



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Die gesetzlichen Qualitätsberichte 2012 der Krankenhäuser lesen und verstehen

Herausgegeben vom Gemeinsamen Bundesausschuss
(G-BA)

Berlin, März 2014



Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Was ist Qualität und wie wird sie gemessen?..... | 3 |
| Dimensionen der Qualität | 4 |
| Was wollen Patientinnen und Patienten wissen? | 6 |
| Wie kam es zu den gesetzlichen Qualitätsberichten? | 7 |
| Was können die gesetzlichen Qualitätsberichte leisten? | 8 |
| Wie werden die Erkrankungen und Behandlungen im Qualitätsbericht bezeichnet? | 9 |
| Die Teile des Qualitätsberichts | 10 |
| Die Einleitung | 10 |
| Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses (Teil A) | 11 |
| Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten und Fachabteilungen (Teil B) | 14 |
| Qualitätssicherung (Teil C) | 17 |
| Fazit: Qualitätssicherung – ein kontinuierlicher Prozess | 29 |

Seit 2005 informieren die rund 2.000 Krankenhäuser in Deutschland öffentlich darüber, was sie tun und wie gut sie dabei sind. Die „strukturierten Qualitätsberichte“ richten sich z.B. an Patientinnen und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung. Im Folgenden geht es um die Qualitätsberichte, die seit Anfang 2014 vorliegen und sich auf die Qualität des Jahres 2012 beziehen. Hier werden sie die „2012er Qualitätsberichte“ genannt.

Alle Krankenhäuser, die für die gesetzliche Krankenversicherung zugelassen sind – das sind (nach § 108 SGB V) die sogenannten „Plankrankenhäuser“, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, sowie Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen geschlossen haben – müssen ihren Qualitätsbericht den Krankenkassen zur Veröffentlichung im Internet zur Verfügung stellen. Dort finden Sie in sogenannten „Kliniksuchmaschinen“ weitere ausführliche Informationen, die auf die Daten der Qualitätsberichte zurückgreifen.

Doch ein paar grundsätzliche Worte vorab: Es ist nicht leicht, die Qualität eines Krankenhauses zu messen. Die Medizin hat mit komplizierten „Systemen“ zu tun – mit Menschen, die nicht nur aus einem Körper mit vielen Organen bestehen, sondern sich in ihren jeweiligen Bedürfnissen und Erwartungen und in der Schwere ihrer Erkrankung oder dem Zusammenspiel verschiedener Erkrankungen unterscheiden. Deshalb gibt es auch unterschiedliche Reaktionen auf die gleiche medizinische Behandlung. Darüber hinaus müssen auch seelische, soziale, geistig-mentale und vielleicht auch religiös-spirituelle Dimensionen bedacht werden, um den Menschen mit seiner Krankheit zu verstehen und das wichtigste Ziel der Medizin – die Genesung – zu erreichen. Zusätzlich erschweren äußere Faktoren die Messung der Qualität im Krankenhaus. Beispielsweise hat das Krankenhaus auf die medizinische Versorgung *vor* der Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten in der Regel keinen Einfluss. Auch die hohe Komplexität im Aufbau und Funktionieren eines Krankenhauses trägt dazu bei, dass das Messen und Sichern von Qualität hier eine große Herausforderung darstellt.

Dies wissend ist zu fragen: Was haben Patientinnen und Patienten, einweisende Ärztinnen und Ärzte und andere Interessierte von den gesetzlichen Qualitätsberichten? Und worauf müssen Sie besonders achten, wenn Sie bestimmte Informationen über ein Krankenhaus oder eine seiner Fachabteilungen suchen? Weil das Thema kompliziert ist, haben wir nicht nur eine einfache „Gebrauchsanleitung“, sondern eine „Lesehilfe“ verfasst, die Sie dabei unterstützen soll, Qualitätsberichte zu verstehen, ihre Inhalte richtig zu interpretieren und in Ihrem Sinne zu nutzen. So können Sie auch Aussagen anderer Informationsanbieter wie etwa der Presse oder von Internetportalen kritisch hinterfragen und bewerten.

Was ist Qualität und wie wird sie gemessen?

Unter Qualität kann man die Eignung einer Sache zu einem vorgegebenen Zweck verstehen. Man muss definieren, welche Eigenschaften ein Produkt oder eine

Dienstleistung haben soll, um diesen Zweck zu erreichen. Dann lässt sich in einem zweiten Schritt messen, wie viele dieser Eigenschaften oder in welchem Umfang diese tatsächlich vorzufinden sind. Sehr gute Qualität hieße dann nahezu hundertprozentige Übereinstimmung von Erwartung und Ergebnis, bei schlechter Qualität bleibt das Ergebnis weit hinter den Anforderungen zurück. Häufig ist zu entscheiden, welche Erwartungen realistisch sind und welche Ergebnisse noch akzeptiert werden können.

Krankenhäuser müssen die Qualität ihrer Arbeit ständig im Auge behalten und kontinuierlich daran arbeiten, diese zu verbessern.

Dimensionen der Qualität

Man unterscheidet bei der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zwischen drei Aspekten oder Dimensionen der Qualität: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

- Zur *Strukturqualität* gehören zum Beispiel die materielle Ausstattung eines Krankenhauses, die technischen Geräte, deren regelmäßige Wartung und Erneuerung, aber auch die Qualifikation des Personals und dessen Einsatz – eben alles zum Betrieb Notwendige. Stellen Sie sich ein neu gegründetes Krankenhaus vor, das noch keine einzige Patientin und keinen einzigen Patienten hat, aber morgen eröffnet werden soll und in kürzester Zeit voll funktionieren muss: Es bestünde heute noch ausschließlich aus Strukturqualität.
- Die *Prozessqualität* beinhaltet alle Vorgänge in einem Krankenhaus, also zum Beispiel alle Operationen, die Pflegeprozesse, den Ablauf diagnostischer Untersuchungen und aller Behandlungen, aber auch die Aufklärung der Patientinnen und Patienten und den Umgang mit ihnen. Prozessqualität beschreibt, ob und in welchem Maße Arbeitsschritte nach zuvor festgelegten Kriterien ablaufen: Erhalten beispielsweise alle Patientinnen und Patienten die für ihre Erkrankung notwendigen Medikamente zum richtigen Zeitpunkt? Und finden Operationen – außer im Notfall natürlich – immer erst nach ausführlicher Aufklärung und Einwilligung der Betroffenen statt?
- Die *Ergebnisqualität* schließlich beschreibt, welche Behandlungserfolge am Ende herauskommen. Sind Sie geheilt, sind Ihre Schmerzen gelindert, ist die Wunde geschlossen, sind Sie insgesamt zufrieden? Wurde, wenn Sie unzufrieden waren, mit Ihrer Beschwerde sorgfältig umgegangen? Sind Nachsorge und Übergang in die häusliche Umgebung und Pflege nahtlos gelungen?

