidierungen auf Standortebene (Anzahl der Fälle)		
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021
Baden Württemberg	30 (147)	41 (233)	19 (123)
Bayern	16 (63)	65 (335)	0
Berlin	3 (6)	7 (46)	3 (13)
Brandenburg	6 (25)	8 (56)	6 (45)
Bremen	2 (9)	3 (19)	1 (8)
Hamburg	6 (30)	7 (41)	4 (17)
Hessen	14 (70)	24 (131)	12 (74)
Mecklenburg- Vorpommern	6 (32)	7 (47)	2 (16)
Niedersachsen	23 (221)	30 (178)	20 (106)
Nordrhein Westfalen	45 (132)	80 (449)	31 (168)
Rheinland-Pfalz	8 (33)	17 (101)	10 (51)
Saarland	3 (14)	6 (43)	3 (19)
Sachsen	8 (50)	14 (89)	7 (48)
Sachsen-Anhalt	7 (46)	8 (59)	8 (51)
Schleswig-Holstein	6 (41)	7 (52)	4 (32)
Thüringen	6 (26)	6 (40)	3 (16)
Gesamt	189 (945)	330 (1.919)	133 (787)

Im EJ 2017 wurden insgesamt 189 Krankenhaustandorte mit 945 Fällen einer Datenvalidierung unterzogen. Am Beispiel von Bayern ist zu erkennen, dass die Zahlen im folgenden EJ 2018 deutlich angestiegen sind (von 16 auf 65 Standorte). Im EJ 2021 wurde trotz der Reduktion der Stichproben an 133 Standorten mit 787 Fällen eine Datenvalidierung durchgeführt. Der Anstieg von EJ 2017 auf EJ 2018 ist überwiegend auf die im vorangehenden EJ 2017 bestehenden Umsetzungsschwierigkeiten in Verbindung mit dem ZET zu betrachten. Als weiteren Grund für den Anstieg zählte, dass mit dem EJ 2018 erstmals auch die Gruppe der Standorte mit im Vorjahr statistisch auffälligen Ergebnissen datenvalidiert wurden.

4.4.2 Änderung der Ergebnisse durch die Neuberechnung

Werden im Rahmen der Datenvalidierung Abweichungen zwischen der QS-Dokumentation und der jeweiligen Patientenakte festgestellt, „führt das Institut nach § 137a SGB V auf Grundlage der

nach § 9 geprüften Daten Neuberechnungen durch“ (§ 10 Abs. 1 plan. QI-RL). Im Ergebnis dieser Neuberechnungen wird abschließend festgestellt, ob an einem Standort „erstmalig“ oder „weiterhin“ eine statistische Auffälligkeit oder keine statistische Auffälligkeit mehr in mindestens einem der plan. QI besteht.

Die Anzahl der Standorte, bei denen eine Neuberechnung durchgeführt wurde (Tabelle 20) stieg im Zeitraum 2017–2018 aufgrund der berichteten Gründe von 184 (EJ 2017) auf 317 (EJ 2018) Standorte an und reduzierte sich im EJ 2021 auf 129 Standorte. Zu beachten ist, dass sich die Anzahl der Vorgänge, die datenvalidiert und Neuberechnet wurden, vom EJ 2017 zu 2018 verdoppelt haben (EJ 2017: 896; EJ 2018: 1.736), um dann 2021 wieder auf das Niveau des ersten EJ zurück zu gehen (EJ 2021: 702). In allen drei betrachteten Jahren ist der Anteil der Auffälligkeiten mit geändertem Ergebnis nach Neuberechnung vergleichbar bei unter 10 % geblieben (EJ 2017: 77; EJ 2018: 122; EJ 2021: 62). Daneben zeigt sich, dass „neu-auffällige“ Indikatorergebnisse nach Neuberechnung immer noch die deutliche Ausnahme bleiben (EJ 2017: 5 Vorgänge; EJ 2018: 12 Vorgänge; EJ 2021: 1 Vorgang).

Im Folgenden werden die Ergebnisse auf Ebene der einzelnen Verfahren kurz betrachtet.

Im Verfahren **Gynäkologische Operationen** (QS GYN-OP) ergab die Datenvalidierung und die Neuberechnung der Jahre 2017, 2018 und 2021 keine Änderung der Indikatorenergebnisse von „unauffällig“ zu „auffällig“. Bei sämtlichen vor Datenvalidierung bestehenden statistischen Auffälligkeiten mit Änderung des Indikatorergebnisses handelte es sich somit um Dokumentationsfehler. Über alle drei betrachteten EJ zeigt sich insgesamt ein Rückgang dieser Vorgänge, die Neuberechnet werden mussten (EJ 2017: 7,3 %, n = 20; 2018: 3,8 %, n = 13; 2021: 5,9 %, n = 9).

Im Auswertungsmodul **Geburtshilfe** (PM-GEBH) des QS-Verfahrens **Perinatalmedizin** (QS PM) wurden im Erfassungsjahr 2017 zwei vor der Datenvalidierung „falsch-negative“ Vorgänge nach der Neuberechnung erstmalig mit einer statistischen Auffälligkeit ausgewiesen im QI 1058 (E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten). Im Erfassungsjahr 2018 wurden acht Standortergebnisse im Anschluss an die Datenvalidierung und Neuberechnung statistisch auffällig und verteilen sich wie folgt auf die drei Qualitätsindikatoren: ein Vorgang im QI 318 (Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten), sechs Vorgänge im QI 1058 und ein Vorgang im QI 50045 (Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung). Über alle drei betrachteten EJ zeigt sich insgesamt eine Zunahme des Anteils der Vorgänge die Neuberechnet werden mussten und im Ergebnis eine Änderung des Indikatorergebnisses aufwiesen (2017: 7,9 %, n = 37; 2018: 6,6 %, n = 70; EJ 2021: 8,4 %, n = 39).

Im Verfahren **Mammachirurgie** (QS MC) zeigten sich in den EJ 2017 und 2018 ebenfalls „neu-auffällige“ Ergebnisse aus den Stichproben, auch hier führten somit Dokumentationsfehler zu „falsch-negativen“ Ergebnissen in der Jahresauswertung. Davon betroffen sind die beiden Indikatoren zur intraoperativen Präparatradiografie o. intraop. Präparatsonografie bei sonograf. bzw. mammogr. Drahtmarkierung (QI 52279 bzw. QI 52230). Im EJ 2017 waren zwei Vorgänge im QI 52279 bzw. ein Vorgang im QI 52330 an insgesamt zwei Standorten betroffen und wurden nach

DV und Neuberechnung mit statistisch „neu-auffälligen“ Ergebnissen in das Stellungnahmeverfahren überführt. Im EJ 2018 sind alle vier „neu-auffälligen“ Vorgänge dem QI 52279 zuzuordnen. Im EJ 2021 zeigte ein Vorgang mit einem statistisch auffälligen Ergebnis im QI 52230 durch die Datenvalidierung der Stichprobe „neu“-auffällige Ergebnisse.

Tabelle 20: Gesamtzahl aller Standorte mit Neuberechnungen sowie Anzahl der Änderungen des Indikatorergebnisses „neu auffällig“ bzw. „neu-unauffällig“

	Anzahl aller Standorte mit Neuberechnungen			Anzahl der Änderungen des statist. Indikatorergebnisses nach NB (%-Anteil der Veränderung im Vergleich zu allen Neuberechnungen)			davon: Vorgänge/ Standorte mit statist. „neu“-auffälligen Ergebnissen (%-Anteil der „neu“-auffälligen Ergebnissen im Vergleich zu allen Neuberechnungen mit Änderung des statist. Indikatorergebnisses)			davon: Vorgänge/ Standorte mit statist. „neu“-unauffälligen Ergebnissen (%-Anteil der „neu“-unauffälligen Ergebnissen im Vergleich zu allen Neuberechnungen mit Änderung des statist. Indikatorergebnisses)		
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017 (Anteil)	EJ 2018 (Anteil)	EJ 2021 (Anteil)	EJ 2017 (Anteil)	EJ 2018 (Anteil)	EJ 2021 (Anteil)	EJ 2017 (Anteil)	EJ 2018 (Anteil)	EJ 2021 (Anteil)
QS GYN-OP (15/1): Summe Vorgänge	273	345	153	20 (7,33 %)	13 (3,77 %)	9 (5,88 %)	0	0	0	20 (100 %)	13 (100 %)	9 (100 %)
QS GYN-OP (15/1): Anzahl Standorte gesamt	97	115	51	20 (20,62 %)	13 (11,3 %)	9 (17,65 %)	0	0	0	20 (100 %)	13 (100 %)	9 (100 %)
QS PM (PM-GEBH) (16/1): Summe Vorgänge	466	1055	465	37 (7,94 %)	70 (6,64 %)	39 (8,39 %)	2 (5,41 %)	8 (11,43 %)	0	35 (94,59 %)	62 (88,57 %)	39 (100 %)
QS PM (PM-GEBH)(16/1): Anzahl Standorte gesamt	113	211	93	36 (31,89 %)	66 (31,28 %)	36 (38,71 %)	2 (5,56 %)	8 (12,12 %)	0	34 (94,44 %)	61 (91,42 %)	36 (100 %)
QS MC (18/1): Summe Vorgänge	157	336	84	20 (12,74 %)	39 (11,61 %)	14 (16,67 %)	3 (15 %)	4 (10,26 %)	1 (7,14 %)	17 (85 %)	35 (89,74 %)	13 (93,86 %)
QS MC (18/1): Anzahl Standorte gesamt	61	112	28	19 (31,15 %)	34 (30,36 %)	13 (46,43 %)	2 (10,53 %)	4 (11,76 %)	1 (7,69 %)	17 (89,47 %)	31 (91,18 %)	12 (92,31 %)

	Anzahl aller Standorte mit Neuberechnungen			Anzahl der Änderungen des statist. Indikatorergebnisses nach NB (%-Anteil der Veränderung im Vergleich zu allen Neuberechnungen)			davon: Vorgänge/ Standorte mit statist. „neu“-auffälligen Ergebnissen (%-Anteil der „neu“-auffälligen Ergebnissen im Vergleich zu allen Neuberechnungen mit Änderung des statist. Indikatorergebnisses)			davon: Vorgänge/ Standorte mit statist. „neu“-unauffälligen Ergebnissen (%-Anteil der „neu“-unauffälligen Ergebnissen im Vergleich zu allen Neuberechnungen mit Änderung des statist. Indikatorergebnisses)		
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017 (Anteil)	EJ 2018 (Anteil)	EJ 2021 (Anteil)	EJ 2017 (Anteil)	EJ 2018 (Anteil)	EJ 2021 (Anteil)	EJ 2017 (Anteil)	EJ 2018 (Anteil)	EJ 2021 (Anteil)
Summe Vorgänge	896	1.736	702	77 (8,6 %)	122 (7 %)	62 (8,8 %)	5 (6,5 %)	12 (9,8 %)	1 (1,6 %)	72 (93,5 %)	110 (90,1 %)	61 (98,4 %)
Anzahl Standorte gesamt	184	317	129	71 (38,6 %)	107 (33,8 %)	55 (42,6 %)	3 (4,2 %)	12 (11,2 %)	1 (1,8 %)	68 (95,8 %)	99 (92,5 %)	54 (98,2 %)

4.4.3 Zusammenfassung der Ergebnisse nach Datenvalidierung sowie Stellungnahmeverfahren

Tabelle 21 stellt die relevanten Ergebnisse der Verfahrensschritte Datenvalidierung, Neuberechnung und Stellungnahmeverfahren gemeinsam dar. Da diese Tabelle eine Zusammenfassung bereits an anderer Stelle in diesem Bericht dargestellter Informationen beinhaltet, werden nur neue Sachverhalte kurz erläutert. Bei der Betrachtung dieser Ergebnisse ist noch einmal zu beachten, dass an einem Standort statistische Auffälligkeiten sowohl bei mehreren plan. QI als auch in mehreren Leistungsbereichen gleichzeitig auftreten können. Daher kann sowohl die Summe aller statistischer Auffälligkeiten mit „zureichender Qualität“ als auch die Summe aller statistischen Auffälligkeiten mit „unzureichender Qualität“ größer sein als die Anzahl der Standorte mit mindestens einer statistischen Auffälligkeit.

Der Anteil der Standorte mit der Bewertung „unzureichende Qualität“ in mind. einem der plan. QI variiert zwischen den Bundesländern, im EJ 2017 zwischen 0 % und 12,5 % im EJ 2018 zwischen 0 % und 12,5 % sowie im EJ 2021 zwischen 0 % und 14,8 %. Zu erkennen ist, dass der Anteil zum EJ 2021 hin ansteigt und sich bei der Betrachtung über die verschiedenen Erfassungsjahre von Bundesland zu Bundesland teilweise unterscheidet. Eine deutliche Zunahme der Bewertung „unzureichende Qualität“ ist in den plan. QI in den Bundesländern Berlin (EJ 2017: 2,8 %, EJ 2018: 8,9 %, 2021: 6,9 %), Rheinland-Pfalz (EJ 2017: 1,6 %, EJ 2018: 1,6 %, 2021: 7,8 %), Sachsen-Anhalt (EJ 2017: 9,1 %, EJ 2018: 2,9 %, 2021: 10,3 %) und Schleswig-Holstein (EJ 2017: 2,9 %, EJ 2018: 9,7 %, 2021: 14,8 %) zu beobachten. Demgegenüber geht der Anteil der als „unzureichende Qualität“ bewerteten Auffälligkeiten in den plan. QI der folgenden Bundesländer eher zurück: Bayern (EJ 2017: 12,4 %, EJ 2018: 5,1 %, 2021: 4,6 %), Baden-Württemberg (EJ 2017: 6,0 %, EJ 2018: 9,7 %, 2021: 3,4 %) und Hessen (EJ 2017: 5,1 %, EJ 2018: 6,7 %, 2021: 3 %). In den Bundesländern Hamburg und Bremen gab es insgesamt nur wenige statistische Auffälligkeiten und keine Bewertung mit „unzureichender Qualität“ in den EJ 2018 und 2021. Im zeitlichen Verlauf ist zu sehen, dass sowohl die Anzahl an Standorten als auch der Anteil an „unzureichender Qualität“ kontinuierlich über die drei betrachteten EJ über alle Bundesländer hinweg abnimmt: im EJ 2017 erhielten 71 Standorte die Bewertung „unzureichende Qualität“ in einem plan. QI und somit 6,5 % aller Standorte (71 von 1.085 Standorten), die plan. QI relevante Fälle behandelt haben. Zum EJ 2018 ist ein Rückgang zu erkennen auf 61 Standorte und 5,74 % aller Standorte (61 von 1.063 Standorten), was sich auch im EJ 2021 fortsetzt auf 45 Standorte und 4,8 % (45 von 935 Standorten). Dabei gilt zu beachten, dass sich die Anzahl der datenliefernden Standorte über den Zeitraum EJ 2017 bis EJ 2021 insgesamt von 1.085 auf 935 reduziert hat.

In der Spalte Stellungnahmeverfahren ist zu beobachten, dass die meisten Stellungnahmen in den Bundesländern durchgeführt wurden, in denen sich auch die höchste Anzahl an Standorten befindet. Daneben lässt sich ablesen, dass einzig im EJ 2017 nicht für alle 163 statistische Auffälligkeiten auch Stellungnahmen eingereicht wurden. Diese Standorte mit statistischer Auffälligkeit, die die Möglichkeit der Stellungnahme trotz mehrfacher Aufforderung und Erinnerung durch das

IQTIG nicht genutzt haben, erhielten für die statistische Auffälligkeit im betreffenden QI „unzureichender Qualität“.