Diese Aufzählung macht deutlich, wie viele Aspekte zur Beschreibung der Qualität des komplexen Gebildes Krankenhaus zusammenkommen und wie schwierig es ist, diese Qualität zu messen und zu bewerten. Jeder Teilaspekt erfordert Messinstrumente, die der jeweiligen Erkrankung oder medizinischen Leistung angemessen sind. Diese Messinstrumente sind die sogenannten „Qualitätsindikatoren“.

Qualitätsindikatoren sind Daten und Zahlen, die im Behandlungsgeschehen erfasst werden können und es möglich machen, Qualität indirekt zu messen und damit

gleichsam zu bewerten. Beispielsweise beschreibt ein Qualitätsindikator den prozentualen Anteil der Patientinnen und Patienten (z. B. 80 Prozent), die nach dem gelungenen Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks nach kurzer Zeit wieder selbstständig gehen konnten.

In der Medizin wird fortlaufend versucht, aussagekräftige Indikatoren für gute medizinische und pflegerische Versorgung zu finden. Folgendes Beispiel zeigt, wie schwierig das sein kann: Wenn in einer Krankenhausabteilung, in der Menschen nach einem Herzinfarkt behandelt werden, nur wenige Patientinnen oder Patienten sterben, kann das ein Hinweis auf gute Qualität der dortigen Behandlung sein. Es kann aber auch auf etwas ganz anderes hindeuten: Es könnte etwa sein, dass die Notfallversorgung vor Erreichen des Krankenhauses nicht gut funktioniert. Dann sterben unter Umständen besonders gefährdete Infarktpatientinnen oder -patienten schon beim Transport ins Krankenhaus und es ist kein Wunder, dass die Sterbestatistik in diesem Krankenhaus so gut aussieht. Umgekehrt werden einem Krankenhaus mit ausgewiesener Leistungsfähigkeit gezielt viele Schwerstkranke mit hohem Sterberisiko zugewiesen, so dass dieses Krankenhaus durch eine hohe Sterberate eher abschreckend wirken mag. Man muss also immer den Gesamtzusammenhang betrachten und prüfen, ob ein Indikator wirklich das abbilden kann, was man wissen möchte. In unserem Beispiel erschließt sich die Qualität nur, indem man mehrere Indikatoren zusammen und ihre gegenseitigen Wechselwirkungen betrachtet.

Ein weiteres Beispiel: In einem Krankenhaus werden hauptsächlich ältere Patientinnen und Patienten behandelt, die meist mehrere chronische Krankheiten mitbringen, oder ein Krankenhaus liegt in einem Stadtteil, der durch geringen sozioökonomischen Status seiner Bewohnerinnen und Bewohner oder große soziale Spannungen geprägt ist. Patientinnen und Patienten, die in dieses Krankenhaus kommen, sind häufig kranker, gefährdeter oder sprechen schlechter auf eine bestimmte Therapie an. Deren Risiko für ein schlechtes Behandlungsergebnis oder Komplikationen ist höher. Wahrscheinlich sind hier die Ergebnisse entsprechend weniger gut als in einem Viertel mit jüngeren Bewohnerinnen und Bewohnern und höherem sozioökonomischem Status. Um beide vergleichbar zu machen, muss das unterschiedliche Risiko, das die verschiedenen Patientinnen und Patienten mitbringen, in die Betrachtungen einbezogen werden. Verfahren, die dies rechnerisch versuchen, heißen „Risikoadjustierung“. Je sorgfältiger das Risiko der Patientinnen und Patienten berücksichtigt wird, desto eher kann das Ergebnis der medizinischen Versorgung dieser Patientinnen und Patienten in verschiedenen Krankenhäusern verglichen werden. Doch aus verschiedenen Gründen können noch nicht einmal alle bekannten Risikofaktoren vollständig berücksichtigt werden. Folglich sind die Ergebnisse immer mit gewissen Unsicherheiten behaftet.

Was wollen Patientinnen und Patienten wissen?

Fragen Sie einmal in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis nach, was den Menschen am wichtigsten ist, wenn sie sich einer Behandlung in einem Krankenhaus unterziehen müssen. Sie werden wahrscheinlich eine Liste bekommen, auf die sich letztlich alle verständigen können, deren Bestandteile aber von jedem Einzelnen eine unterschiedliche Gewichtung bekommen. Die Qualität der medizinischen Behandlung wird wahrscheinlich von allen Beteiligten als wichtigstes Kriterium genannt. Darüber hinaus wird die Eine besonderen Wert auf die Freundlichkeit von Ärztinnen und Ärzten und Pflegepersonen legen, der Andere möchte seine Ruhe im Einzelzimmer haben, wieder eine Andere möchte unbedingt alle Entscheidungen selbst treffen, während ein Vierter dies gern vertrauensvoll der Ärzteschaft überlassen möchte. Und dann kommen auf dieser Liste auch die äußeren Umstände vor, etwa die „Hotelqualität“, die manche für einen besonders guten Hinweis auf die Qualität des ganzen Krankenhauses halten.

Diese unterschiedlichen Anforderungen verwundern nicht, denn es gibt nicht *den* Patienten oder *die* Patientin, sondern jeder Mensch entscheidet selbst und nach eigenen Maßstäben, was ihr oder ihm besonders wichtig ist. Wer eine seltene, schwer zu behandelnde Krankheit hat, legt möglicherweise mehr Wert auf die Qualifikation und Erfahrung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte als eine Patientin oder ein Patient mit einer relativ häufigen, gut therapierbaren Erkrankung. Dieser Person ist es möglicherweise besonders wichtig, dass sie jeden Tag Besuch von ihren Familienangehörigen bekommen kann. Der Eine lässt sich vielleicht eher in einem großen Krankenhaus, etwa einer Universitätsklinik behandeln, für die Andere wäre das vertraute Krankenhaus in der Nachbarschaft genau das Richtige, sofern beide Krankenhäuser eine gute medizinische Behandlung anbieten.

Dieser Gesichtspunkt ist ganz wichtig, denn er zeigt uns: Wir suchen nicht das *beste*, sondern das für unsere persönlichen Anforderungen *richtige* Krankenhaus.

Wir gehen davon aus, dass die meisten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus vor allem auf die Qualität der *medizinischen und pflegerischen Behandlung* Wert legen. Gerade die ist jedoch besonders schwer zu beurteilen. Leichter fällt das schon für die „Hotelleistungen“ wie Sauberkeit, Güte des Essens, Ausstattung der Räume und dergleichen. Auch die Freundlichkeit und Zuwendung des Personals ist unmittelbar erlebbar. Diese leichter sichtbaren Aspekte werden dann von vielen Menschen als Ersatz für die schwerer zu beurteilende medizinische Qualität herangezogen – also als indirekte Hinweise auf die Qualität der medizinischen und pflegerischen Behandlung. Dies ist allerdings fraglich: Lässt gutes Essen wirklich auf gute Medizin schließen? Allenfalls könnte man annehmen, ein Krankenhaus, das sich um gute Qualität der Serviceleistungen bemüht, werde auch bei der medizinischen Behandlung nach besten Kräften um beste Qualität besorgt sein. Die allgemeine Bemühung um das Patientenwohl kann dann wenigstens als „weicher“ Hinweis auf die Bemühung um gute medizinische Arbeit gesehen werden. Ein „härterer“, aussagekräftiger Indikator ist möglicherweise der Umgang mit Beschwer-

den: Ein Krankenhaus, das Sie als unzufriedene und damit vielleicht unbequeme Person ernst nimmt, Ihren Beschwerden nachgeht und erkannte Missstände abstellt, zeigt seine Offenheit gegenüber Kritik und sein Bemühen um Verbesserung. Beides sind wichtige Voraussetzungen auch für die sorgfältige und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Auch die Bereitschaft eines Krankenhauses, die Qualität seiner Arbeit für Patientinnen und Patienten transparent zu machen, kann als Hinweis auf die Bemühung um gute Qualität angesehen werden. Zum Beispiel wenn ein Krankenhaus bei der Erstellung des Qualitätsberichts alle Aspekte seiner Qualität ausführlich darlegt, und auch offen von Leistungen berichtet, in denen es bisher vielleicht weniger gute Qualität erreicht hat, und beschreibt, welche Verbesserungen daraus abgeleitet wurden.

Wie kam es zu den gesetzlichen Qualitätsberichten?

Bis Herbst 2005 war die Qualität im Gesundheitswesen nur Wenigen und nur in Bruchstücken bekannt. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte hatten eher ausschnittsweise Kenntnisse über die Krankenhäuser ihrer Umgebung, in die sie öfter Patientinnen und Patienten eingewiesen hatten. Krankenkassen wussten bereits einiges über die Qualität der Gesundheitsversorgung, denn sie verfügten auch schon vorher zu Abrechnungszwecken über Leistungsdaten der Krankenhäuser. Berufs- und Standesorganisationen wie Ärztekammern und Berufsverbände hatten ebenfalls einige Informationen über die Qualität der Arbeit ihrer Mitglieder. All dieses Wissen war jedoch für Patientinnen und Patienten nur schwer zugänglich.

Dem Informationsbedürfnis von Patientinnen und Patienten sollen die strukturierten Qualitätsberichte deshalb entgegenkommen. Sie legen umfangreiche Informationen zu allen Krankenhäusern in gleicher Form offen und machen sie somit für Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, einweisende Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, Krankenhäuser und alle Interessierten gleichermaßen zugänglich. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem höchsten Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, das sich mit der Umsetzung und Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben befasst, wurden dazu Regelungen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart. Ohne Stimmrecht beteiligt waren die Patientenvertretung, der Deutsche Pflegerat (DPR), die Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV).

Diese Regelungen nennen drei Ziele der Qualitätsberichte: An erster Stelle steht „Information und Entscheidungshilfe für alle interessierten Personen, insbesondere im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung“, an zweiter und dritter Stelle folgen dann „eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung von Patientinnen und Patienten insbesondere für Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung und Krankenkassen“ sowie „die Möglichkeit für ein Krankenhaus, seine Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen“.

Alle sollen davon profitieren, aber interessierte Personen und unter ihnen die Patientinnen und Patienten stehen an erster Stelle.

Die oben genannten Mitglieder des Gemeinsamen Bundesausschusses haben lange über Inhalte und Form der Qualitätsberichte verhandelt. Während einerseits maximale Transparenz wünschenswert erscheint, besteht andererseits die Gefahr, dass die Veröffentlichung von Daten für das einzelne Krankenhaus auch die Preisgabe von „Betriebsgeheimnissen“ bedeutet. Das könnte unter den zunehmend schwieriger werdenden Bedingungen des deutschen Gesundheitsmarktes existenzielle Nachteile für einzelne Häuser mit sich bringen. Aus diesem Grund ist der Qualitätsbericht an einigen Stellen ein Kompromiss zwischen den verschiedenen Interessen der Partner im Gesundheitswesen.

Was können die gesetzlichen Qualitätsberichte leisten?

Die gesetzlichen Qualitätsberichte geben wichtige Hinweise auf die Qualität eines Krankenhauses und dabei auch auf die Qualität der medizinischen Behandlung. Sie liefern Hinweise auf besonders gute oder besonders schlechte Qualität in vielen Bereichen eines Krankenhauses. Qualitätsberichte stellen Informationen zur Verfügung, die Patientinnen und Patienten helfen sollen, Krankenhäuser zu bewerten und das für sie und für die Behandlung ihrer jeweiligen Erkrankung am besten geeignete auszuwählen. Damit stärken sie das Patientenrecht, über die Behandlung mit zu entscheiden und das Krankenhaus auszuwählen.