Tabelle 21: Anzahl Standorte mit statistisch auffälligen Ergebnissen, durchgeführten Stellungnahmeverfahren und daraus resultierender Bewertung mit „unzureichender Qualität“

Bundesland	Anzahl Standorte*			Anzahl der statistischen Auffälligkeiten nach Datenvalidierung (Standorte)			Anzahl Stellungnahmeverfahren			Auffälligkeiten (Standorte), die mit „unzureichender Qualität“ bewertet wurden			Anteil Standorte mit der Bewertung „unzureichende Qualität“		
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021
Baden Württemberg	116	113	89	19 (18)	18	11 (10)	17	18	11	8 (7)	11 (11)	4 (3)	6 %	9,7 %	3,4 %
Bayern	177	177	153	41 (36)	17	32 (26)	36	17	32	23 (22)	9 (9)	8 (7)	12,4 %	5,1 %	4,6 %
Berlin	36	34	29	3	6 (4)	3	3	6	3	1 (1)	4 (3)	2 (2)	2,8 %	8,9 %	6,9 %
Brandenburg	36	32	31	3	5	4	3	5	4	1 (1)	4 (4)	1 (1)	2,8 %	12,5 %	3,2 %
Bremen	8	7	9	2 (1)	0	0	2	0	0	1 (1)	0	0	12,5 %	-	-
Hamburg	22	23	25	5 (4)	0	0	5	0	0	2 (2)	0	0	9,1 %	-	-
Hessen	78	75	67	9	9	6	9	9	6	4 (4)	5 (5)	2 (2)	5,1 %	6,7 %	3 %
Mecklenburg- Vorpommern	25	23	22	4	2	1	4	2	1	2 (2)	2 (2)	0	8 %	8,7 %	-
Niedersachsen	101	100	100	17 (16)	12 (11)	12	17	12	12	6 (6)	5 (4)	7 (7)	5,9 %	5 %	7 %
Nordrhein Westfalen	256	250	213	41 (39)	30 (25)	21	39	30	21	17 (17)	15 (13)	11 (11)	6,6 %	5,2 %	5,2 %
Rheinland- Pfalz	63	65	51	4	4	7 (6)	4	4	7	1 (1)	1 (1)	4 (4)	1,6 %	1,6 %	7,8 %
Saarland	15	14	14	3	1	0	3	1	0	1 (1)	1 (1)	0	6,7 %	7,1 %	-

Bundesland	Anzahl Standorte*			Anzahl der statistischen Auffälligkeiten nach Datenvalidierung (Standorte)			Anzahl Stellungnahmeverfahren			Auffälligkeiten (Standorte), die mit „unzureichender Qualität“ bewertet wurden			Anteil Standorte mit der Bewertung „unzureichende Qualität“		
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021
Sachsen	55	55	51	1	2	1	1	2	1	0	2 (2)	0	-	3,7 %	-
Sachsen-Anhalt	33	34	29	5	1	4	5	1	4	3 (3)	1 (1)	3 (3)	9,1 %	2,9 %	10,3 %
Schleswig-Holstein	34	31	27	3 (2)	3	8 (7)	3	3	8	1 (1)	3 (3)	4 (4)	2,9 %	9,7 %	14,8 %
Thüringen	30	30	25	3	3	2 (1)	3	3	2	2 (2)	2 (2)	2 (1)	6,7 %	6,7 %	4 %
Summe	1.085	1.063	935	163 (151)	113 (105)	112 (102)	154	113	112	73 (71)	65 (61)	48 (45)	6,5 %	5,7 %	4,8 %

*Standorte, die plan. QI-relevante Fälle behandelt haben

4.4.4 Weitere Erkenntnisse aus der Datenvalidierung zur Dokumentationsqualität

Die bisherige Erfahrung mit der Datenvalidierung nach plan. QI-RL zeigt, dass die Validität der an das IQTIG übermittelten QS-Daten durch die Datenvalidierung zwar erhöht wurde, sich gleichzeitig jedoch auch weiterhin die grundsätzliche Problematik der Dokumentationsqualität in der datengestützten Qualitätssicherung zeigt. Wie bereits Döbler et al. (2016) in einer Analyse von Daten auf Grundlage der ESQS-Bundesauswertungen und der Berichte zur Datenvalidierung von 2010 bis 2014 feststellten und die Ergebnisse aus vorliegendem Bericht bekräftigen, treten teilweise erhebliche Diskrepanzen zwischen Patientenakten und den QS-Dokumentation der Krankenhäuser auf, welche die Ergebnisse der datengestützten Qualitätssicherung in relevantem Ausmaß beeinflussen (Döbler et al. 2016).

Das IQTIG hat im Rahmen der begleitenden Evaluation eine Analyse der Übereinstimmungsrate der QS-Dokumentation mit den Angaben aus der Datenvalidierung auf Basis der einzelnen plan. QI-relevanten Datenfelder zu den EJ 2018, 2021 sowie 2022 durchgeführt. Im nachfolgenden Abschnitt werden einzelne Ergebnisse dargestellt. Die Datenfelder sind in den Richtlinienversionen von 2018, 2021 und 2022 zu finden. Die Anzahl der zu validierenden Datenfelder pro QS-Verfahren wird in Tabelle 22 dargestellt. Pro Vorgang werden jeweils alle relevanten Datenfelder zur Berechnung eines plan. QI aus dem jeweiligen QS-Verfahren zweiterfasst. Die plan. QI des Verfahrens QS PM (PM-GEBH) haben den höchsten Anteil an zu erfassenden Datenfeldern – es sind bspw. doppelt so viele wie im Verfahren QS MC.

Tabelle 22: Anzahl der zu prüfenden Datenfelder pro QS-Verfahren für EJ 2022

QS-Verfahren	Anzahl Datenfelder (Dokubogen)
QS GYN-OP	18 versch. Datenfelder (14 Operation, 4 Basis)
QS PM (PM-GEBH)	25 versch. Datenfelder (9 Mutter, 16 Kind)
QS MC	12 versch. Datenfelder (9 Brust, 3 Operation)

Zur Bestimmung der Übereinstimmungsrate wurde das Verhältnis aus im Rahmen der Datenvalidierung bestätigten Angaben (Übereinstimmung) zu allen geprüften Angaben zu einem Datenfeld berechnet. Für die Gesamtübereinstimmungsrate über alle plan. QI hinweg wurde dieses Verhältnis über alle plan.-QI-relevanten Datenfelder berechnet. Im Umkehrschluss kann so auch eine Aussage über die Abweichungen getroffen werden, d. h., wie oft die Datenfelder im Rahmen der Datenvalidierung korrigiert (Abweichung) wurden. Weiterhin kann die Übereinstimmungsrate nach den beiden einzelnen Erfassungsgründen (Stichprobe, statistische Auffälligkeit) differenziert werden, und das auch auf Ebene der einzelnen plan. QI-Verfahren.

Nachfolgende Abbildung illustriert die Gesamtübereinstimmungsrate über alle plan. QI für die drei Verfahrensjahre EJ 2018, 2021 und 2022, sowohl nach den einzelnen Erfassungsgründen als auch insgesamt. Dabei sind die Werte insgesamt über die drei Verfahrensjahre kontinuierlich angestiegen – ausgehend von 89,7 % im EJ 2018 auf 91,0 % im EJ 2021 bzw. 93,2 % im EJ 2022. Bei

der Interpretation des Anstiegs ist zu berücksichtigen, dass sich die Übereinstimmungsraten seit dem EJ 2022 aufgrund des Aussetzens des QI 330 „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“ nur noch auf zehn statt elf Qualitätsindikatoren beziehen. Die Grundgesamtheit unterscheidet sich im EJ 2022 dennoch nur bzgl. eines (in den Vorjahren gut dokumentierten) Datenfeldes (zur Lungenreife) von den Vergleichsjahren, da die anderen Datenfelder des QI 330 ebenfalls von den übrigen plan. QI genutzt werden. Bei der Betrachtung der Gesamtübereinstimmungsraten nach Erfassungsgrund fällt auf, dass der Wert bei dem Erfassungsgrund „statistische Auffälligkeit“ über alle drei ausgewerteten Jahre hinweg niedriger liegt als beim Erfassungsgrund „Stichprobe“. Die Rate lag im EJ 2018 bei 84,8 %, um dann auf 88,6 % (EJ 2021) bzw. 92,8 % (EJ 2022) anzusteigen. Beim Erfassungsgrund „Stichprobe“ lag die Gesamtübereinstimmungsrate initial höher – 90,9 % (EJ 2018), um dann auf 93,5 % (EJ 2021 und EJ 2022) anzusteigen. Die Unterschiede bei den Erfassungsgründen lassen darauf schließen, dass sich bei Krankenhäuern mit statistischer Auffälligkeit in der Datenvalidierung häufiger Unterschiede zwischen QS-Dokumentationen und den zugrunde liegenden Patientenakten zeigen. Die Ursachen hierfür sind multifaktoriell.

Diese und die folgenden drei Abbildungen zeigen die Übereinstimmungsraten der QS-Dokumentation mit den Angaben aus der Datenvalidierung. Dabei zeigt die erste Abbildung die Gesamtübereinstimmungsraten über alle plan. QI, die folgenden drei die Übereinstimmungsraten der drei einzelnen Verfahren. In jeder Abbildung bildet ein Liniendiagramm die Werte anhand von drei Graphen ab, nämlich sowohl nach den einzelnen Erfassungsgründen „statistische Auffälligkeit“ und „Stichprobe“ als auch insgesamt. Alle drei Graphen zeigen den Verlauf von 2018 bis 2022, angegeben werden die Ergebnisse aus den Erfassungsjahren 2018, 2021 und 2022. Alle relevanten Zahlen werden im Fließtext erläutert.

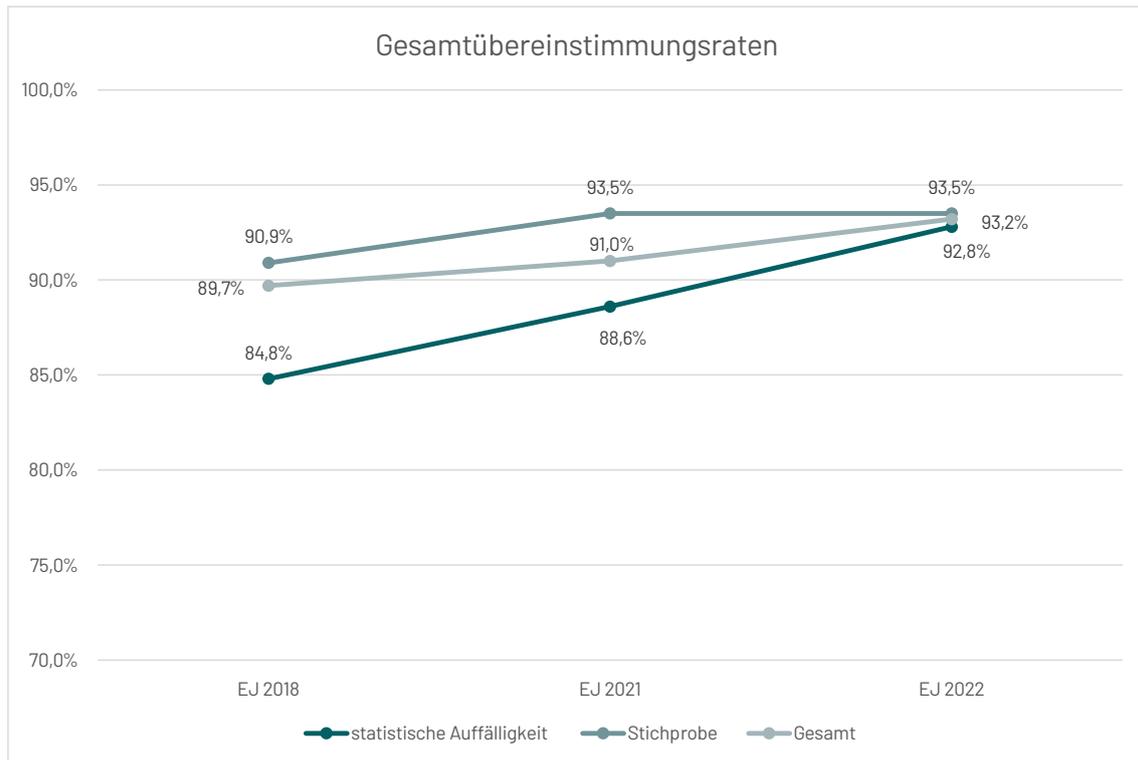


Abbildung 8: Gesamtübereinstimmungsraten über alle drei plan. QI, nach Erfassungsgrund und gesamt, EJ 2018, 2021, 2022

Die Übereinstimmungsraten im Auswertungsmodul **Geburtshilfe (PM-GEBH)** des Verfahrens **Perinatalmedizin (QS PM)** ähneln den Gesamtübereinstimmungsraten am stärksten – sowohl aufgliedert nach Erfassungsgrund als auch insgesamt. Die Werte insgesamt stiegen von 89,8 % (EJ 2018) auf 91,4 % (EJ 2021) und abschließend auf 94,7 % an. Davon leicht abweichend liegt die Übereinstimmungsrate „Stichprobe“ mit 91,5 % (EJ 2018) anfänglich etwas höher, gleicht sich aber dann mit 93,9 % (EJ 2021) an den Trend an, um abschließend im darauffolgenden EJ 2022 wieder leicht darüber zu liegen mit 94,7 %. Wie bei allen QS-Verfahren zum Erfassungsgrund „statistische Auffälligkeit“ ist der Ausgangswert für die initiale Übereinstimmungsrate niedriger, steigt aber über die drei Jahre kontinuierlich an – ausgehend von 84,9 % (EJ 2018), 88,8 % (EJ 2021) und 93,0 % (EJ 2018 zu EJ 2022: Steigerung von 8 %). Aus Sicht der Datenvalidierung kann eine hohe Validität der Datenfelder in diesem Verfahren geschlussfolgert werden.

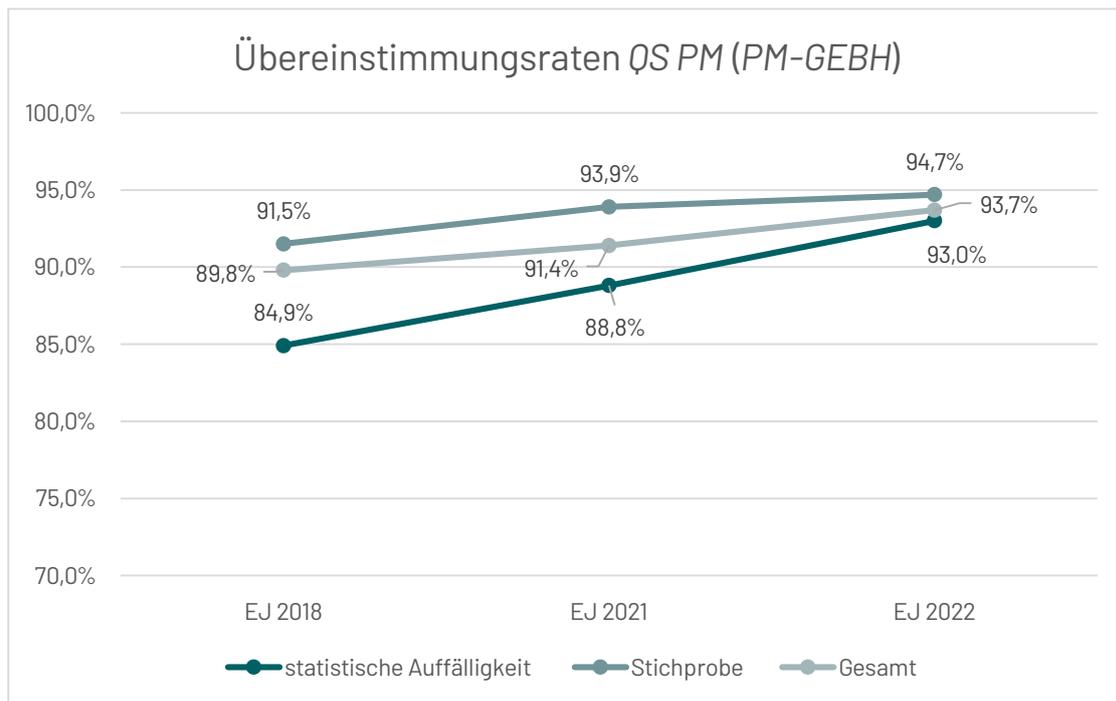


Abbildung 9: Übereinstimmungsraten QS PM (PM-GEBH) nach Erfassungsgrund und gesamt, EJ 2018, 2021, 2022

In der nachfolgenden Abbildung werden die Übereinstimmungsraten zum Verfahren **Mammachirurgie** (QS MC) ausgewiesen (Abbildung 10), wiederum sowohl nach den beiden Erfassungsgründen als auch insgesamt. Die Werte insgesamt zeigen einen ähnlichen Verlauf wie die entsprechenden Werte über alle Verfahren (Gesamtübereinstimmungsrate) und im Verfahren QS PM (PM-GEBH). Sie lagen im EJ 2018 bei 92,5 % und waren damit höher als die Gesamtübereinstimmungsrate, sanken aber im EJ 2021 auf 90,9 % ab, um in EJ 2022 wieder auf 91,8 % anzusteigen. Dieselbe Tendenz ist auch bei der Rate zum Erfassungsgrund „statistische Auffälligkeit“ zu finden – initial lag sie bei 87,9 % (EJ 2018), mit einem leichten Abfall auf 85,1 % (EJ 2021), gefolgt von einer Zunahme auf 88,8 % von EJ 2018 zu 2022. Die Ergebnisse zu den Stichproben verzeichnen die höchste Übereinstimmungsrate überhaupt für die EJ 2018 und 2021: Initial lag sie bei 93,7 % (EJ 2018), um im EJ 2021 auf 96,7 % anzusteigen und dann wieder leicht abzufallen auf 91,9 %, was allerdings unter dem Wert der Gesamtübereinstimmungsrate liegt. Aus Sicht der Datenvalidierung kann auch hier geschlussfolgert werden, dass die Validität der Datenfelder in diesem Verfahren hoch ist und zusätzlich durch die Datenvalidierungen erhöht wurde.

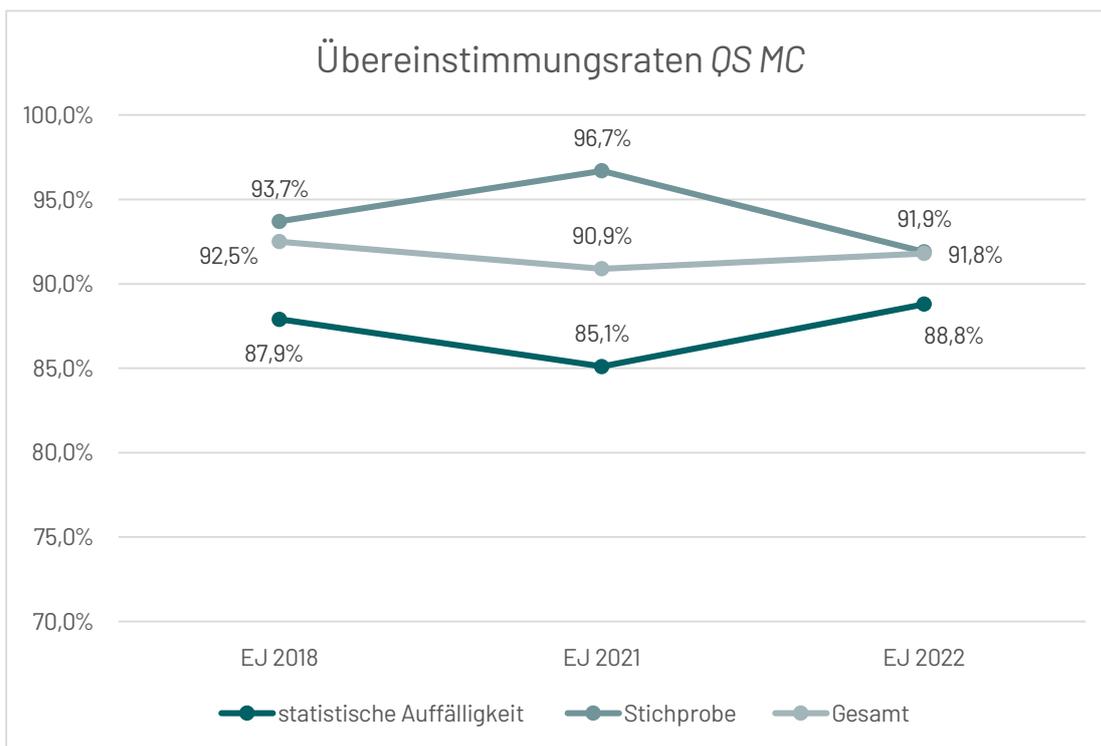


Abbildung 10: Übereinstimmungsraten QS MC nach Erfassungsgrund und gesamt, EJ 2018, 2021, 2022

Die Übereinstimmungsraten der Datenfelder des Verfahrens **Gynäkologische Operationen** (QS GYN-OP) (Tabelle 11) zeigen sowohl über beide Erfassungsgründe wie auch insgesamt von allen drei betrachteten Verfahren die deutlichsten Schwankungen. Die Werte insgesamt zeigen im Vergleich zu der entsprechenden Rate in den anderen beiden Verfahren keine kontinuierliche leichte Steigerung, sondern einen Peak im EJ 2021, gefolgt von einem leichten Rückgang. Vom Ausgangswert bei 81,9 % in EJ 2018 steigt die Übereinstimmungsrate im EJ 2021 auf 86,0 % und fällt wieder auf 83,5 % im EJ 2022 ab. Die Ergebnisse zu den Stichproben zeigen in QS GYN-OP einen kontinuierlichen Trend nach oben von 86,7% im EJ 2018 auf 87,8 % im EJ 2021 und 91,5 % im EJ 2022. Im Gegensatz dazu ist die Übereinstimmungsrate der Vorgänge, die zu einem statistisch auffälligen Ergebnis führten, deutlich niedriger. Von initial 69,9 % im EJ 2018 steigt sie deutlich im EJ 2021 auf 84,1 % und fällt zum EJ 2022 mit 71,8 %. wieder auf das Niveau von 2018 zurück. In diesem QS-Verfahren zeigen sich bei diesem Erfassungsgrund auch die deutlichsten Abweichungen von den anderen QS-Verfahren. So weicht die Übereinstimmungsrate im EJ 2022 um ca. 15 Prozentpunkte deutlich von den anderen beiden Verfahren ab (QS GYN-OP: 71,8 %, QS PM (PM-GEBH): 93 %, QS MC: 88,8 %). Die Raten zum Verfahren QS GYN-OP wurden daher weiterführender analysiert, indem die Zahlen der DV des EJ 2022 einer genaueren Betrachtung unterzogen wurden. Die meisten stat. Auffälligkeiten treten im Verfahren QS GYN-OP im QI 12874 (Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung) auf – im EJ 2022 waren dies vor Datenvalidierung 13 statistische Auffälligkeiten, nach Datenvalidierung drei stat. Auffälligkeiten. Folglich treten auch die meisten Korrekturen in diesem QI auf. Bei der genaueren Analyse auf Vorgangsebene

fällt auf, dass die meisten Änderungen im Datenfeld „postoperative Histologie“ erfolgen. Bei diesem Datenfeld wird nach der Durchführung einer histologischen Untersuchung gefragt, die notwendig wird, wenn ein isolierter Ovaryeingriff erfolgt ist. Im EJ 2022 zeigt sich, dass der höchste Anteil der korrigierten Datenfelder darauf zurückzuführen ist, dass beim Ausfüllen des QS-Dokumentationsbogens noch kein Ergebnis der histologischen Untersuchung im KH vorliegt und daher dieses Datenfeld bei Abschluss des Dokumentationsbogens auf „nein“ gesetzt wird. Im Rahmen der Jahresauswertung führen diese Vorgänge dann ggf. zu einem statistisch auffälligen Ergebnis (IQTIG 2020, IQTIG 2023a). In der sich anschließenden Datenvalidierung wird dann von den KH der inzwischen vorliegende histologische Befund vorgelegt, sodass die Angaben zu dem Datenfeld korrigiert und der Fall dann der Neuberechnung zugeführt wird, dadurch wird ein Großteil der Auffälligkeiten nach unten korrigiert. Diese Problematik könnte daher die Ursache für die deutlich geringere Übereinstimmungsrate „stat. Auffälligkeit“ im Vergleich zur Rate der „Stichprobe“ und auch im Vergleich zu den anderen beiden QS-Verfahren sein.

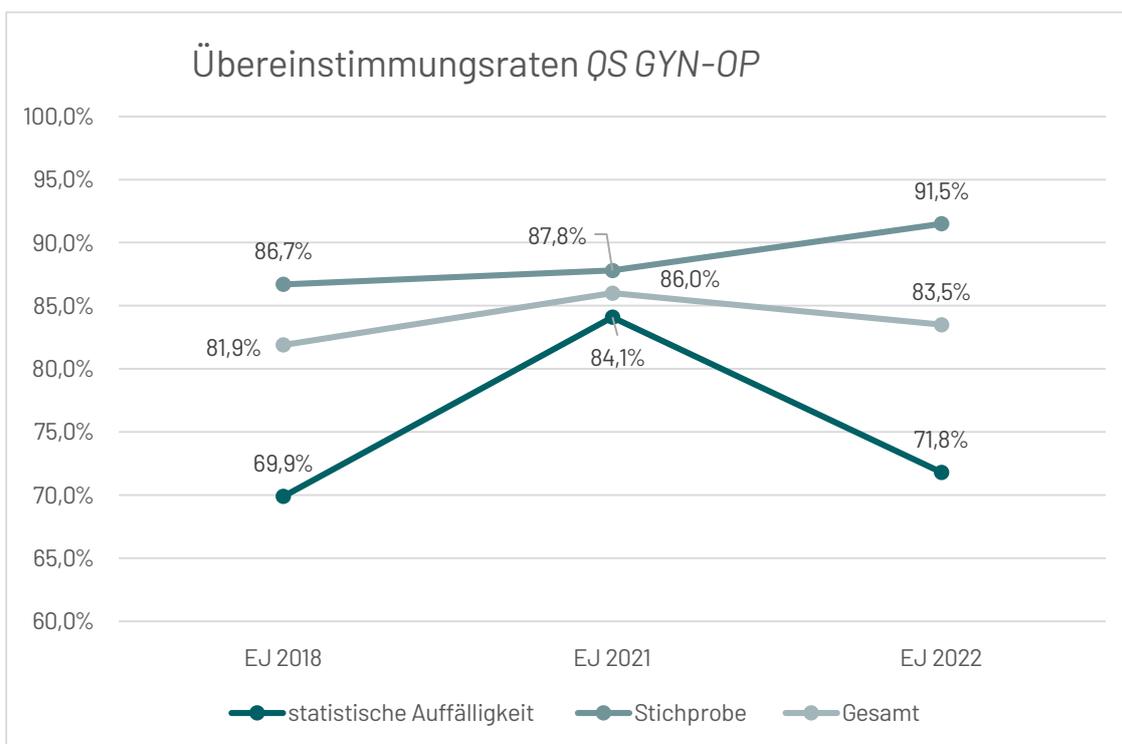


Abbildung 11: Übereinstimmungsraten QS GYN-OP nach Erfassungsgrund und gesamt, EJ 2018, 2021, 2022

4.4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse des Verfahrens plan. QI EJ 2017 bis EJ 2022

Für das Verfahren *plan. QI* lässt sich in den Ergebnissen der betrachteten EJ 2017 bis 2021 sowohl hinsichtlich der Anzahl statistischer Auffälligkeiten vor und nach Datenvalidierung als auch mit Blick auf die Anzahl der statistischen Auffälligkeiten mit der Bewertung „unzureichende Qualität“ ein grundsätzlich positiver Trend erkennen. Für EJ 2019 und 2020 bezieht sich diese Aussage auf-

grund der COVID-19-Ausnahmeregelungen ausschließlich auf die Anzahl der statistischen Auffälligkeiten vor Datenvalidierung, daher sind die Anzahlen schwierig zu interpretieren. Die Beobachtung einer verbesserten Erfüllung der einzelnen Indikatoranforderungen trifft insbesondere auf die planungsrelevanten Indikatoren der Verfahren *QS GYN-OP* und *QS MC* zu, während im Verfahren *QS PM (PM-GEBH)*, speziell bei QI 318 „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“, ein deutlicher Anstieg der Anzahl von QI-Ergebnissen mit der Bewertung „unzureichende Qualität“ zu verzeichnen ist (vgl. Tabelle 5). Bezüglich der Dokumentationsqualität lässt sich feststellen, dass sich diese durch die Datenvalidierung deutlich gebessert hat. Dies gilt für das Dokumentationsverhalten der Leistungserbringer allerdings nicht gleichermaßen. Insbesondere die deutlich niedrigeren Übereinstimmungsraten bei *QS GYN-OP* scheinen auf eine logistische Problematik krankenhausseitig hinzuweisen, da anscheinend QS-Dokumentationsbögen ohne Vorliegen der histologischen Befunde abgeschlossen und an das IQTIG übermittelt werden (können).

Mit Blick auf den Hintergrund des Verfahrens *plan. QI* ist eine zunehmende Beachtung der Verfahrensergebnisse in der Arbeit der Landesplanungsbehörden und – noch verstärkt – in der Arbeit der Kranken- und Ersatzkassen ersichtlich. Dennoch weisen die jeweiligen Landesplanungsbehörden bezüglich der Geltendmachung und Nutzung der *plan. QI* derzeit einen unterschiedlichen prozeduralen Stand auf und unterscheiden sich, ähnlich den Kranken- und Ersatzkassen, in ihrem Vorgehen in Form konkreter Maßnahmen. Einzelne Rückläufe beinhalteten allerdings bereits jetzt konkrete Angaben zu durchgeführten Maßnahmen und abgeleiteten Konsequenzen und zeigen die Bereitschaft, die Erkenntnisse aus der Qualitätsförderung umsetzen zu wollen. Schlussfolgerungen zu einem möglichen Zusammenhang zwischen Bundesländern, in denen die Landesplanungsbehörden bereits konkret mit den *plan. QI*-Ergebnissen arbeiten, und einer geringeren Anzahl an statistischen Auffälligkeiten können derzeit noch nicht abgeleitet werden.

Abschließend werden die zentralen Informationen dieses Kapitels in Tabelle 23 zusammengefasst, sodass für jedes Bundesland:

- die Ergebnisse zu stat. Auffälligkeiten,
- die Ergebnisse zu den Bewertungen „unzureichende Qualität“,
- die Geltung der *plan. QI* in den Landeskrankenhausplänen,
- die Nutzung der *plan. QI*-Ergebnisse durch die Landesplanungsbehörden sowie
- die Nutzung der *plan. QI*-Ergebnisse von den Landesverbänden der KK und EK nachvollzogen werden können.

Tabelle 23: Darstellung der plan. QI-Ergebnisse auf BL-Ebene und Geltung bzw. Nutzung durch LPB und LV der KK und EK

Bundesland	Anzahl datenliefernde Standorte (STO)*		statistische Auffälligkeiten (STO mit stat. auffälligen Ergebnissen)		stat. Auffälligkeiten mit "unzureichend" (STO mit unzureichenden QI-Ergebnissen)		Geltung der plan. QI 2023	Nutzung LPB 2023	(aktuelle) Nutzung LV KK und EK 2023
	EJ 2017	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2021			
Baden Württemberg	116	89	19 (18)	11 (10)	8 (7)	4 (3)	nein	nein	ja
Bayern	177	153	41 (36)	32 (26)	23 (22)	8 (7)**	nein	ja	ja
Berlin	36	29	3	3	1 (1)	2 (2)	ja	ja	ja
Brandenburg	36	31	3	4	1 (1)	1 (1)	nein	ja	ja
Bremen	8	9	2 (1)	0	1 (1)	0	ja	ja	nein
Hamburg	22	25	5 (4)	0	2 (2)	0	ja	ja	nein
Hessen	78	67	9	6	4 (4)	2 (2)	ja	keine Rückmeldung	nein
Mecklenburg-Vorpommern	25	22	4	1	2 (2)	0	nein	nein	ja
Niedersachsen	101	100	17 (16)	12	6 (6)	7 (7)	ja	ja	ja
Nordrhein Westfalen	256	213	41 (39)	21	17 (17)	11 (11)	nein	nein	nein
Rheinland-Pfalz	63	51	4	7 (6)	1 (1)	4 (4)	nein	nein	nein
Saarland	15	14	3	0	1 (1)	0	ja	ja	nein
Sachsen	55	51	1	1	0	0	ja	nein	nein
Sachsen-Anhalt	33	29	5	4	3 (3)	3 (3)	ja	nein	nein

Bundesland	Anzahl datenliefernde Standorte (STO)*		statistische Auffälligkeiten (STO mit stat. auffälligen Ergebnissen)		stat. Auffälligkeiten mit "unzureichend" (STO mit unzureichenden QI-Ergebnissen)		Geltung der plan. QI	Nutzung LPB	(aktuelle) Nutzung LV KK und EK
	EJ 2017	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2021	EJ 2017	EJ 2021	2023	2023	2023
Schleswig-Holstein	34	27	3	8 (7)	1 (1)	4 (4)	nein	nein	nein
Thüringen	30	25	3	2 (1)	2 (2)	2 (1)	nein	nein	nein
Summe	1.085	935	163 (151)	112 (102)	73 (71)	48 (45)	ja (8 x) nein (8 x)	ja (7 x) nein (8 x) k.A. (1 x)	ja (6 x) nein (10 x)

*Standorte, die plan. QI-relevante Fälle behandelt haben

5 Praktikabilität und Umsetzung der Prozesse: Wie gut konnte das Verfahren umgesetzt werden?

Ein weiterer Bestandteil der Begleitevaluation ist die Prüfung der durch die plan. QI-RL geregelten Prozesse hinsichtlich ihrer Praktikabilität und Umsetzung während der Einführungsphase (G-BA 2018), insbesondere da das Verfahren im Vergleich zu den bis dahin bestehenden QSKH-Verfahren bzgl. vieler Verfahrenselemente, u. a. der Datenvalidierung, des Stellungnahmeverfahrens oder der Veröffentlichung der Ergebnisse neu konzipiert und gestaltet wurde. Grundsätzlich konnten alle ergebnisrelevanten Verfahrensschritte fristgemäß umgesetzt werden und die Bewertungsergebnisse gemäß Richtlinie an die Landesplanungsbehörden der einzelnen Länder, an die Landesverbände der Kranken- und an die Ersatzkassen, an die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung sowie an den G-BA übermittelt werden. Dennoch zeigte sich im Laufe des Einführungszeitraums Regelungsbedarf zu bestimmten Sachverhalten, die größtenteils durch das IQTIG eingebracht und über die Jahre zusammen mit dem G-BA konstruktiv beraten und umgesetzt wurden, z. B. die Implementierung der Möglichkeit, die Datenvalidierung mittels Videotechnik durchzuführen (ab EJ 2023). Gleichzeitig hatte das Verfahren zu Beginn einige Startschwierigkeiten zu überwinden, die teilweise zu erheblichen Problemen und/oder Verzögerungen u. a. während der Datenvalidierung und Neuberechnung in der Anfangsphase geführt haben. Diese waren zu einem großen Teil darauf zurückzuführen, dass für das Verfahren *plan. QI* wesentliche Produkte (u. a. ein Tool für die Datenvalidierung) und Prozesse (z. B. Schnittstellen zum Zusammenführen von unterschiedlichen Datentypen) komplett neu entwickelt werden mussten und dementsprechend keine Erfahrungswerte vorlagen. Im Verlauf der ersten beiden Verfahrensjahre konnten weitestgehend alle Herausforderungen so weit beseitigt werden, dass das Verfahren seither prozesseitig störungsfrei läuft.