Die Qualitätsberichte können aber nicht alles leisten. Sie können nicht Auskunft darüber geben, welches das *beste* Krankenhaus oder die *beste* Fachabteilung in einer Region oder in Deutschland ist, und liefern keine seriöse Grundlage für Ranglisten (engl. *ranking*) oder fragwürdige Hitlisten („Die 100 besten Krankenhäuser in Deutschland“, Vergabe von Sternen wie in der Hotelbranche oder ähnliches). Ranglisten sind aus wissenschaftlicher Sicht problematisch, häufig sogar unseriös und können zur Fehlinformation der Patientinnen und Patienten führen:

- Sie bilden nur die Vergangenheit ab, auch wenn das Krankenhaus seine Qualität inzwischen verbessert hat.
- Häufig wird nur ein kleiner Ausschnitt der Qualität gemessen und dargestellt; manche Aspekte sind nicht messbar, andere wären zu aufwendig zu erfassen.
- Aus statistischen Gründen ist selbst ein Vergleich von mehreren Fachabteilungen in nur einem einzelnen Aspekt der Qualität extrem schwierig (siehe Erläuterungen zu C-1.2).
- Sie berücksichtigen nicht die vielen Faktoren, die auf die Qualität eines Krankenhauses einwirken und nicht immer durch Risikoadjustierung völlig ausgeglichen werden können.

Deshalb sollten Sie populären Hitlisten nicht ohne weiteres vertrauen und die verwendeten Bewertungskriterien sehr kritisch hinterfragen.

Wie werden die Erkrankungen und Behandlungen im Qualitätsbericht bezeichnet?

Ein Krankenhaus kann in der Behandlung bestimmter Erkrankungen weltweit führend sein und dennoch andere Leistungen gar nicht oder nur selten durchführen. Auch beispielsweise die personelle Ausstattung kann sich zwischen den einzelnen Abteilungen eines Krankenhauses erheblich unterscheiden. Wenn Sie ein Krankenhaus für Ihre Behandlung suchen, sollten Sie also zusätzlich zu den Angaben über das Krankenhaus als Ganzes immer auch die Angaben speziell für Ihre Erkrankung oder geplante Operation betrachten. Um die Angaben im Qualitätsbericht gezielt zu nutzen, ist es deshalb für Sie zunächst wichtig, möglichst genau zu wissen, welche Behandlung oder Erkrankung eigentlich verglichen werden sollte.

Erkrankungen werden international mit einem standardisierten Kurztext und einem Kode angegeben, dem sogenannten „ICD-Kode“.

ICD steht dabei für *International Classification of Diseases*. Ein solcher Kode setzt sich zusammen aus einem Buchstaben und einer Nummer mit oder ohne Dezimalstellen und kann von Fachleuten leicht entschlüsselt werden: Schaut man sich z.B. den ICD-Kode K80.4 an, dann steht der Buchstabe K für eine Krankheit des Verdauungssystems, die Ziffer 80 gibt an, dass es sich um ein Gallensteineiden handelt und die Dezimalstelle .0 gibt an, dass der Gallenstein im Gallengang sitzt und die Gallenblase entzündet ist. Die aktuell gültige Ausgabe der ICD wird als ICD-10 bezeichnet (zehnte Überarbeitung).

Auch in den Qualitätsberichten stellen die Krankenhäuser die von ihnen behandelten Erkrankungen mit Hilfe dieser ICD-Kodes dar. Für eine gezielte Suche nach einem geeigneten Krankenhaus sollten Sie deshalb Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt bitten, Ihnen diesen Kode mindestens 3-stellig, also mit Buchstabe und den ersten beiden Ziffern, anzugeben.

Ähnlich ist es auch mit Operationen und Behandlungen in Krankenhäusern. Für eine gezielte Suche nach einem Krankenhaus reicht es manchmal nicht aus, beispielsweise nach einer Gallenoperation zu suchen, da sich hierunter viele verschiedene Eingriffe verbergen können. Deshalb ist es wichtig, von Ihrer behandelnden Ärztin oder Ihrem behandelnden Arzt genau zu erfahren, welche Art von Operation oder Behandlung in Frage kommt. In den Krankenhäusern werden die verschiedenen Behandlungen bzw. Operationen mit dem sogenannten „OPS-Kode“ verschlüsselt, der sich auch aus einem Kurztext und einer Ziffernkombination zusammensetzt.

OPS steht hierbei für Operationen- und Prozedurenschlüssel und ist in sechs Kapitel eingeteilt:

- 1 Diagnostik
- 3 Bildgebende Diagnostik
- 5 Operationen
- 6 Medikamente

- 8 Nichtoperative therapeutische Maßnahmen
- 9 Ergänzende Maßnahmen

Die erste Ziffer eines OPS-Kodes gibt dabei das Kapitel an, hinter dem Bindestrich steht zweistellig das betroffene Organ gefolgt von einer Ziffer, welche die Art der Behandlung oder Diagnostik näher beschreibt. Nach dem Dezimalpunkt kommen weitere Erläuterungen. So steht beispielsweise der OPS-Kode 5-526.20 für eine Operation (5-) an der Bauchspeicheldrüse (52) mittels Endoskop (6), bei der Steine (2) mittels Körbchen (0) entfernt werden. Der Operationsschlüssel nach § 301 SGB V dient als Grundlage für die Abrechnung der erbrachten Leistungen mit den Kostenträgern.

Weitergehende Informationen zu diesen amtlichen ICD- und OPS-Klassifikationen finden Sie auf den Internetseiten des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (www.dimdi.de).

Die Teile des Qualitätsberichts

Die Struktur der 2012er Qualitätsberichte wurde nach den Erfahrungen mit den Berichten der vergangenen Jahre überarbeitet. Das hatte zur Folge, dass sich Inhalte und Struktur des Qualitätsberichts in einigen Abschnitten verändert haben. Der Qualitätsbericht besteht aus folgenden Teilen:

- A. Angaben, die für das **ganze Krankenhaus** gelten.
- B. Angaben zu den **Fachabteilungen oder Organisationseinheiten**, zu den durchgeführten Behandlungen und den behandelten Krankheiten – jeweils mit Angaben darüber, wie oft etwa eine Operation im Jahr durchgeführt wurde.
- C. Maßnahmen und Projekte der **Qualitätssicherung**, an denen das Krankenhaus teilnimmt.