In dem am 31. Dezember 2020 abgegebenen Zwischenbericht zur Begleitevaluation wurden die wichtigsten diesbezüglichen Herausforderungen sowie Themen mit potenziellen Regelungsbedarf dahingehend diskutiert, inwiefern sie

- auf Startschwierigkeiten zurückzuführen waren, die sich mehrheitlich in den ersten zwei Verfahrensjahren eingeschleppt haben, oder ob sich
- bestehender Handlungsbedarf ergab, der ggf. per Richtlinie berücksichtigt werden müsste.

Die Themen wurden zuvor mittels einer eigens dafür durchgeführten schriftlichen, standardisierten Befragung von ausgewählten Vertretern der Landesgeschäftsstellen sowie der IQTIG-internen Abteilungen zusammengetragen. Im Rahmen des vorliegenden Berichts werden die für die fehlerfreie Durchführung des Verfahrens relevantesten Sachverhalte noch einmal hervorgehoben,

auch um diese auf etwaige Neu- oder Weiterentwicklungen von QS-Verfahren übertragen zu können. Im Rahmen des Zwischenberichts wurden die Ergebnisse der o. g. Stakeholder-Befragung zu folgenden Kategorien zusammengefasst:

1. Startschwierigkeiten
2. Probleme im Zusammenhang mit der Validität der Daten
3. Die Spezifität des Verfahrens bei Standorten mit kleiner Fallzahl
4. Spannungsfeld: Weiterentwicklung der Indikatoren vs. Vergleichbarkeit der plan. QI-Ergebnisse
5. Probleme im Zusammenhang mit dem Leistungserbringer-Mapping
6. Probleme im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Anforderungen der verschiedenen Richtlinien
7. Änderungsvorschläge der plan. QI-Richtlinie

Im Folgenden werden nur Sachverhalte mit ggf. verfahrensübergreifender Relevanz thematisiert sowie ein Gesamtfazit darüber gezogen, worauf sich die (anfänglichen) Schwierigkeiten im Kern zurückführen lassen und inwiefern noch nicht adressierter Handlungsbedarf besteht:

5.1 Startschwierigkeiten

Unter Startschwierigkeiten sind Aspekte des Verfahrens zusammengefasst, die teilweise zu erheblichen Problemen und/oder Verzögerungen in der Anfangsphase (insb. in den ersten zwei Jahren) geführt haben. Sie waren mehrheitlich darauf zurückzuführen, dass für das Verfahren *plan. QI* wesentliche Produkte (u. a. ein Tool für die Datenvalidierung) und Prozesse (z. B. Schnittstellen zum Zusammenführen von unterschiedlichen Datentypen) gänzlich neu entwickelt werden mussten und dementsprechend keine Erfahrungswerte vorlagen. Besonders sichtbar wurden diese Schwierigkeiten in der Umsetzung der nachfolgend aufgeführten Verfahrenselemente.

5.1.1 Stichprobenziehung

Bei der Stichprobenziehung (im Rahmen der Datenvalidierung) kam es insbesondere in den beiden ersten Verfahrensjahren u. a. aufgrund von Unklarheiten im Regelungswerk zu Ungenauigkeiten und Nachziehungen. Insbesondere die vielen zu berücksichtigenden Eigenschaften der Stichprobe sowie die kurze zur Verfügung stehende Frist zwischen Verfügbarkeit des Datenpools (zur Ziehung der Stichprobe) und der Frist zur Bereitstellung der ZETs im Rahmen der Datenvalidierung erhöhten die Komplexität und führten in den ersten beiden Jahren zu einer hohen Fehleranfälligkeit (z. B. bei der Fallzusammensetzung im ZET).

5.1.2 Datenvalidierung und Neuberechnung:

Der komplexe Prozess der Datenvalidierung verursachte insbesondere im ersten Erfassungsjahr (2017) massive Probleme. Darüber hinaus waren jedoch auch das Zusammenspiel der technischen Unterstützung der Prüfstelle in der Erfassungssoftware, der Dokumentationssituation in den Patientenakten vor Ort sowie der Regelungen zur Erfassung bei unerwarteter Dokumentationslage

ursächlich für die Probleme bei der Datenvalidierung im ersten Erfassungsjahr. Im Verfahren *plan. QI* wird anders als in den QS-Verfahren nach damals geltender QSKH-RL nicht nur die Übereinstimmung gemessen, sondern falsch dokumentierte Daten für die QS korrigiert. Da aus diesem Grund valide Daten im Rahmen der Neuberechnung gemäß § 10 *plan. QI-RL* zwingend erforderlich sind und die Güte der Daten somit im Vordergrund steht, ergaben sich für die mit der Datenvalidierung beauftragten Akteure oftmals Herausforderungen, die im Ablauf des Verfahrens überwunden werden mussten.

Zu den Problemen mit dem ZET kam es im ersten Jahr insbesondere, weil die Komplexität des Regelwerks für die Erfassung und die Berichtgenerierung in dem bis dato üblichen Format einer MS-Access-Anwendung gemäß QSKH nicht fehlerfrei umsetzbar war und daher nicht geeignet für die Datenvalidierung gemäß *plan. QI*. Hinzu kamen Handhabungsprobleme wie das manuelle Versenden der Daten, was u. a. zu Problemen bei der Übermittlung der Daten führte oder ein fehlendes Monitoring von Dateneingang und -ausgang.

Aufgrund der bestehenden Problematiken aus dem ersten Jahr wurde 2018 ein neues ZET entwickelt. Dieses konnte der Komplexität der Anforderungen der Datenvalidierung insgesamt besser begegnen. Daneben werden jährlich durch das IQTIG Schulungen zur Standardisierung des Vorgehens insbesondere bei der Datenvalidierung durchgeführt sowie Support angeboten. Offen sind derzeit noch Punkte, die die Datenvalidierung insbesondere auf Seite der Prüfinstanzen erleichtern würde, bspw. bei der Erfassung der OPS/ICDs. Dies konnte allerdings aufgrund begrenzter IT-Ressourcen bisher nicht umgesetzt werden.

Kritisiert wird nach wie vor der personelle sowie zeitliche Aufwand seitens der Prüfinstitutionen, insbesondere, wenn zur Datenvalidierung bei einer Auffälligkeit von nur einem Fall lange Fahrwege in Kauf genommen werden müssen. Nach Rücksprache mit LAG-Vertretern hat das IQTIG bereits im Zwischenbericht vorgeschlagen, ein Konzept zur Datenvalidierung mittels Videotechnik auszuarbeiten. Zum kommenden EJ 2023 kann nun der Aktenabgleich mit der Patientenakte alternativ zur Einsichtnahme vor Ort auch durch die Nutzung eines Videodienstes erfolgen, soweit die datenschutzrechtlichen Anforderungen erfüllt sind.

5.1.3 Stellungnahmeverfahren und Fachliche Bewertung

Aufgrund eines der ursprünglichen Ziele der *plan. QI-RL*, den Prozess des Strukturierten Dialogs gemäß QSKH-RL (jetzt Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL) um 6 Monate zu verkürzen und demnach ein Verfahren zu entwickeln, welches innerhalb von 8 Monaten die Ergebnisse veröffentlicht, erstreckt sich das Zeitfenster für den Prozess der Fachlichen Bewertung auf einen sehr kurzen Zeitraum von nur einem Monat zwischen Ende der Stellungnahmefrist und Veröffentlichung der Ergebnisse (zum EJ 2022 wurde dieser auf 5 Wochen erweitert ohne jedoch den Gesamtzeitraum zu verlängern). Innerhalb dieses Zeitraums, welcher größtenteils in die Sommerferienzeit fällt, muss außerdem gewährleistet sein, dass die relevanten Ansprechpartner der Leistungserbringer für Rückfragen zur Verfügung stehen können und dass sämtliche Stellung-

nahmen im Rahmen der jeweiligen Fachkommission von den Expertinnen und den Experten bewertet werden können. Für die Mitglieder der beratenden Expertenkommissionen und das IQTIG bedeutet dies einen hohen Aufwand und birgt das Risiko für Verzögerungen. Dennoch hat die Erfahrung gezeigt, dass bei guter Organisation und effizienten Prozessen der Vorteil der schnelleren Veröffentlichung der Ergebnisse die Risiken überwiegt, durch Verzögerungen im Ablauf Gesamtfristen zu gefährden. In sechs plan. QI-Verfahrensjahren ist dies auch zu keinem Zeitpunkt geschehen.

Um in diesem zeitlich eng getakteten Prozess des Stellungnahmeverfahrens mit den Leistungserbringern effizient kommunizieren zu können, wurde durch das IQTIG ein Stellungnahmeportal konzipiert, das mittlerweile ebenfalls für die bundesbezogenen Verfahren gemäß DeQS-Richtlinie zum Einsatz kommt. Seine Funktionalität war von Anfang an gegeben. Durch die digitale Kommunikation und die zeitnahe formale Prüfung vor dem postalischen Versand von Stellungnahmen konnten die knappen Bearbeitungszeiträume gewährleistet werden. Die Fachliche Bewertung kann so fast vollständig und medienbruchfrei im Portal durchgeführt werden. Verbesserungsbedarf besteht allerdings hinsichtlich seiner Anwenderfreundlichkeit und bezüglich der Prozessroutine, wie z. B. des Anonymisierens von Dokumenten. Im Rahmen der Weiterentwicklung ist noch geplant, das Stellungnahmeportal dahingehend auszubauen, dass die Bearbeitung der Stellungnahmen zentral an einem Ort durch mehrere Stellen, u. a. durch das IQTIG und die Mitglieder der Fachkommissionen erfolgen kann.

5.2 Probleme im Zusammenhang mit der Validität der Daten

5.2.1 Umgang mit nicht vorhandenen Angaben in der Patientenakte bei der Datenvalidierung

In der Datenvalidierung fällt immer wieder auf, dass durch LE dokumentierte Qualitätssicherungsdaten beim Aktenabgleich vor Ort durch die Prüfenden nicht nachvollzogen werden können, da keine oder keine validen Angaben existieren. Die Gründe waren im ersten Jahr nach Rücksprache mit den für die Datenvalidierung zuständigen Stellen vielfältig. In der Konsequenz konnten im ersten Jahr Fälle mit der Angabe „nicht ersichtlich“ in der Neuberechnung nicht berücksichtigt werden, wodurch sie (und die dazugehörigen Leistungserbringer) vom weiteren Verfahren ausgeschlossen werden mussten. Zur Lösung dieses Problems hat das IQTIG im Rahmen einer komplexen Datenfeldanalyse einen Algorithmus entwickelt und allgemeingeltende Regelungen zum Umgang mit „nicht ersichtlichen“ Angaben zu plan. QI-relevanten Datenfeldern festgelegt. Zudem wurden den Datenprüfenden Hinweise zum einheitlichen Umgang bei fehlenden Daten in den Prüfsituationen vor Ort gegeben und die Verpflichtung für Kommentare zu den Gründen eingeführt, die beim jeweiligen Leistungserbringer abgefragt werden sollten. Hierdurch konnten Zweiterfassung und Neuberechnung seit dem EJ 2018 erfolgreich durchgeführt werden. Die Leistungserbringer wurden über dem Umgang mit „nicht-ersichtlichen“ Datenfeldern durch das IQTIG entsprechend durch Veröffentlichung auf der IQTIG-Website informiert.

5.2.2 Unterschiede in den Zweiterfassungen beim Aktenabgleich durch Prüfinstitutionen

Ein weiterer Punkt, der den Prozess der Datenvalidierung betrifft, stellt die heterogene Handhabung in der Durchführung der Datenvalidierung zwischen den prüfenden Instanzen dar. Gemäß § 9 Abs. 5 plan. QI-RL erfolgt die Datenvalidierung durch die jeweils auf Landesebene beauftragte Stelle. Bis zum EJ 2019 waren das die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung, danach die Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung. Sofern die auf Landesebene beauftragten Stellen in einigen Bundesländern nicht befugt waren, einen Aktenabgleich vor Ort durchzuführen, wurde in den betreffenden Bundesländern der MD beauftragt. In den Schulungen zur Datenvalidierung, die jedes Jahr vor Beginn des Verfahrens mit allen beteiligten LAG- und MD-Vertretern durchgeführt werden, wird von Unterschieden bei der Herangehensweise in den Zweiterfassungen sowohl zwischen den einzelnen LAG als auch zwischen LAG und MD berichtet. Dies betraf insbesondere die Frage nach Zuordnungen von Interventionen. Während die Landesgeschäftsstellen weitestgehend prüfen, ob die an das IQTIG gemeldeten Angaben auch tatsächlich in der Patientenakte wiederzufinden sind, prüft der Medizinische Dienst (MD) oftmals anhand von Plausibilisierungen, ob die Angabe tatsächlich der durchgeführten Maßnahme entspricht. Zusammen mit Vertreterinnen und Vertretern beider Prüfinstitutionen versucht das IQTIG, das heterogene Vorgehen zu vereinheitlichen, den Zweiterfassungsprozess generell zu standardisieren und Verbesserungen hinsichtlich schwierig zu erfassender Datenfelder umzusetzen. Daneben führt das IQTIG vor Beginn der jeweiligen Datenvalidierung Schulungen mit allen an der Datenvalidierung beteiligten LAG- und MD-Vertreterinnen und Vertretern durch. Die Schulungen beinhalteten neben allgemeinen Informationen zum Verfahren auch den Umgang mit der Erfassung einzelner Datenfelder. Daneben werden Schulungsmaterialien bereitgestellt, die zu jedem einzelnen Datenfeld eine Anleitung zur Erfassung bereitstellen.

5.3 Probleme im Zusammenhang mit den unterschiedlichen Anforderungen der Richtlinien plan. QI und QSKH (DeQS)

Eine Besonderheit des Verfahrens *plan. QI* liegt darin, dass die QS-Daten zwar nach DeQS-RL erhoben werden, aber dann gemäß § 5 plan. QI-RL verarbeitet werden müssen. Aufgrund der voneinander abweichenden Regeln mussten im IQTIG u. a. unterschiedliche Funktionen in den Softwaresystemen neu programmiert sowie abweichende Prozesse geschaffen werden. Diese reichen von der Datenpoolbildung über die QIDB sowie Auswertungserstellung bis hin zur Datenvalidierung, dem Stellungnahmeverfahren und dem SQB-Export. Dies hat insbesondere in der Einführungsphase zu erheblichen zusätzlichen Aufwänden, einer hohen Fehleranfälligkeit sowie zu Verständnisproblemen aufseiten der Leistungserbringer geführt. Als Beispiel führt bei der Datenvalidierung die Zweiterfassung unterschiedlicher Datenfelder zusammen mit der sich unterscheidenden Logik der Auswertung (Fokus *plan. QI* auf Neuberechnung vs. Fokus QSKH/DeQS auf Dokumentationsqualität) sowie der Ausweisung der verschiedenen Posten im Prüfbericht zu einem deutlich erhöhten Ressourcenaufwand durch die unterschiedlichen Ausrichtungen der

Funktionalitäten in den Tools. Hier wäre anzuregen, das Konzept der Datenvalidierung zwischen den Richtlinien zu vereinheitlichen.

5.4 Fazit

Wie bereits zu Beginn des Kapitels erwähnt, mussten insbesondere zu Beginn des Verfahrens einige Startschwierigkeiten überwunden werden, die teilweise zu erheblichen Problemen und/oder Verzögerungen in der Anfangsphase geführt haben, die gleichzeitig allerdings weitestgehend erfolgreich adressiert werden konnten. Basierend auf den Erfahrungen des IQTIG und Rückmeldungen der internen und externen Verfahrensteilnehmerinnen und -teilnehmer während der Verfahrensjahre 2018 bis 2023 kann dennoch konstatiert werden, dass die ambitionierte Zeitplanung, innerhalb von 8 Monaten Ergebnisse auszuwerten, Daten zu validieren, zu prüfen, zu bewerten und zu veröffentlichen, bei entsprechender Ausstattung bewährt hat und als klarer Erfolgsfaktor des Verfahrens gewertet werden kann. So wurde die Frist zur Veröffentlichung der Daten in jedem Jahr eingehalten, gleichwohl insbesondere in den ersten Jahren durch enge Fristen bedingte Schwierigkeiten in einigen Verfahrensschritten sichtbar wurden. Dennoch wurden die Gesamtfristen des Verfahrens nicht ausgeweitet, sondern eher die Effizienz der relevanten Prozesse durch das IQTIG gesteigert und an geeigneten Stellen Automatisierungen vorgenommen. Daraus kann gefolgert werden, dass der Großteil der Anfangsschwierigkeiten auf die eng getakteten Prozesse und Fristen sowie auf fehlende Erfahrungswerte der Akteure zurückzuführen sind. Durch die mittlerweile vorhandenen Prozess- und Produktroutinen sowie sorgfältige Vorbereitung kann den Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit zeitkritischen Abläufen standen, grundsätzlich begegnet werden. Darüber hinaus konnten viele Verbesserungsvorschläge seitens des IQTIG über die Jahre zusammen mit dem G-BA konstruktiv beraten und infolgedessen umgesetzt werden. Auch die intensiviertere Zusammenarbeit mit den verschiedenen Stakeholdern, u. a. den Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung, ist als Erfolgsfaktor zu werten.

Darüber hinaus wurden einige der Neuerungen des plan. QI-Verfahrens inzwischen erfolgreich auf die DeQS-RL übertragen, z. B. eine quartalsweise LE-Auswertung und die Berücksichtigung von stochastischen Effekten.

6 Evaluation der Zweckmäßigkeit der Richtlinie

Gemäß Beauftragung sind im Zwischenbericht geeignete Kriterien zur Bewertung der Ziele der Richtlinie gemäß § 2 plan. QI-RL entwickelt worden.

Als Zweck der Richtlinie gilt gemäß Richtlinientext insbesondere:

1. den beschlossenen plan. QI über die Einbeziehung in den vorliegenden Regelungskontext ihr funktionales Gepräge und damit ihre Planungsrelevanz im Sinne einer Eignung als Grundlage für Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden gemäß § 136c Abs. 1 SGB V zu geben (§ 2 Abs. 1a plan. QI-RL) sowie
2. den Regelungsauftrag aus § 136c Abs. 2 SGB V umzusetzen, um einrichtungsbezogene Auswertungsergebnisse zu den vom G-BA festgelegten plan. QI sowie von Maßstäben und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse von Krankenhäusern an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (§ 2 Abs. 1b plan. QI-RL) zu übermitteln.
3. Daneben soll die Richtlinie bundesweit einheitliche qualitätsorientierte Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden ermöglichen (§ 2 Abs. 2 plan. QI-RL).

Daraus wurden acht Kriterien abgeleitet, die sich in folgende drei Themenbereiche kategorisieren lassen (siehe Zwischenbericht Kapitel 7.1):

- a. Planungsrelevanz der plan. QI
- b. Übermittlung von Auswertungsergebnissen sowie Bewertungskriterien
- c. bundesweit einheitliche, qualitätsorientierte Entscheidungen

Im Folgenden wird anhand der Kriterien geprüft, inwiefern die Richtlinie gemäß den Vorgaben in § 2 plan. QI-RL als zweckmäßig erfüllt beurteilt werden kann. Die Prüfergebnisse der einzelnen Kriterien werden in Tabelle 24 in tabellarischer Form zusammengefasst.

6.1 Planungsrelevanz der plan. QI

Als Limitation gilt, dass die einzelnen Bundesländer durch Anwenden der Öffnungsklausel gemäß § 6 Abs. 1a KHG die Geltung der plan. QI durch Landesrecht ganz oder teilweise ausschließen oder einschränken konnten, wodurch die Beurteilung der Planungsrelevanz der plan. QI erschwert ist. Dennoch kann aus Sicht des IQTIG die „[...] **Planungsrelevanz** im **Sinne einer Eignung** als **Grundlage** für Entscheidungen der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden gemäß § 136c Abs. 1 SGB V“ dennoch auf Basis der Rückmeldungen der Landesplanungsbehörden und der Landesverbände der Kranken- sowie der Ersatzkassen beurteilt werden. Vor dem Hintergrund der fehlenden gesetzlichen Verpflichtung, die plan. QI krankenhauserplanerisch zu berücksichtigen, wurde davon abgesehen, u. a. Schwellenwerte einzuführen zur Definition, ab welchem regulären Nutzungs- bzw. Geltungsgrad (im Sinne der Bundesländer) das Kriterium als erfüllt anzusehen ist

(z. B. $n = 0$ vs. $n = 10$). Als Konsequenz wird der Erfüllungsgrad durch eine zusammenfassende Würdigung der jeweiligen Rückmeldungen beurteilt.

Folgende drei Kriterien sollen die Planungsrelevanz der plan. QI prüfen:

Kriterium 1: Nutzung der und Ableitung von Maßnahmen aus den Ergebnissen der plan. QI im Rahmen der Landeskrankenhausplanung

Kriterium 2: Nutzung der und Ableitung von Konsequenzen aus den Ergebnissen der plan. QI in Bezug auf Versorgungsverträge gemäß § 108 Nummer 3 SGB V

Kriterium 3: Kontinuierliche Weiterentwicklung der plan. QI gemäß den Empfehlungen des Gremiums zur Systempflege

6.1.1 Nutzung der und Ableitung von Maßnahmen aus den Ergebnissen der plan. QI im Rahmen der Landeskrankenhausplanung (Kriterium 1)

Anhand dieses Kriteriums wird geprüft, inwiefern die Ergebnisse der plan. QI durch die einzelnen Landesplanungsbehörden im Rahmen ihrer Arbeit genutzt und welche Maßnahmen bereits abgeleitet werden konnten.

Gemäß Abschnitt 4.2. wurden die Landesplanungsbehörden jährlich mittels Abfrage aufgefordert, darzulegen inwiefern sie die Ergebnisse der plan. QI im Rahmen ihrer krankenhauserischen Arbeit anwenden. Aufgrund der Aussetzung der maßgeblichen Verfahrensschritte als Ergebnis der COVID-19-Pandemie (worunter auch die Aussetzung des Ergebnisberichts nach § 13 plan. QI-RL fiel), erhielten die Landesplanungsbehörden für die EJ 2019 und EJ 2020 keine Ergebnisse aus dem Verfahren mitgeteilt. Dies spiegelte sich auch in einer für diese Jahre niedrigen Rücklaufquote wieder.

Stand Juni 2023 erhielt das IQTIG von allen Bundesländern bis auf Hessen im Verlauf des gesamten Abfragezeitraums zumindest zu einem Zeitpunkt Rückmeldung. Die inhaltliche Analyse der Rückmeldungen zur Frage nach der Geltung gemäß § 6 Abs. 1a Satz 1a KHG ergab, dass im Abfragezeitraum 2019–2021 noch die Mehrheit der Länder prüften, ob die plan. QI formal Geltung im Rahmen der Landeskrankenhausplanung finden sollten. Zum letzten Abfragezeitpunkt 2023 war zu dieser Fragestellung in allen Bundesländern eine Entscheidung getroffen. Derzeit haben die plan. QI formal Eingang in der Hälfte der Landeskrankenhausplanungen gefunden und gelten damit in acht Bundesländern, während sie in den restlichen acht ausgeschlossen sind.

In der Hälfte der Bundesländer werden die Ergebnisse darüber hinaus im Rahmen ihrer Arbeit bereits angewendet und zwar sowohl im Sinne der Krankenhausplanung als auch im Rahmen der Qualitätsförderung. Eine krankenhauserische Anwendung wurde von den Landesplanungsbehörden von vier Bundesländern angegeben. Bemerkenswert ist dieses Ergebnis im Hinblick auf das Bundesland Bayern, das die automatische Übernahme der Ergebnisse des plan. QI-Verfahrens in den Landeskrankenhausplan ausgeschlossen hat, gleichzeitig jedoch eingehend mit den

Ergebnissen arbeitet. Hier sind nach der Durchführung des Behördenverfahrens durch die Landesplanungsbehörde bei zwei Krankenhäusern mit mammachirurgischen Versorgungsleistungen Konsequenzen durch die Klinikbetreiber selber gezogen worden. Gleichzeitig wurden die Erkenntnisse ebenfalls im Sinne der Qualitätsförderung angewendet und bereits mit Erhalt der plan. QI-Ergebnisse des Erfassungsjahres 2017 ein Behördenverfahren zum Umgang bei „unzureichender Qualität“ entwickelt. Für die Qualitätsförderung wurden die plan. QI-Ergebnisse daneben in fünf Bundesländern herangezogen, allerdings mit unterschiedlicher Vorgehensweise. Die Landesplanungsbehörden von vier Bundesländern suchten das Gespräch mit den Krankenhäusern und leiteten ggf. qualitätsfördernde Maßnahmen ein, während in dem verbleibenden Bundesland die Ergebnisse der Krankenhausträger mit der dortigen Krankenhausgesellschaft beraten werden.

Die Nicht-Anwendung der plan. QI-Ergebnisse bezogen die jeweiligen Bundesländer im Wesentlichen auf zwei Gründe. Der erste bezieht sich auf die derzeit mangelnde Rechtssicherheit bei der Anwendung des Verfahrens und der zweite Grund auf den fachlichen Aspekt der Eignung zur Bewertung der Versorgungsqualität einer Fachabteilung. Insgesamt zeigte sich über alle Antworten und Bundesländer hinweg eine deutliche Heterogenität bzgl. Antwortfrequenz und Inhaltstiefe der Rückmeldungen, wodurch eine umfassende wissenschaftliche Auswertung nicht möglich ist. Anhand der vorliegenden Rückmeldungen kann zusammengefasst werden, dass der gewünschte Einfluss des Verfahrens *plan. QI* auf die Umsetzung krankenhauserischer Maßnahmen zum derzeitigen Zeitpunkt (auf Basis der EJ 2017–2021) nicht eindeutig feststellbar ist. Ursächlich sind die bereits ausgeführten Limitationen durch die (gesetzlichen) Rahmenbedingungen. Die Ergebnisse des Verfahrens *plan. QI* werden aber von den Landesplanungsbehörden für die Qualitätsförderung genutzt und es existieren Bemühungen zur Etablierung von Behördenverfahren.

6.1.2 Nutzung der und Ableitung von Konsequenzen aus den Ergebnissen der plan. QI in Bezug auf Versorgungsverträge gemäß § 108 Nummer 3 SGB V (Kriterium 2)

Aus den Rückmeldungen der Landesverbände der Krankenkassen und Landesvertretungen des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) ist deutlich geworden, dass im Zeitraum der Abfrage 2019–2023 in sieben Bundesländern bereits mit den Ergebnissen der plan. QI gearbeitet wurde und die verbleibenden Länder die Nutzung zumindest in der Zukunft planen. Dies suggeriert die überwiegende Bereitschaft zur Nutzung der plan. QI als Steuerungsinstrument. Zusammen mit den Landesplanungsbehörden werden die Ergebnisse mit Blick auf krankenhauserische Konsequenzen erörtert und – zumindest gemäß Darstellung eines Bundeslandes – Druck bei den Leistungserbringern aufgebaut. Daneben lassen die Antworten Rückschluss darauf zu, dass die Verwendung der Ergebnisse in den jeweiligen Planungsausschüssen mit Blick auf die Versorgungsverträge diskutiert werden und bereits Leistungsausschlüsse im Rahmen der Budgetverhandlungen vereinbart wurden sowie zukünftig vereinbart werden sollen. Die Auswertung zu der Anzahl der Vertragskrankenhäuser mit Abschluss ergänzender Versorgungsverträge gemäß § 108

Nr. 3 SGB V durch Kranken- und Ersatzkassen, insofern sie uns vorlag, konnte diese Annahme allerdings (noch) nicht bestätigen. Ähnlich wie bei den Landesplanungsbehörden wird die Nichtnutzung der Ergebnisse zu den plan. QI dahingehend begründet, dass es an u. a. eindeutigen Vorgaben im Umgang mit auffälligen Ergebnissen fehlt, wie auch an der eingeschränkten Kompatibilität der plan. QI-Ergebnisse mit dem Leistungsspektrum von Fachabteilungen bzw. der in der Krankenhausplanung ausgewiesenen Fachplanung.

6.1.3 Indikatoren werden gemäß den Empfehlungen des Gremiums zur Systempflege kontinuierlich weiterentwickelt (Kriterium 3)

Dieses Kriterium soll gewährleisten, dass Qualitätsindikatoren nur dann für die Krankenhausplanung berücksichtigt werden sollten, wenn sie dem aktuellen wissenschaftlichen und fachlichen Stand der Forschung entsprechen. Dies fordert auch die Gesetzesbegründung zum KHSG (Drucksache 18/5372), wo es heißt: „Der G-BA hat über den ersten Beschluss zu den Indikatoren nach Satz 1 hinaus künftig kontinuierlich weitere planungsrelevante Indikatoren zu bestimmen und notwendige Anpassungen bereits empfohlener Indikatoren vorzunehmen.“ Auch die plan. QI-RL fordert diese notwendigen Anpassungen, da gemäß § 14 plan. QI-RL ein Gremium zur Systempflege mit der Zielsetzung eingerichtet werden sollte, das IQTIG hinsichtlich Änderungen an der Spezifikation, den Rechenregeln, Referenzbereichen sowie zu den einzelnen Verfahrensschritten zu beraten. Aus den diesbezüglichen Beratungen wurden jedes Jahr Empfehlungen zu den Rechenregeln erarbeitet und dem G-BA zusammen mit dem jeweiligen Bericht zur Systempflege gegeben.

Das IQTIG hat insbesondere während der ersten Jahre der Einführungsphase entsprechend der Empfehlungen des Gremiums zur Systempflege inhaltliche Vorschläge zur Verfahrenspflege mit dem Ziel eingebracht, die Indikatoren fachlich weiterzuentwickeln und die Validität der Datenfelder zu erhöhen. Der G-BA hat diese Änderungsvorschläge größtenteils abgelehnt mit der Begründung, dass lediglich dann Änderungen der beschlossenen Indikatoren vorgenommen werden können, wenn diese nicht mehr mit dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse in Einklang zu bringen seien und deren entsprechende Anpassung keinen Aufschub dulde. Änderungen sollen darüber hinaus die Stabilität des Qualitätsziels nicht gefährden. Ursache ist die Auffassung des G-BA, dass bei inhaltlichen Indikatorveränderungen „neue“ Indikatoren entstünden, die nicht der Auflage des BMG an den G-BA²⁷ entsprächen, dass mit neuen Indikatoren die Feststellung einer „in erheblichem Maße unzureichenden“ Qualität (§ 8 Abs. 1 b KHG) ermöglicht werden müsste. Im Zusammenhang mit dieser Auflage des BMG hat der G-BA das IQTIG mit einer „Neukonzeption der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren“ beauftragt²⁸. Aufgrund der vom IQTIG aufgezeigten Limitationen an den gesetzlichen Rahmenbedingungen hat

²⁷ BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2017): [Nichtbeanstandung mit Auflage. Brief des BMG an den G-BA. Betreff:] Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 15. Dezember 2016. Hier: Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136 Abs. 1 SGB V i. V. m. § 136c Abs. 1 und Abs. 2 SGB V. Erstfassung. [Stand:] 24.02.2017. Berlin: BMG. AZ 213-21432-67. URL: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-4230/2016-12-15_PlanOI-RL_Erstfassung-PlanOI-RL_BMG.pdf (abgerufen am: 26.09.2019).

²⁸ Beschluss, Beauftragung IQTIG: Neukonzeption der Entwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren vom 20. März 2020. URL: <https://www.g-ba.de/beschluesse/4218/> (abgerufen am 21.02.2023).

sich die fachliche Umsetzung als nicht realisierbar erwiesen, sodass seitens des G-BA noch keine Definition der „in erheblichem Maße unzureichenden Qualität“ erfolgt ist (siehe Kapitel 1 zur Neukonzeption).