Im Folgenden werden die einzelnen Kapitel des Qualitätsberichts beschrieben und es wird aufgezeigt, von welchen Informationen Sie als Patientin oder Patient welchen Nutzen haben.

Die Einleitung

An dieser Stelle stellt sich das Krankenhaus kurz vor. Dann folgen Angaben zum Verantwortlichen für den Qualitätsbericht, weitere allgemeine Ansprechpartner (z. B. Qualitäts- oder Hygienebeauftragte, Patientenfürsprecher, Pressereferenten) sowie weiterführende Links und Bezugsquellen (z. B. zur Website des Krankenhauses, zu Broschüren oder Unternehmensberichten).

Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses (Teil A)

Allgemeine Kontaktdaten (A-1 bis A-3)

Hier stehen allgemeine Daten des Krankenhauses wie seine Kontaktdaten per Post, Telefon und E-Mail sowie die Art der Trägerschaft. Öffentliche Träger können zum Beispiel Bund, Länder und Gemeinden sein. Freigemeinnützige Träger sind meist Wohlfahrtsverbände, soziale Vereinigungen oder kirchliche Träger; daneben gibt es private Krankenhausträger. Bei Krankenhäusern mit mehreren zugelassenen Standorten sind diese Daten nicht nur in einem Gesamtbericht, sondern in eigenständigen Standortberichten zu finden.

Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie (A-4)

Regionale Versorgungsverpflichtungen haben psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen, die aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet sind, psychisch erkrankte Patientinnen und Patienten aus einer bestimmten Region stationär aufzunehmen. Diese Einrichtungen benötigen hierfür eine besondere Fachkompetenz. Selbstverständlich können Sie sich als Betroffene oder Betroffener auch in einem psychiatrischen Krankenhaus in einer anderen Region behandeln lassen.

Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses (A-5)

Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote sind in der Regel nichtärztliche Leistungen wie Pflegeüberleitung, Diät- und Ernährungsberatung, Ergotherapie oder Lymphdrainage, die im gesamten Krankenhaus angeboten werden. Medizinische Leistungsangebote, die nur von einzelnen Fachabteilungen angeboten werden, finden Sie unter B-[X].2. Das gilt auch, wenn die Klinik nur eine Fachabteilung hat.

Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses (A-6)

In diesem Abschnitt geht es um Räumlichkeiten, Verpflegung, Ausstattung der Patientenzimmer und persönliche Betreuung. Ein Krankenhaus kann angeben, ob es z. B. einen Seelsorger beschäftigt. Auch hier werden nur die Leistungsangebote aufgeführt, die für das gesamte Krankenhaus (nicht nur für eine einzelne Abteilung) Bedeutung haben.

Aspekte der Barrierefreiheit (A-7)

Hier finden Sie Ausführungen zu den Aktivitäten des Krankenhauses zur Barrierefreiheit im Krankenhaus. Diese Angaben sollen dabei die besonderen Belange z. B. von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, mit Hör- oder Sehbehinderungen

sowie mit geringen oder ohne Deutschkenntnisse aufgreifen. Die Darstellung in einem eigenen Kapitel soll dabei helfen, das Bewusstsein für die Berücksichtigung der Barrierefreiheit zu steigern und die Auffindbarkeit der benötigten Informationen zu erleichtern. Bei den Angaben zur fremdsprachlichen Unterstützung (Dolmetscherdienste, Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal) können die Krankenhäuser im Kommentarfeld aufführen, welche Sprachen vertreten sind.

Forschung und Lehre des Krankenhauses (A-8)

Forschungsschwerpunkte können darauf hinweisen, dass in diesem Haus spezielle medizinisch-wissenschaftliche Fachkenntnisse oder Spezialisierungen vorhanden sind oder eine besondere technische Ausstattung angeboten wird. Das Krankenhaus kann auch erwähnen, dass es sich an klinischen Studien beteiligt, in die Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Behandlung einbezogen werden können.

Krankenhäuser, die an der akademischen Lehre teilnehmen, engagieren sich speziell in der Ausbildung von Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmedizinern, die hier einen Teil ihrer praktischen Ausbildung absolvieren. In diesem Kapitel steht auch, ob ein Krankenhaus in Pflege- oder anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufen ausbildet.

Anzahl der Betten und Fallzahlen des Krankenhauses (A-9 und A-10)

Bettenzahl und Fallzahl sind ein Maß für die Größe eines Krankenhauses. Ein deutsches Krankenhaus hat durchschnittlich 242 Betten. Im Jahr 2012 hatten die meisten Krankenhäuser in Deutschland weniger als 300 Betten, knapp 5 Prozent hatten jedoch mehr als 800 Betten.

Die Fallzahl ist die Anzahl der stationär behandelten Patientinnen und Patienten, das heißt, jede Person wird bei jedem Krankenhausaufenthalt einmal gezählt. Im Jahr 2012 wurden in Deutschland rund 17,8 Millionen Patientinnen und Patienten vollstationär behandelt.

Solche Zahlen dienen jedoch eher der Krankenhausbedarfsplanung oder werden für politische Aussagen genutzt, um die Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens darzustellen. Sie sagen über die Qualität des einzelnen Krankenhauses kaum etwas aus.

Personelle Ausstattung des Krankenhauses (A-11)

Hier wird angegeben, wie viele Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Hygienepersonal und spezielles therapeutisches Personal im gesamten Krankenhaus zur Verfügung stehen und über welche Qualifikationen diese Personen jeweils verfügen. Unter der Überschrift „Spezielles therapeutisches Personal“ finden Sie Personal, das nicht in jedem Krankenhaus erforderlich ist, aber für spezielle Erkrankungen oder Behandlungen besonders wichtig ist, wie z.B. eine Psychotherapeutin oder ein Diätassistent. Die Angaben zum speziellen therapeutischen Personal in Fachabtei-

lungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik finden Sie unter B-[X]-10.3.

Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (A-12)

An dieser Stelle finden Sie die Kontaktdaten des Ansprechpartners für Fragen zum krankenhausesinternen Qualitätsmanagement

Besondere apparative Ausstattung (A-13)

In der modernen Medizin werden viele Geräte eingesetzt. Das Krankenhaus stellt hier dar, welche besonderen Geräte, die nicht zur üblichen Standardausstattung gehören, am jeweiligen Krankenhaus für die Feststellung und Behandlung der Krankheiten seiner Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Dabei kann es sich zum Beispiel um spezielle Röntgengeräte oder Magnetresonanztomographen handeln, für die oftmals auch eine umgangssprachliche Bezeichnung angegeben ist. Für einige Geräte muss auch angegeben werden, ob sie rund um die Uhr im Rahmen einer „24-Stunden-Notfallverfügbarkeit“ zur Verfügung stehen. Geräte, die zur üblichen Grundausstattung eines Krankenhauses gehören, werden hier allerdings nicht angegeben (z.B. Blutdruckmessgeräte, EKG, Blutzuckermessgeräte, Infusionspumpen).

Der Umfang der hier dargestellten apparativen Ausstattung ist als Hinweis auf die Strukturqualität des Krankenhauses und damit nur als sehr indirekter Hinweis auf die Ergebnisqualität anzusehen. Diese Angaben können Ihnen aber weiterhelfen, wenn Sie wissen, dass ein spezielles Gerät oder Verfahren für die Behandlung Ihrer Krankheit erforderlich ist.

Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement (A-14)

Hier wird aufgeführt, welche Aktivitäten das Krankenhaus zum patientenorientierten Lob- und Beschwerdemanagement unternimmt. Ein engagiert durchgeführtes Beschwerdemanagement kann deutliche positive Effekte auf die Patientenversorgung haben. Interessierte Personen können sich mit diesen Angaben ein Bild über diese besonderen Qualitätsbemühungen der Krankenhäuser machen und sie anhand der standardisierten Angaben einfach vergleichen.

Bei den ausgewählten Kriterien wurden solche gewählt, die bei Existenz eines Beschwerdemanagements in jedem Krankenhaus zu erwarten sind, wie etwa die Existenz eines Konzepts zum Umgang mit Beschwerden, die Möglichkeit, mündliche und schriftliche Beschwerden - letztere auch anonym - zu platzieren oder Patienten- bzw. Einweiserbefragungen.

Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten und Fachabteilungen (Teil B)

Dieser Teil enthält die Struktur- und *Leistungsdaten für die einzelnen Organisationseinheiten und Fachabteilungen* des Krankenhauses. Wie in Teil A für das gesamte Krankenhaus werden hier für jede Organisationseinheit oder Fachabteilung das medizinische Leistungsangebot, spezifische Aspekte der Barrierefreiheit sowie Fallzahlen dargestellt. Außerdem enthält dieser Teil Angaben zu Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen sowie Tabellen der Krankheiten (Hauptdiagnosen) und Behandlungen (Prozeduren). Und schließlich finden sich hier Angaben zu Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung und zur Ausstattung mit qualifiziertem Personal.

Die Angaben in diesem Teil des Qualitätsberichts wiederholen sich für jede Organisationseinheit oder Fachabteilung. Dies wird hier in der Nummerierung der Kapitel durch den Platzhalter [x] dargestellt.

Diagnosen nach ICD (B-[X].5)

In den Internetportalen sind vollständige Informationen zu den Diagnosen pro Fachabteilung verfügbar.

Als *Hauptdiagnose* bezeichnet man die Erkrankung, die hauptsächlich dafür verantwortlich war, dass eine Person ins Krankenhaus kam. Zusätzlich können Sie ablesen, wie oft Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung behandelt wurden. Aus Datenschutzgründen kann die Anzahl der Personen allerdings nicht angegeben werden, wenn weniger als vier Patientinnen und Patienten behandelt wurden. Angaben zur selben Diagnose können sich in verschiedenen Fachabteilungen eines Krankenhauses finden.

Prozeduren nach OPS (B-[X].6)

In den Internetportalen sind vollständige Informationen zu den Prozeduren pro Fachabteilung verfügbar.

Auch hier kann aus Datenschutzgründen die Anzahl der Patientinnen und Patienten nicht angegeben werden, wenn weniger als vier Personen behandelt wurden. Zusätzlich können Sie ablesen, wie oft Patientinnen und Patienten diese Prozedur erhalten haben. Angaben zur selben Prozedur können sich in verschiedenen Fachabteilungen eines Krankenhauses finden.

Zum Beispiel können die Leistungen der Gynäkologie und Geburtshilfe getrennt ausgewiesen werden, da es in der Geburtshilfe vorwiegend nicht um Krankheiten, sondern um den natürlichen Vorgang der Geburt geht, und in Krankenhäusern die Geburtshilfe oft von der Gynäkologie getrennt ist. Für psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen und Krankenhäuser ist die Darstellung der OPS freiwillig, da dort in der Regel keine Operationen durchgeführt werden.

Über den Zusammenhang zwischen der Anzahl einer bestimmten Operation, die eine Abteilung oder eine Ärztin oder ein Arzt pro Jahr vornimmt, und der Qualität bzw. dem Operationsergebnis sind sich die Expertinnen und Experten nicht einig: Während manche davon ausgehen, dass das Ergebnis umso besser wird, je höher die Leistungsmenge ist (nach dem Motto „was man oft macht, kann man auch gut“), können wissenschaftliche Untersuchungen dies bisher nur bei einigen Operationen belegen. Es gibt sogar Hinweise, dass die Qualität wieder schlechter werden kann, wenn die Anzahl einer bestimmten Operation besonders hoch ist.

Zwischenbemerkung: Sie sollen das alles verstehen können!

Der Qualitätsbericht soll möglichst umgangssprachliche Bezeichnungen verwenden. Sie sollen diese Angaben verstehen können. Das ist gerade bei den Diagnosen (ICD) und Prozeduren (OPS) eine besondere Herausforderung. Die „laparoskopische Cholezystektomie“ beispielsweise wird übersetzt als „Gallenblasenentfernung mittels Schlüsselloch-Operation“. Allerdings ist noch nicht für alle Begriffe eine verständliche Formulierung gefunden worden, so dass leider noch keine verbindliche Liste für die Übersetzung der medizinischen Ausdrücke fertiggestellt werden konnte. Daher ist es möglich, dass in den verschiedenen Internetportalen unterschiedliche Begrifflichkeiten verwendet werden.