Eine tatsächlich beschlossene Änderung betrifft im Verfahren *QS PM (PM-GEBH)* den QI 330 „Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen“. Der QI ist aufgrund von Hinweisen auf eine mögliche Fehlsteuerung bei der Versorgung von Frühgeborenen vom G-BA für die EJ 2022 und 2023 ausgesetzt worden (§ 18 Abs. 4, plan. QI-RL). Hintergrund ist, dass sehr genau abgewogen werden muss, ob die Indikation einer antenatalen Kortikosteroidtherapie bei einer Schwangeren mit Frühgeburtsbestrebungen gerechtfertigt ist. Gemäß einer leitlinienkonformen Behandlung soll sie nur einmal in der gesamten Schwangerschaft erfolgen (Ausnahme: Frühschwangerschaft). Erschwerend hinzu kommt, dass die therapeutische Wirksamkeit auf den Zeitraum ab 24h bis sieben Tage nach Gabe begrenzt ist. Da der QI 330 als planungsrelevanter Qualitätsindikator geführt wird und somit die Nichterfüllung der Sollvorgaben als Konsequenz zu einer statistischen Auffälligkeit des behandelnden Krankenhauses in diesem QI führen kann, könnte die generelle Empfehlung zu der Gabe nur eines Zyklus mit einem erhöhten Risiko für eine Fehlsteuerung assoziiert sein. Aufgrund dessen wurde das IQTIG vom G-BA beauftragt, eine wissenschaftlich fundierte Empfehlung zu dem weiteren Umgang mit dem QI 330 gemäß plan. QI-RL auszusprechen. Dazu wurde ein Gutachten in Auftrag gegeben (Prof. Dr. med. Richard Berger, Ansprechpartner der Leitlinie „Prävention und Therapie der Frühgeburt“), und die fachliche Einschätzung von verschiedenen Gremien des IQTIG (Gremium zur Systempflege und Expertengremium Perinatalmedizin) eingeholt. Ferner hat das IQTIG eine Analyse der aktuellen wissenschaftlichen Literatur und Datenanalysen zum QI 330 durchgeführt. Der Bericht kommt zu dem Ergebnis, dass der QI 330 als planungsrelevanter Qualitätsindikator per se zu keiner Fehlsteuerung geführt hat. Dennoch besteht ein potenzielles Risiko zur Fehlsteuerung aufgrund der a) sehr eingeschränkten Indikationsstellung und b) der Problematik der Sanktionierungsmöglichkeit aufgrund der statistischen Auffälligkeit bei Unterlassung der Gabe.

Zusammengefasst kann dieses Kriterium vor dem Hintergrund der dargelegten Ausführungen zum derzeitigen Stand als nicht erfüllt angesehen werden. Der weiter oben dargelegten ursprünglichen Intention des Gesetzgebers, „*notwendige Anpassungen bereits empfohlener Indikatoren vorzunehmen*“ (Drucksache 18/5372) wird damit nicht entsprochen. Die Neuentwicklung von plan. QI, aber auch wesentliche inhaltliche Änderungen an den plan. QI erfordern die Schaffung entsprechender rechtlicher Grundlagen. Bei zukünftiger Neuentwicklung von planungsrelevanten Qualitätsindikatoren sollte eine erneute Prüfung dieses Kriteriums erfolgen.

6.1.4 Zusammenfassung zur Prüfung der „Planungsrelevanz der plan. QI“

Die Beurteilung anhand der Kriterien, inwiefern den plan. QI gemäß § 2 der plan. QI-RL „über die Einbeziehung in den vorliegenden Regelungskontext ihr funktionales Gepräge und damit ihre Planungsrelevanz im Sinne einer Eignung als Grundlage für Entscheidungen [...]“ gegeben wurde,

kann nicht eindeutig getroffen werden. Der Einbezug in den Regelungskontext ist nicht vollständig gelungen, da 1) für die derzeitigen plan. QI nicht wie im Gesetz beschrieben „in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität im Sinne von § 8 Abs. 1a Satz 1 und Abs. 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und § 109 Abs. 3 Satz 1 Nummer 2 [...]“ festgestellt werden kann und 2) gemäß § 6 Abs. 1a KHG die Geltung der plan. QI durch Landesrecht ganz oder teilweise ausgeschlossen wurden. Daneben konnten die aktuellen Indikatoren in der Einführungsphase nicht – wie durch das Kriterium gefordert – kontinuierlich gemäß den Empfehlungen des Gremiums zur Systempflege weiterentwickelt werden.

Dennoch zeigen die jährlichen Abfragen bei den Landesplanungsbehörden, dass die Maßgabe, den Faktor Qualität bei der Krankenhausplanung zu berücksichtigen, positiv aufgenommen und bereits umgesetzt wird. Daraus ableitend kann folglich die Feststellung getroffen werden kann, dass sich plan. QI grundsätzlich als Grundlage für Entscheidungen im Rahmen der Krankenhausplanung gemäß 136c Abs. 1 SGB V eignen. Der Blick auf die Nutzung der Ergebnisse durch die Landesverbände der Krankenkassen und durch Landesvertretungen der Ersatzkassen stützt diese Aussage. Hier erscheint die Bereitschaft, die Ergebnisse im Rahmen von Versorgungsverträgen zu nutzen, zum derzeitigen Moment sogar noch deutlich höher als bei den Landesplanungsbehörden. Begrenzt ist die Nutzung planungsrelevanter Qualitätsindikatoren durch die gesetzlichen Rahmenbedingungen – insbesondere die geforderte Feststellung von „in erheblichem Maß unzureichender Qualität“ als auch den geforderten Fachabteilungsbezug.

Als methodische Limitation muss erwähnt werden, dass alle Einschätzungen zur Nutzung der plan. QI auf Basis der Angaben aus den Abfragen basieren und nicht überprüft werden konnten. Daneben konnte kein über alle Länder und Jahre hinweg kontinuierlicher Rücklauf verzeichnet werden, auch bedingt durch die durch die Coronapandemie ausgesetzten Verfahrensjahre. Der durch das Verfahren *plan. QI* etablierte Dialog zwischen G-BA, Landesplanungsbehörden und IQTIG sollte jedoch zur besseren Beurteilung des Bedarfs erhalten bleiben.

6.2 Übermittlung von Auswertungsergebnissen sowie Bewertungskriterien

Die Übermittlung der Auswertungsergebnisse sowie der Maßstäbe und Kriterien zur Bewertung der Qualitätsergebnisse konnte bisher richtliniengemäß jedes Jahr nach Abschluss des Stimmnahmeverfahrens an die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen (§ 2 Abs. 1b plan. QI-RL) erfolgen. Folgende Kriterien wurden hier festgelegt:

Kriterium 4: Akzeptanz und Nachvollziehbarkeit der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien durch die Landesplanungsbehörden und Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen (als Voraussetzung zur Nutzung)

Kriterium 5: Nutzerfreundlichkeit (im Sinne von guter Verständlichkeit und Anwendung) des Darreichungsformats der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien

6.2.1 Zusammenfassende Betrachtung der Kriterien 4 und 5

Die einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien werden vom IQTIG jedes Jahr nach Abschluss der Fachlichen Bewertung per Teilnehmerdialog zur Verfügung gestellt. Für die Erstellung der Ergebnisberichte bedeutete dies, dass die Ergebnisse aller relevanten Prozesse (Informationen zu Standorten, Stichprobenzugehörigkeit, plan. QI-spezifische Berechnungsgrundlagen bzw. Rechenregeln, Datenvalidierung, Neuberechnung, Stellungnahmeverfahren und Fachliche Bewertung) abteilungsübergreifend in eine gemeinsame Ergebnis-Datenbank überführt werden mussten, zuerst manuell und seit dem EJ 2018 automatisiert. Sowohl intern wurde fortlaufend auf Verbesserungspotential geprüft und erforderliche Anpassungen vorgenommen als auch im externen Dialog mit den Landesarbeitsgemeinschaften für Qualitätssicherung und den Leistungserbringern Feedback eingeholt, z. B. zum Stellungnahmeportal (von den Leistungserbringern) oder im Rahmen von verschiedenen Zusammenkünften, u. a. in gemeinsamen Lessons-Learned-Workshops mit den Landesarbeitsgemeinschaften.

Explizite Nachfragen im Rahmen der Begleitevaluation an die Landesplanungsbehörden und an die Landesverbände der Krankenkassen und an die Ersatzkassen zur Akzeptanz, Nachvollziehbarkeit und Nutzerfreundlichkeit der Ergebnisse sind nicht veranlasst worden. Dennoch wurde beiden Seiten jedes Jahr bei Versand der Auswertungsergebnisse gemäß § 13 plan. QI-RL die Möglichkeit eingeräumt, sich bei Fragen in Verbindung mit dem Bericht an das IQTIG zu wenden. Auf diesem Wege ist jedoch keinerlei grundsätzliche Kritik am Darreichungsformat und der Nutzerfreundlichkeit geäußert worden.

Bezüglich der Interpretation der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse hat das IQTIG Hinweise der Leistungserbringer aufgegriffen, dass die Begründungen zu den Bewertungen als zu abstrakt und verallgemeinernd wahrgenommen wurden. Mit dem EJ 2021 sind die Begründungen überarbeitet und individualisiert worden sowie ggf. um fachliche Hinweise von den Expertinnen und Experten ergänzt.

6.2.2 Zusammenfassung zur Prüfung „Übermittlung von Auswertungsergebnissen sowie Bewertungskriterien“

Vor dem Hintergrund der in Abschnitt 5.2.1 gefassten Aussagen sind beide Kriterien als erfüllt anzusehen.

6.3 Bundesweit einheitliche qualitätsorientierte Entscheidungen

Während die Regelung in § 2 Abs. 1a plan. QI-RL bezweckt, den Landesplanungsbehörden der Länder jeweils eine geeignete Grundlage für krankenhauplanerische Entscheidungen zu schaffen, zielt die Regelung in § 2 Abs. 2 plan. QI-RL darauf, bundesweit einheitliche qualitätsorientierte

Entscheidungen zu treffen. Auch wenn die plan. QI-Ergebnisse bereits im Rahmen der Krankenhausplanung genutzt werden, ist das Treffen von Entscheidungen im Sinne einer Aufnahme oder eines Verbleibs im Krankenhausplan an die Feststellung einer „in erheblichem Maße unzureichenden“ Qualität gebunden (§ 8 Abs. 1 b KHG). Diese konnte aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen – wie bereits beschrieben – bisher nicht erfolgen. Die Entwicklung eines oder mehrerer Kriterien zur Bewertung, ob auf Basis von plan. QI bundesweit einheitliche Entscheidungen über Aufnahme oder Verbleib getroffen werden können, musste deshalb bis auf weiteres zurückgestellt werden, sodass zum derzeitigen Stand keine Aussage über diese Kriterien getroffen werden können.

6.4 Zusammenfassung zur Beurteilung der Evaluationskriterien

Tabelle 24 stellt noch einmal übersichtlich die Beurteilung der Evaluationskriterien dar.

Tabelle 24: Kriterien zur Evaluation der Zweckmäßigkeit der Richtlinie

Kriterien	Erfüllungsgrad
Kriterium 1: Nutzung der und Ableitung von Maßnahmen aus den Ergebnissen der plan. QI im Rahmen der Landeskrankenhausplanung	teilw. erfüllt
Kriterium 2: Nutzung der und Ableitung von Konsequenzen aus den Ergebnissen der plan. QI in Bezug auf Versorgungsverträge gemäß § 108 Nummer 3 SGB V	teilw. erfüllt
Kriterium 3: Indikatoren werden gemäß den Empfehlungen des Gremiums zur Systempflege kontinuierlich weiterentwickelt	nicht erfüllt
Kriterium 4: Akzeptanz und Nachvollziehbarkeit der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien durch die Landesplanungsbehörden und Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen (als Voraussetzung zur Nutzung)	erfüllt
Kriterium 5: Nutzerfreundlichkeit (i. S. v. guter Verständlichkeit und Anwendung) des Darreichungsformats der einrichtungsbezogenen Auswertungsergebnisse sowie Maßstäbe und Kriterien	erfüllt

7 Weitere Erkenntnisse: Verbesserung des Versorgungskontextes

Auch wenn der gewünschte Einfluss des Verfahrens *plan. QI* auf die Umsetzung krankenhauplanerischer Maßnahmen zum Zeitpunkt der Berichterstellung nicht eindeutig feststellbar ist, können die bisherigen Erkenntnisse dennoch als wichtige Hinweisgeber für bestehende sowie zukünftige Projekte fungieren, die sich z. B. mit der Überprüfung von QS-Dokumentationsdaten und der Durchführung, Optimierung und methodischen Weiterentwicklung von Stellungnahmeverfahren befassen. Insbesondere mit Hinblick auf die Verbesserung des Versorgungsgeschehens sind folgende zwei relevante Erkenntnisse (Abschnitt 7.1) bzw. fachliche Weiterentwicklungen (Abschnitt 7.2) des Verfahrens hervorzuheben, die zum Teil bereits Eingang in weitere Beauftragungen des G-BA gefunden haben.

7.1 Einfluss der Richtlinie zu *plan. QI* auf die Behandlungsqualität

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts zeigen über die Jahre einen positiven Trend in Form einer Reduktion statistischer Auffälligkeiten und verbesserten QI-Ergebnissen. Ergebnisse mit der Bewertung „unzureichende Qualität“ (Tabelle 23) wurden seltener. Dies trifft insbesondere in den QS GYN-OP und QS MC zu. Das IQTIG hat sich in einer weiterführenden Analyse speziell der Frage gewidmet, inwiefern die Einführung der Richtlinie ursächlich zur Verbesserung der QI-Bundesergebnisse beigetragen haben könnte – unabhängig von generellen zeitlichen Trends in der Versorgungsqualität. Die Analyse beruht auf dem Vergleich des Trends der Bundesergebnisse einer geeigneten Auswahl an *plan. QI* mit einer Gruppe anderer vergleichbarer QI.

Difference-in-Differences Design (DiD)

Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit zwischen den beiden Gruppen herzustellen, wurden strenge Kriterien bzw. Voraussetzungen angewendet, u.a. die Reife der Indikatoren (seit 2013 im Regelbetrieb), feste und konstante Referenzbereiche über den gesamten Zeitraum, Ausschluss von Sentinel-Event-Outcome-Indikatoren, Ausschluss von QI, die starken patientenseitigen Einflüssen unterliegen (risikoadjustierte QI), sowie eine mehrjährige Vergleichbarkeit der Indikatoren. Ein kontrollierter Vorher-Nachher-Vergleich im Rahmen des Difference-in-Differences-Designs wurde genutzt, um die Ergebnistrends bei den *plan. QI* in Jahren vor und nach der Einführung der Richtlinie mit einer Gruppe an DeQS-Indikatoren zu vergleichen, die von der *plan. QI*-Richtlinie nicht betroffen und daher dem Einfluss nicht ausgesetzt waren. Hierzu wird in einem ersten Schritt der jeweilige Unterschied zwischen dem Vorher-Trend (vier Jahre vor Einführung der *plan. QI*-RL) und Nachher-Trend (vier Jahre nach Einführung) in beiden Gruppen statistisch geschätzt. Im zweiten Schritt wurde dieser Unterschied zwischen beiden Gruppen verglichen.

Ergebnisse

Insgesamt konnte auf einen Datensatz mit 12,5 Mio. Beobachtungen und 0,4 Mio. unerwünschten Ereignissen aus 23 QI (sieben plan. QI und 16 DeQS-QI) zugegriffen werden. Die Ergebnisse beider QI-Gruppen vor Einführung der Richtlinie zeigten parallele, d.h. gleichläufige Trends. Nach Einführung der Richtlinie divergierte dieser Trend bei den unerwünschten Ereignissen dann jedoch. Relativ zu dem geschätzten Trend, den man ohne Einführung der Richtlinie hätte erwarten können, wurden in der Gruppe der plan. QI im Mittel über alle vier Jahre nach Einführung ca. 18 % weniger unerwünschte Ereignisse beobachtet. Dabei war der Effekt in den ersten Jahren stärker als in den Folgejahren. Die Gründe für diesen Effekt lassen sich aus den Ergebnissen des vorliegenden Abschlussberichts ableiten und sind vermutlich insb. der Androhung von Konsequenzen sowie des Public Reporting der Ergebnisse wie auch der öffentlichen Aufmerksamkeit bei Einführung der RL zuzuschreiben.

Limitation

Der geschätzte Effekt beruht auf der zentralen Annahme, dass sich ohne Einführung der Richtlinie die beiden Gruppen von QIs weiterhin parallel entwickelt hätten. Diese Annahme lässt sich nicht belegen. Zudem flossen in die Analyse nur 7 von 11 plan. QI-Indikatoren und nur Prozessindikatoren ein, was eine Folge der strengen Kriterien an die Vergleichbarkeit zwischen den QI-Gruppen war. Auch ist unklar, inwiefern sich die Effekte übertragen, reproduzieren oder erweitern lassen, da sich der geschätzte Effekt nur auf die ausgewählten plan. QI und den betrachteten Zeitraum bezieht. Die Ergebnisse zu dieser Analyse wurden bereits auf der 15. dggö-Jahrestagung 2023 vorgestellt (Gehrig et al. 2023) und werden derzeit für eine Publikation aufbereitet.

7.2 Am Beispiel der Versorgung Frühgeborener in Geburtskliniken Level IV: Wie lassen sich Ergebnisse aus dem Stellungnahmeverfahren optimal nutzen, um die Versorgungsqualität zu verbessern?

Während eine Verbesserung der QI-Ergebnisse und Verringerung der Zahl an Krankenhäusern mit als „unzureichende Qualität“ bewerteten Indikatorergebnissen insbesondere in den QS GYN-OP und QS MC auftraten, kam es hingegen im Verfahren QS PM (PM-GEBH) eher zu einem Anstieg an QI-Ergebnissen mit der Bewertung „unzureichende Qualität“. Dieser Anstieg lässt sich insbesondere durch die strukturelle Problematik des QI 318 „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ erklären. Da das plan. QI-Stellungnahmeverfahren für alle Indikatoren zentral am IQTIG nach bundeseinheitlichen Kriterien durchgeführt wird, bot dieses Vorgehen für den QI 318 „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten“ den Vorteil, dass anhand der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens gezielt im Rahmen einer Ursachenanalyse geprüft werden konnte, aus welchem Grund die QI-Ergebnisse seit Verfahrensbeginn keine Verbesserung aufzeigten. Konkret wurden übergreifende strukturelle und prozessuale Ursachen für die Nicht-Anwesenheit des Pädiaters

bei Frühgeburten ermittelt sowie auf dieser Grundlage versucht, geeignete Handlungsansätze zu identifizieren.

Einleitung

Die Frühgeburt hat eine hohe klinische Relevanz aufgrund ihres wesentlichen Anteils an der perinatalen Mortalität und Morbidität (z. B. Atemnotsyndrom, intraventrikuläre Blutung, nekrotisierende Enterokolitis, Sepsis) und führt häufig zu verzögerter psychomotorischer Entwicklung im Vergleich zur Reifgeburt. Derzeit gibt es in der externen stationären Qualitätssicherung keine Follow-Up Indikatoren zum Outcome der Frühgeborenen. Gemäß aktuellem Forschungsstand liegt die Komplikationsrate bei Frühgeborenen aller Reifegrade höher als bei den Reifgeborenen, auch bei den sog. späten Frühgeborenen von der 34. bis 36. Schwangerschaftswoche (Bastek et al. 2008, Chung et al. 2010, Lasswell et al. 2010, Lorch et al. 2012, Phibbs et al. 2007, Poets et al. 2012, Teig et al. 2007). Auswertungen des IQTIG im Rahmen des Abschlussberichts zur Auswahl sowie Umsetzung der plan. QI haben ergeben, dass die Sterblichkeit von Frühgeborenen ohne Anwesenheit einer Pädiaeterin / eines Pädiaeters bei Geburt um den Faktor 4,8 erhöht war (IQTIG 2016). Eine adäquate medizinische Erstversorgung ist folglich essenziell für den gesundheitlichen Outcome der Frühgeborenen.

2021 lag in Deutschland die Frühgeborenenquote bei 6,4 %. Insgesamt 652 dieser Frühgeborenen wurden nicht von einem pädiatrischen Dienst erstversorgt, da sie in Geburtskliniken der Versorgungsstufe IV geboren wurden, bei denen gemäß der Richtlinie zu Früh-, und Reifgeborenen kein pädiatrischer Dienst regelhaft vorgehalten werden muss. Zur Erueierung/ Identifikation der Ursache sowie Gründen für die Nicht-Anwesenheit des pädiatrischen Dienstes zur medizinischen Erstversorgung der Frühgeborenen wurde eine Analyse der Stellungnahmen zu den EJ 2017, 2018 sowie 2021 durchgeführt. Die Stellungnahmen wurden systematisch gesichtet und nach qualitativen sowie quantitativen gleichermaßen Parametern analysiert. Auf Basis der Ergebnisse wurde im Anschluss ein fokussiertes narratives Experteninterview mit einer Expert-/innenrunde bestehend aus Mitgliedern der Fachkommission Perinatalmedizin: Geburtshilfe, des Gremiums zur Systempflege wie auch des Expertengremiums Perinatalmedizin auf Bundesebene zur Entwicklung von geeigneten Handlungsansätzen durchgeführt.

Ergebnisse

Bei Betrachtung der Dauer des Versorgungsprozesses – d. h. die Zeitspanne zwischen Aufnahme der Schwangeren bis zum Eintreffen eines pädiatrischen Dienstes – wurden folgende Ergebnisse ermittelt: In 41 % der Fälle (n = 33: EJ 2018) bzw. 47 % (n = 40: EJ 2021) dauerte der Versorgungsprozess – d. h. die Zeitspanne zwischen Aufnahme der Schwangeren bis zum Eintreffen des päd. Dienstes mehr als 60 Minuten. Dies trat insbesondere in Häusern mit nur einem Fall auf (n = 18: EJ 2018; n = 22: EJ 2021). Bei der Betrachtung der einzelnen Versorgungs- und Prozessschritte wird deutlich, dass am häufigsten die Wegezeit zum verspäteten Eintreffen des Pädiaeters/der Pä-

diaterin beitrug. Im EJ 2018 betrug die Zeitspanne bei der Hälfte der Fälle ($n = 38$) mehr als 30 Minuten, im EJ 2021 traf dies auf fast drei Viertel ($n = 50$) der Fälle zu. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass bei Notfällen die Diagnose häufig verspätet gestellt und dann per „roter Knopf“ der pädiatrische Dienst informiert wurde. Bei Schwangeren mit einem raschen Geburtsverlauf wurde der pädiatrische Dienst eher verzögert gerufen. Dem Zeitpunkt der Alarmierung kommt somit eine wichtige Schlüsselrolle zu – es ist von entscheidender Bedeutung für die Versorgung der Frühgeborenen, dass unabhängig vom medizinischen Ereignis der pädiatrische Dienst frühestmöglich informiert wird. Dabei ist zu klären, ob die Nichterfüllung des QI-Ziels ausschließlich in der Verantwortung des KH liegt oder diese auf übergeordnete prozessuale bzw. strukturelle Mängel zurückzuführen ist. Die Erkenntnisse wurden in die laufenden Stellungnahmeverfahren überführt, sodass sowohl die einzelnen Versorgungsschritte gezielt abgefragt als auch die Organisationsverantwortung besser zugeordnet werden konnte.

Wesentliche Ansatzpunkte (Stellschrauben), die im Rahmen der Expertenrunde identifiziert werden konnten

Die wesentlichen Handlungsanschlüsse (sog. Stellschrauben), die im Rahmen der Expertenrunde identifiziert werden konnten, betreffen die Abläufe vor der stationären Aufnahme sowie die Abläufe im stationären Kontext. Vor der stationären Aufnahme sollte sichergestellt sein, dass die Schwangere optimal aufgeklärt ist und sich die Klinik mit Blick auf eine möglicherweise eintretende Gefährdungssituation auswählt. Hier sollte Lage und Erreichbarkeit eine ebenso wichtige Rolle spielen wie die Ausstattung der Klinik, sodass die Schwangere im Falle einer drohenden Frühgeburt ein Perinatalzentrum aufsucht und keine Geburtsklinik (Versorgungsstufe 4). Hierbei kann auch das Rettungssystem eine wichtige Rolle spielen. Das dort tätige medizinische Personal sollte zur a) Kenntnis über die Lage der Kliniken mit geeigneter Versorgungsstufe und b) zur besseren Einschätzung hinsichtlich des Schwangerschaftsalters wie auch zum medizinischen Risiko speziell geschult werden. Bei den Abläufen im Krankenhaus sollte sichergestellt sein, dass eine Verfahrensweisung / SOP die notwendigen Handlungsschritte für die Versorgung regelt, wenn die Zuverlegung einer Schwangeren $< 36+0$ SSW in einer Geburtsklinik (Versorgungsstufe 4) angekündigt wird, sich diese selbst vorstellt oder auch wenn ein Risiko im Rahmen der Versorgung eben dieser Schwangeren auftritt. Diese sollte eine Vorgabe zum Ruf des pädiatrischen Dienstes enthalten. Die Ergebnisse dieser Analyse wurden 2022 und 2023 auf verschiedenen Konferenzen vorgestellt, ebenfalls wird gegenwärtig eine Publikation zu diesem Thema vorbereitet (Waldherr und Zander-Jentsch 2022, Zander-Jentsch 2023).

8 Fazit und Ausblick

Das Verfahren *plan. QI* startete am 1. Januar 2017 im Regelbetrieb. Seitdem sind sechs Jahre vergangen, von denen zwei Datenjahre aufgrund der COVID-19-Pandemie und der vor diesem Hintergrund beschlossenen Ausnahmeregelungen des G-BA (§ 18 *plan. QI-RL*) im Rahmen der Evaluation nicht ausgewertet werden konnten. Gemäß Beauftragung steht im Fokus der Begleitevaluation zum einen die Betrachtung der Verfahrensergebnisse und -erkenntnisse im Zeitverlauf und zum anderen die Überprüfung der Zielerreichung der Richtlinie, so wie diese in § 2 *plan. QI-RL* geregelt ist.

Nach Bewertung auf Basis der dafür eigens aufgestellten Kriterien zeigt sich, dass der intendierte Einfluss des Verfahrens *plan. QI* auf die Umsetzung krankenhauserplanerischer Maßnahmen unter den derzeitigen Bedingungen nicht feststellbar ist. Insbesondere durch das Fehlen der Voraussetzung, durch die übermittelten Maßstäbe und Bewertungskriterien „nicht nur vorübergehend eine in einem erheblichen Maß unzureichende Qualität“ gemäß § 8 Abs. 1a Satz 1 und Abs. 1b KHG festzustellen und anzuwenden, war es bisher nicht möglich, Krankenhäuser „ganz oder teilweise nicht in den Krankenhausplan [aufzunehmen]“ (§ 8 Abs. 1a Satz 1) sowie bundesweit einheitliche qualitätsorientierte planerische Entscheidungen zu treffen. Durch die Opt-Out-Möglichkeit für die Bundesländer war es darüber hinaus nicht realisierbar, bundeslandübergreifende Vergleiche durchzuführen bzw. verbindliche Aussagen zur Effektivität des Verfahrens zu treffen. Dennoch lässt sich anhand der Ergebnisse in diesem Bericht zeigen, dass die Landesplanungsbehörden vieler Bundesländer angefangen haben, sich aktiv mit dem Thema Qualität auseinanderzusetzen und sie im Rahmen der Krankenhausplanung zu berücksichtigen, auch wenn der Fokus der bisherigen Maßnahmen aufgrund der fehlenden gesetzlichen Voraussetzungen eher auf Qualitätsförderung anstatt auf Krankenhausplanung liegt (vgl. Abschnitt 4.2). In der Gesamtschau zeigt sich eine signifikante Verbesserung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren durch die Einführung der *plan. QI-RL*, wenn auch der Effekt mittlerweile abnehmend ist, u. a. weil planerische Konsequenzen bislang ausblieben (Abbildung 12). Dies ist sowohl auf die Verbesserung der Qualität als auch der Dokumentationsqualität zurückzuführen (Klein et al. 2023). Bei den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zeigt sich noch deutlicher die Bereitschaft, Qualitätsergebnisse im Rahmen von Versorgungsverträgen zu nutzen (vgl. Abschnitt 4.3).

Zusammengefasst kann das *plan. QI*-Verfahren als wichtiger Hinweisgeber für die Bearbeitung weiterer, übergeordneter Fragestellungen fungieren, wie z.B. die Optimierung von Datenvalidierungs- und Dokumentationsprozessen, die methodische und verfahrenstechnische Weiterentwicklung von Stellungnahmeverfahren oder die Konkretisierung von Handlungsanschlüssen (Konsequenzen).

Auch haben die durch den schnellen Start des Verfahrens erforderlich gewordenen neu etablierten Strukturen sowie die enge fachliche und inhaltliche Zusammenarbeit mit den verschiedenen

Stakeholdern – insbesondere den Landesarbeitsgemeinschaften und den beratenden Expertengremien – ein besseres gegenseitiges Verständnis geschaffen.

Diese positive Entwicklung lässt sich auf folgende drei Eckpfeiler zurückführen:

- a. höherer Anreiz zur Qualitätsverbesserung durch Ankündigung von Konsequenzen auf Planung und Vergütung durch einen intensivierten Austausch zwischen Krankenhäusern, Landesplanungsbehörden und Krankenkassen
- b. konsequente Datenvalidierung sowie Durchführung eines bundesweit einheitlichen Stellungnahmeverfahrens mit klar definierten Bewertungskriterien sowie
- c. transparente Ergebnisveröffentlichung auf der Website des G-BA (§ 17 plan. QI-RL) sowie im Rahmen der temporären Sonderveröffentlichung beim IQTIG (Ergebnisse – IQTIG).

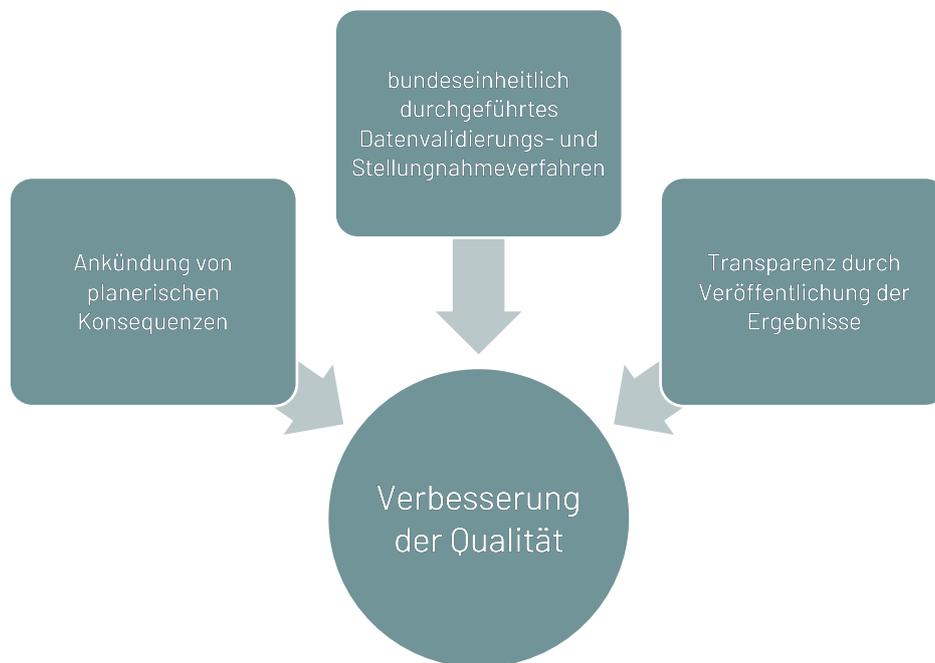


Abbildung 12: Ursachen für Verbesserung der Qualität

Trotz der Nichterreicherung der Ziele des Verfahrens unter den geltenden regulatorischen Rahmenbedingungen sollten die positiven Aspekte des Verfahrens *Planungsrelevante Qualitätsindikatoren* berücksichtigt und in aktuelle krankenhausplanerischen Vorhaben übernommen werden. So könnte bei einer Abschaffung des Automatismus und einer Abkehr von einer Qualitätsdifferenzierung sowie vom Fachabteilungsbezug eine Hinwendung zu leistungsbezogenen Qualitätsindikatoren zur Flankierung bzw. Evaluation der Strukturanforderungen in den Leistungsgruppen vorgenommen werden. Dies setzt entsprechende Gesetzgebung voraus, die sich an den Erfahrungen der plan. QI orientieren könnte. Als ersten Schritt empfiehlt das IQTIG, den Landesplanungsbehörden sowie Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen regelhaft die leistungserbringerbezogenen Ergebnisse der datengestützten QS der Krankenhäuser in ihrem jeweiligen

Zuständigkeitsbereich zu übermitteln. Auf diese Weise ließe sich der intensivierete Austausch zwischen den Akteuren im Rahmen der DeQS-Verfahren fortsetzen und im Sinne der ursprünglich intendierten qualitätsorientierten Planung nutzen.

Das Verfahren hat gezeigt, dass trotz regulatorischer Hemmnisse, schwieriger Rahmenbedingungen und verfahrenstechnischer Herausforderungen Qualitätsverbesserungen erreicht werden konnten. Um aber rechtssichere planungs- oder vergütungsrelevante Konsequenzen ableiten zu können, bedarf es – neben einer methodisch/inhaltlichen Weiterentwicklung – einer normativen Einbettung in bestehende bzw. geplante Instrumente zur Strukturierung der Krankenhauslandschaft.

Literatur

- Bastek, JA; Sammel, MD; Paré, E; Srinivas, SK; Posencheg, MA; Elovitz, MA (2008): Adverse neonatal outcomes: examining the risks between preterm, late preterm, and term infants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 199(4): 367.e1-367.e8. DOI: 10.1016/j.ajog.2008.08.002.
- BMG [Bundesministerium für Gesundheit] (2021a): [Brief des BMG an den G-BA. Betreff:] Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Ihr Schreiben vom 21. Oktober 2021. [Stand:] 30.11.2021. Berlin: BMG. AZ 214-21432-67. [unveröffentlicht].
- Chung, JH; Phibbs, CS; Boscardin, WJ; Kominski, GF; Ortega, AN; Needleman, J (2010): The Effect of Neonatal Intensive Care Level and Hospital Volume on Mortality of Very Low Birth Weight Infants. *Medical Care* 48(7): 635-644. DOI: 10.1097/MLR.0b013e3181d8e887.
- DGGG [Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; OEGGG [Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe]; SGGG [Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe] (2020): AWMF-Registernummer: 015-084. Leitlinienklasse S3: Sectio caesarea. [Stand:] Juni 2020. Berlin: AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-084l_S3_Sectio-caesarea_2020-06_1_02.pdf (abgerufen am: 27.03.2023).
- Döbler, K; Boukamp, KB; Nguyen, TT (2016): Dokumentationsqualität in der externen stationären Qualitätssicherung nach § 136 SGB V. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 21(05): 250-257. DOI: 10.1055/s-0042-110822.
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2017): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Folgebeauftragung des IQTIG zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V. [Stand:] 18.05.2017. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2956/2017-05-18_IQTIG-Folgebeauftragung_planQI.pdf (abgerufen am: 17.11.2023).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2018): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG: Begleitevaluation gemäß § 16 plan. QI-RL. [Stand:] 19.04.2018. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3298/2018-04-19_IQTIG-Beauftragung_Begleitevaluation_planQI.pdf (abgerufen am: 18.12.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit einer Weiterentwicklung der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V. [Stand:] 18.04.2019. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3756/2019-04-18_IQTIG-Beauftragung_Weiterentwicklung_plan-QI.pdf (abgerufen am: 17.11.2023).

- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2020): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG mit der Weiterentwicklung der Bewertungsmethodik der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 SGB V insbesondere bei kleinen Fallzahlen. [Stand:] 20.11.2020. Berlin: G-BA. URL: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4578/2020-11-20_IQTIG-Beauftragung-plan-QI.pdf (abgerufen am: 18.12.2020).
- G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] (2021b): [Brief des G-BA an das BMG. Betreff:] Planungsrelevante Qualitätsindikatoren: Nicht-Umsetzbarkeit des gesetzlichen Auftrags und Vorschläge zum weiteren Vorgehen. Datum: 21.10.2021. Berlin: G-BA. [unveröffentlicht].
- Gehrig, S; Rauh, J; Gutzeit, M; Klein, S; Zander-Jentsch, B (2023): Welchen Einfluss hat die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren auf die Behandlungsqualität? [Präsentation auf der 15. dggö [Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie] Jahrestagung 2023, 13.-14.03.2023, Hannover]. [Stand:] 13.03.2023. Berlin: IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen]. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2016): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zur Auswahl und Umsetzung. Stand: 31.08.2016. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/berichte/2016/IQTIG_Planungsrelevante-Qualitätsindikatoren_Abschlussbericht.pdf (abgerufen am: 27.01.2022).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018a): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Konzept zur Neu- und Weiterentwicklung. Abschlussbericht. Stand: 21.12.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/IQTIG_PlanQI-Folgauftrag-2_Abschlussbericht_2018-12-21.pdf (abgerufen am: 17.11.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2018b): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Prüfung der Ableitung aus Richtlinien zur Strukturqualität und Mindestmengenregelungen. Abschlussbericht. Stand: 27.04.2018. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/berichte/2018/IQTIG_PlanQI-Folgauftrag-1_Abschlussbericht_2018-04-27.pdf (abgerufen am: 17.11.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2019): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Weiterentwicklung zur Eignungsprüfung weiterer Indikatoren, Herstellung eines Fachabteilungsbezugs und zur Entwicklung von Maßstäben und Kriterien zur Bewertung. Abschlussbericht. Stand: 30.09.2019. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/dateien/berichte/2019/IQTIG_PlanQI-Weiterentwicklung_Abschlussbericht_2019-09-30.pdf (abgerufen am: 30.12.2019).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2020): Begleitevaluation zum Verfahren Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Zwischenbericht zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der QS-Verfahren Gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie. Stand: 22.12.2020. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].

- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021a): Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Neukonzeption der Entwicklung und Bewertung. Bericht zu Teil A. Stand: 29.01.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_PlanOI_Neukonzeption_Bericht-Teil-A_2021-01-29.pdf (abgerufen am: 17.11.2023).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2021b): Weiterentwicklung der Bewertungsmethodik der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Absatz 1 SGB V insbesondere bei kleinen Fallzahlen. Stand: 28.02.2021. Berlin: IQTIG. URL: https://iqtig.org/downloads/berichte/2020/IQTIG_PlanOI_Weiterentwicklung-fachliche-BewertungKIFallzahlen_2021-02-28.pdf (abgerufen am: 15.02.2024).
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2022): Bericht zur Systempflege 2022. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus den QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (GYN-OP), Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH), Mammachirurgie (MC). Stand: 15.11.2022. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023a): Begleitevaluation zum Verfahren Planungsrelevante Qualitätsindikatoren. Abschlussbericht zu den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren der QS-Verfahren Gynäkologische Operationen, Geburtshilfe und Mammachirurgie (Teil 1). Stand: 31.03.2023. Berlin: IQTIG. [unveröffentlicht].
- IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen] (2023b): Bericht zur Systempflege 2023. Planungsrelevante Qualitätsindikatoren aus den QS-Verfahren Gynäkologische Operationen (GYN-OP), Perinatalmedizin: Geburtshilfe (PM-GEBH), Mammachirurgie (MC). [Stand:] 04.12.2023. [Berlin]: IQTIG. [unveröffentlicht].
- Klein, S; Rauh, J; Pauletzki, J; Klakow-Franck, R; Zander-Jentsch, B (2023): Introduction of quality indicators in German hospital capacity planning – Do results show an improvement in quality? *Health Policy* 133: 104830. DOI: 10.1016/j.healthpol.2023.104830.
- Lasswell, SM; Barfield, WD; Rochat, RW; Blackmon, L (2010): Perinatal Regionalization for Very Low-Birth-Weight and Very Preterm Infants. A Meta-analysis. *JAMA* 304(9): 992-1000. DOI: 10.1001/jama.2010.1226.
- Leitlinienprogramm Onkologie (DKG [Deutsche Krebsgesellschaft], DKH [Deutsche Krebshilfe], AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften]) (2020): AWMF-Registernummer: 032-0450L. Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms [*Langfassung*]. Langversion 4.3. [Stand:] Februar 2020. Berlin: Leitlinienprogramm Onkologie (DKG, DKH, AWMF). URL: https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Leitlinien/Mammakarzinom_4_0/Version_4.3/LL_Mammakarzinom_Langversion_4.3.pdf (abgerufen am: 18.12.2020).

- Lorch, SA; Baiocchi, M; Ahlberg, CE; Small, DS (2012): The Differential Impact of Delivery Hospital on the Outcomes of Premature Infants. *Pediatrics* 130(2): 270-278. DOI: 10.1542/peds.2011-2820.
- Phibbs, CS; Baker, LC; Caughey, AB; Danielsen, B; Schmitt, SK; Phibbs, RH (2007): Level and Volume of Neonatal Intensive Care and Mortality in Very-Low-Birth-Weight Infants. *The New England Journal of Medicine* 356(21): 2165-2175. DOI: 10.1056/NEJMsa065029.
- Poets, CF; Wallwiener, D; Vetter, K (2012): Risks Associated With Delivering Infants 2 to 6 Weeks Before Term – a Review of Recent Data. *Deutsches Ärzteblatt International* 109(43): 721-726. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0721.
- Stich, AK; Malek, D; Follert, P (2021): Die Politik ist am Zug. *f&w Führen und Wirtschaften im Krankenhaus* 8: 694-696.
- Teig, N; Wolf, H-G; Bücken-Nott, H-J (2007): Mortalität bei Frühgeborenen <32 Schwangerschaftswochen in Abhängigkeit von Versorgungsstufe und Patientenvolumen in Nordrhein-Westfalen. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie* 211(3): 118-122. DOI: 10.1055/s-2007-960746.
- Veit, C; Lüken, F; Bungard, S; Trümner, A; Tewes, C; Hertle, D (2013): Rahmenkonzept Evaluation bezogen auf Evaluationen nach § 137b SGB V. Version 1.1. Entwurf vom 17.07.2013. Düsseldorf: BQS [Institut für Qualität und Patientensicherheit]. [unveröffentlicht, auf Nachfrage vom G-BA zugesandt].
- Waldherr, R; Zander-Jentsch, B (2022): Plan. QI: Identifizieren von Stellschrauben zur Verbesserung des Versorgungsprozesses Schwangerer mit Frühgeburtsbestrebungen in Geburtskliniken Level IV | Ist-Analyse geburtshilflicher Versorgungsstrukturen [Präsentation auf der 13. Qualitätssicherungskonferenz Berlin, 25.11.2022, Berlin]. [Stand:] 25.11.2022. Berlin: IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen]. URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5419/PV3_2_Waldherr_Zander-Jentsch_plan-QI_2022-11-25.pdf (abgerufen am: 15.02.2024).
- Zander-Jentsch, B (2023): A.8. Messung und Evaluation von Qualität im Gesundheitswesen. Am Beispiel der Versorgung Frühgeborener in Geburtskliniken Level IV: Wie können Qualitätsindikatoren genutzt werden, um die Versorgungsqualität zu verbessern? [Präsentation auf der 15. dggö [Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie] Jahrestagung 2023, 13.-14.03.2023, Hannover]. [Stand:] 13.03.2023. Berlin: IQTIG [Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen]. [unveröffentlicht].

Anhang: Ergänzende Darstellung zusammenfassender/ausgewählter Ergebnisse EJ 2018–2022

Tabelle 25: Übersicht über die Anzahlen der statistischen Auffälligkeiten sowie die Anzahlen der Bewertung „unzureichende Qualität“ EJ 2017, 2018, 2021 und (ergänzt) 2022

	statistisch auffällig vor Datenvalidierung				statistisch auffällig nach Datenvalidierung				Bewertung „unzureichende Qualität“			
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2022	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2022	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021*	EJ 2022
QS GYN-OP												
QI 10211: Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	9	3	1	1	4	0	1	0	3	0	0	0
QI 12874: Fehlende Histologie nach isoliertem Ovaryingriff mit Gewebsentfernung	26	17	15	13	11	7	7	3	9	5	7	3
QI 51906: Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	2	1	2	0	1	1	1	0	1	0	1	0
QS GYN-OP (15/1): Anzahl Auffälligkeiten	37	21	18	14	16	8	9	3	13	5	8 (0)	3
QS GYN-OP (15/1): Anzahl Standorte	37	21	18	14	16	8	9	3	13	5	8 (0)	3
QS PM (PM-GEBH)												

	statistisch auffällig vor Datenvalidierung				statistisch auffällig nach Datenvalidierung				Bewertung „unzureichende Qualität“			
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2022	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2022	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021*	EJ 2022
QI 318: Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	93	76	70	61	69	52	63	48	9	20	18 (5)	18
QI 330: Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stat. Aufenthalt von mind.zwei Kalendertagen	24	22	32	-	10	2	9	-	3	0	3 (4)	-
QI 1058: E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	24	27	17	19	12	17	11	10	12	11	9 (0)	6
QI 50045: Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	2	2	5	1	0	1	3	1	0	0	1 (2)	1
QI 51803: Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	7	4	1	4	6	4	1	3	4	3	0 (0)	3
QS PM (PM-GEBH) (16/1): Anzahl Auffälligkeiten	150	131	125	85	97	76	87	62	28	34	31 (11)	28
QS PM (PM-GEBH) (16/1): Anzahl Standorte	141	123	114	81	94	74	82	58	28	33	29 (10)	26
QS MC												
QI 2163: Primäre Axilladissektion bei DCIS	4	6	5	3	2	4	3	2	0	1	2 (0)	0

	statistisch auffällig vor Datenvalidierung				statistisch auffällig nach Datenvalidierung				Bewertung „unzureichende Qualität“			
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2022	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2022	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021*	EJ 2022
QI 52279: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonograf. Drahtmarkierung	55	40	15	16	39	21	10	7	28	21	5 (4)	7
QI 52330: Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammograf. Drahtmarkierung	12	14	8	8	9	4	3	2	4	4	2 (1)	2
QS MC (18/1): Anzahl Auffälligkeiten	71	60	28	27	50	29	16	11	32	26	9 (5)	9
QS MC (18/1): Anzahl Standorte	68	55	25	25	47	28	15	11	31	25	8 (5)	9
Anzahl Auffälligkeiten Gesamt	258	211	171	126	163	113	112	76	73	65	48 (16)	40
Anzahl Standorte mit Auffälligkeiten Gesamt	223	184	148	117	151	105	102	71	71	61	45 (15)	38

* EJ 2021: Bewertung „Sonstige“

Tabelle 26: Darstellung der plan. QI-Ergebnisse auf BL-Ebene und Geltung bzw. Nutzung durch LPB und LV der KK und EK, EJ 2017, 2018, 2021 und (ergänzt) 2022

Bundesland	Anzahl Standorte*				statistische Auffälligkeiten (ST mit stat. auffälligen Er- gebnissen)				stat. Auffälligkeiten mit „un- zureichend“ (ST mit unzu- reichenden QI Ergebnissen)				Geltung der plan. QI	Nutzung LPB	(aktuelle) Nutzung LV KK und EK
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2022	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2022	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2022	2023	2023	2023
Baden Württemberg	116	113	89	102	19 (18)	18	11 (10)	9	8 (7)	11 (11)	4 (3)	3	nein	nein	ja
Bayern	177	177	153	163	41 (36)	17	32 (26)	10 (9)	23 (22)	9 (9)	8 (7)	7	nein	ja	ja
Berlin	36	34	29	37	3	6 (4)	3	1	1 (1)	4 (3)	2 (2)	1	ja	ja	ja
Brandenburg	36	32	31	38	3	5	4	0	1 (1)	4 (4)	1 (1)	0	nein	ja	ja
Bremen	8	7	9	8	2 (1)	0	0	0	1 (1)	0	0	0	ja	ja	nein
Hamburg	22	23	25	24	5 (4)	0	0	0	2 (2)	0	0	0	ja	ja	nein
Hessen	78	75	67	72	9	9	6	9 (8)	4 (4)	5 (5)	2 (2)	6	ja	keine Rückmel- dung	nein
Mecklenburg-Vorpommern	25	23	22	21	4	2	1	3 (2)	2 (2)	2 (2)	0	2 (1)	nein	nein	ja
Niedersachsen	101	100	100	100	17 (16)	12 (11)	12	9 (7)	6 (6)	5 (4)	7 (7)	5 (4)	ja	ja	ja
Nordrhein Westfalen	256	250	213	251	41 (39)	30 (25)	21	24	17 (17)	15 (13)	11 (11)	9	nein	nein	nein
Rheinland-Pfalz	63	65	51	62	4	4	7 (6)	2	1 (1)	1 (1)	4 (4)	1	nein	nein	nein

Bundesland	Anzahl Standorte*				statistische Auffälligkeiten (ST mit stat. auffälligen Ergebnissen)				stat. Auffälligkeiten mit „unzureichend“ (ST mit unzureichenden QI Ergebnissen)				Geltung der plan. QI	Nutzung LPB	(aktuelle) Nutzung LV KK und EK
	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2022	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2022	EJ 2017	EJ 2018	EJ 2021	EJ 2022	2023	2023	2023
Saarland	15	14	14	13	3	1	0	1	1 (1)	1 (1)	0	1	ja	ja	nein
Sachsen	55	55	51	52	1	2	1	0	0	2 (2)	0	0	ja	nein	nein
Sachsen-Anhalt	33	34	29	34	5	1	4	3	3 (3)	1 (1)	3 (3)	1	ja	nein	nein
Schleswig-Holstein	34	31	27	32	3	3	8 (7)	4	1 (1)	3 (3)	4 (4)	3	nein	nein	nein
Thüringen	30	30	25	32	3	3	2 (1)	1	2 (2)	2 (2)	2 (1)	1	nein	nein	nein
Summe	1085	1063	935	1041	163 (151)	113 (105)	112 (102)	76 (71)	73 (71)	65 (61)	48 (45)	40 (38)	ja (8 x) nein (8 x)	ja (7 x) nein (8 x) k.A.(1 x)	ja (6 x) nein (10 x)

* Standorte, die plan. QI-relevante Fälle behandelt haben.

Impressum

HERAUSGEBER

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung
und Transparenz im Gesundheitswesen
Katharina-Heinroth-Ufer 1
10787 Berlin

Telefon: (030) 58 58 26-0

info@iqtig.org

iqtig.org