Ein anderes Problem ist die Vergleichbarkeit der Zahlenangaben aus unterschiedlichen Krankenhäusern. Der Vergleich der Zahl der Geburten mit der Zahl der durchgeführten Kaiserschnitte sagt nichts über die Qualität der Geburtshilfe, wenn ein Allgemeinkrankenhaus mit einem Universitätsklinikum mit Neugeborenen-Spezialabteilung (Perinatalzentrum) verglichen wird.

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-[X].7)

Viele Krankenhäuser bieten auch ambulante Behandlungsmöglichkeiten an. In diesem Kapitel kann das Krankenhaus angeben, welche Ambulanzen es in den jeweiligen Fachabteilungen gibt. Hier kann z.B. eine Notfallambulanz oder eine Belegarztpraxis am Krankenhaus mit der entsprechenden Bezeichnung angegeben werden. Auch kann die Fachabteilung hier die ambulant angebotenen Leistungen auflisten. Das kann beispielsweise die Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose oder HIV/AIDS sein.

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft (B-[X].9)

Die Berufsgenossenschaften sind als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung verpflichtet, bei Arbeitsunfällen schnellstmöglich eine sachgemäße Versorgung zu gewährleisten. Hierzu benennen sie sogenannte „Durchgangsärzte“, die nach Diagnosestellung über den weiteren Therapieverlauf entscheiden. Für eine Zulassung müssen Durchgangsärzte unter anderem eine Weiterbildung zum Chirurgen oder Orthopäden, eine umfassende unfallmedizinische Ausbildung und Erfahrung sowie eine besondere Ausstattung nachweisen.

Die Teilnahme am Durchgangsarztverfahren ist ein Hinweis auf eine besondere unfallmedizinische Erfahrung und das Vorhandensein bestimmter medizinisch-technischer Einrichtungen im Krankenhaus.

Personelle Ausstattung (B-[X].10)

Hier geht es um die Anzahl und die Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, untergliedert in Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und spezielles therapeutisches Personal. Voll- und Teilzeitbeschäftigte werden dabei zu sogenannten „Vollzeitäquivalenten“ zusammengerechnet; die Zahlen entsprechen also nicht genau der Anzahl der beschäftigten Personen: So werden beispielsweise zwei Pflegekräfte mit halber Stelle zu einem Vollzeitäquivalent, drei Pflegekräfte mit einer 40-Prozent-Stelle zu 1,2 Vollzeitäquivalenten zusammengerechnet. In der Spalte „Anzahl je Fall“ wird jeweils das rechnerische Verhältnis dieser Vollkräfte bzw. Personen zu der Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung angegeben.

In der Tabelle **B-[X].10.1** „Ärzte und Ärztinnen“ wird angegeben, welche Facharztbezeichnungen und Zusatzweiterbildungen die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte haben.

In den Tabellen zur pflegerischen Fachexpertise der Abteilung unter **B-[X].10.2** werden anerkannte Fachweiterbildungen, zusätzliche akademische Abschlüsse und Zusatzqualifikationen des Pflegepersonals angegeben. Dies können beispielsweise ein Diplom oder die Zusatzqualifikation „Schmerzmanagement“ sein. Außerdem können in der Spalte Kommentar/Erläuterung genauere Angaben zur Art der Fachexpertise gemacht werden.

Das Krankenhaus macht unter **B-[X].10.3** für Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Angaben darüber, welches spezielle therapeutische Personal für die Organisationseinheit/Fachabteilung zur Verfügung steht.

Für die anderen Fachabteilungen werden keine spezifischen Angaben gemacht, da dieses Personal überwiegend abteilungsübergreifend tätig ist und eine Aufteilung auf die Fachabteilungen nicht sinnvoll ist. Es wird daher nur im Berichtsteil A-11.3 für das Krankenhaus aufgeführt. Zu diesem Personal zählen z.B. Ergotherapeuten und Ergotherapeutinnen, Diätassistenten und Diätassistentinnen und Logopäden und Logopädinnen.

Wie alle Zahlen im Qualitätsbericht sind auch diese Angaben nur indirekte Hinweise auf Qualität. Zahlen zur personellen Ausstattung sagen zum Beispiel nichts darüber aus, wie sich die durchschnittliche Personalbesetzung einer Station pro Schicht darstellt. Krankenhäuser sind deshalb über ihre Personalkennzahlen nicht gut vergleichbar, da die rechnerische Zuordnung des Personals zu einzelnen Ambulanzen und Fachabteilungen von der jeweiligen individuellen Organisationsstruktur des Krankenhauses abhängt. Die Angaben zeigen jedoch, wie viele Ärztinnen und Ärzte mit bestimmten Facharztweiterbildungen in einer Abteilung arbeiten, damit Sie sicher gehen können, dass eine auf Ihre Erkrankung spezialisierte Ärztin oder ein spezialisierter Arzt dort tätig ist. Sie lassen jedoch keine Rückschlüsse auf die Qua-

lifikation eines bestimmten Mitarbeiters oder dessen spezifische Erfahrungen und Kompetenzen zu, die als Auswahlkriterien bedeutsam sein könnten.

Qualitätssicherung (Teil C)

Gesetzlich sind die Krankenhäuser dazu verpflichtet, die Qualität ihrer Leistungen zu sichern und weiterzuentwickeln. Ein wichtiger Teil dieser Qualitätssicherung sind „einrichtungsübergreifende Maßnahmen“, auch „externe vergleichende Qualitätssicherung“ genannt, die die Qualität der Leistungen der Krankenhäuser messen und miteinander vergleichen. Das zeigt den Krankenhäusern, wie gut sie im Vergleich zu anderen sind. Dadurch können sie sich an den „Besten“ messen und anschließend die Qualität dieser Vorbilder ebenfalls anstreben. Dieses Verfahren wird „Benchmarking“ genannt und führt in der Regel dazu, dass sich bei allen Krankenhäusern die Qualität der verglichenen Leistung verbessert. Um das Vertrauen und die Ehrlichkeit der teilnehmenden Abteilungen und Personen zu gewährleisten, sind Benchmarking-Verfahren fast immer anonym. Für die Qualitätsverbesserung reicht es aus zu wissen, wie gut man selbst im Vergleich zu allen anderen ist. Sie als Patientin oder Patient oder sonstiger Interessierter erwarten jedoch möglichst viel Transparenz über die Qualität der Krankenhäuser und die Qualitätsberichte sollen dazu beitragen.

Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung (C-1)

An der externen vergleichenden Qualitätssicherung, die einheitlich für alle Patienten unabhängig vom jeweiligen Kostenträger bzw. der Art der Krankenversicherung durchgeführt wird, müssen sich alle Krankenhäuser beteiligen, die für die Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patientinnen und Patienten zugelassen sind (§ 108 SGB V). Ziel ist es, die medizinische und pflegerische Leistung der Krankenhäuser in Deutschland qualitativ zu verbessern und vergleichbar zu machen.

Diese gesetzlich vorgeschriebene „externe Qualitätssicherung“ wird in Deutschland von einem fachlich unabhängigen Institut (AQUA-Institut) zusammen mit den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung durchgeführt. Das AQUA-Institut wird gemäß § 137a SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) mit dieser Aufgabe beauftragt. Das Verfahren misst die Qualität von etwa 20 Prozent der Krankenhausbehandlungen, und zwar überwiegend von Operationen. Dafür werden zu 464 Qualitätsindikatoren aus 30 vom G-BA festgelegten Leistungsbereichen spezielle Aufzeichnungen geführt. Sie werden jährlich bundesweit zu einem Qualitätsreport zusammengefasst (siehe www.sgg.de).

Seit 2007 werden die krankhausindividuellen Daten und die konkreten Ergebnisse zur Qualität von rund 1.800 Krankenhäusern einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Die rechtliche Grundlage hierfür bildet die vom G-BA beschlossene „Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern – QSKH-

RL“. Näheres hierzu finden Sie im Kapitel C-1.2 „Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL“ des Qualitätsberichts.

Wie funktioniert das Verfahren?

Das AQUA-Institut (Institut nach § 137a SGB V) entwickelt nach wissenschaftlichen Maßstäben für den G-BA messbare Qualitätsparameter. Der G-BA entscheidet, welche dieser Parameter für die Qualitätssicherung einer bestimmten Operation oder Therapie zur Anwendung kommen sollen. Entsprechend dokumentieren alle teilnehmenden Krankenhäuser diese qualitätsrelevanten Daten und übermitteln für jede betroffene Patientin und jeden betroffenen Patienten einen Datensatz an eine Annahmestelle. Dort werden die Daten nach festgelegten Konzepten statistisch ausgewertet und die Ergebnisse den Krankenhäusern in Form von Auswertungen und Empfehlungen zur Verfügung gestellt. Die Qualität der erfassten Leistungen wird über 464 Qualitätsindikatoren abgebildet, für die in der Regel bundeseinheitliche Referenzbereiche festgelegt sind. Diese Referenzbereiche dienen der Abgrenzung von vermutlich unauffälliger Qualität zu vermutlichen Qualitätsdefiziten. Die Grenzwerte der Referenzbereiche werden dabei entweder als ein absoluter Wert festgelegt, der nicht unter- oder überschritten werden sollte (z.B. die Menge eines Kontrastmittels, einer Strahlendosis, oder der Zeitraum von einer Diagnose zu einer Behandlung). Referenzwerte können auch relative Grenzen sein, z.B. Werte, die 5% der Krankenhäuser über- bzw. unterschreiten. Liegt ein Krankenhaus mit einem Messergebnis außerhalb des vorgegebenen Referenzbereichs, gilt es als „rechnerisch auffällig“, und es wird in einem Expertengremium geprüft, ob das Haus im betreffenden Leistungsbereich weitere Auffälligkeiten zeigt. Mit den rechnerisch auffälligen Krankenhäusern wird durch Fachexpertinnen und -experten im sogenannten „Strukturierten Dialog“ die Ursache der Auffälligkeit analysiert. Erst dann stellt sich heraus, ob sie etwa auf Mängeln in der Dokumentation beruht, durch besonders schwierige medizinische Fälle (hohes Risiko) erklärbar ist oder ob tatsächlich Abweichungen in der Qualität der Leistungserbringung vorliegen. Sollte dies der Fall sein, wird der betroffenen Klinik oder Abteilung eine Beratung angeboten. Führt auch diese nicht zu mehr Klarheit, können die Krankenhäuser besucht und die Auffälligkeiten vor Ort aufgeklärt werden. Am Ende dieses Prozesses können Empfehlungen abgegeben, konkrete Ziele zur Verbesserung der Qualität vereinbart oder gar Behandlungsverträge gekündigt werden.

Rechnerisch auffällige Ergebnisse sind ohne Analyse und Bewertung durch den Strukturierten Dialog mit den Fachexpertinnen und -experten noch nicht als Qualitätsmängel interpretierbar. Es kann sein, dass das Krankenhaus besser ist als vermutet, etwa wenn sich die Auffälligkeit durch den Strukturierten Dialog aufklären lässt. Oder es wird bestätigt, dass die rechnerische Auffälligkeit tatsächlich auf Qualitätsmängeln beruht.

Leistungsbereiche und Dokumentationsrate (C-1.1)

In diesem Abschnitt des Qualitätsberichts stellen Krankenhäuser, die an den Maßnahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung teilnehmen, dar, wie hoch die Fallzahlen der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen und die Dokumentationsraten im jeweiligen Leistungsbereich waren. Bei einem Krankenhaus bzw. einem Krankenhausträger mit mehreren Standorten müssen die Daten für die externe vergleichende Qualitätssicherung für jeden Standort separat an das AQUA-Institut übermittelt werden. Aber auch innerhalb eines Standortes werden manchmal Daten der externen Qualitätssicherung aus mehreren Fachabteilungen getrennt an das AQUA-Institut übermittelt.

In diesen Fällen kann es sein, dass diese Angaben für jeden Standort, jede Be-

triebsstätte oder jede Fachabteilung/Organisationseinheit separat im Qualitätsbericht dargestellt werden.

Die Daten geben Aufschluss darüber, mit welchen Leistungsbereichen das Krankenhaus am Verfahren teilgenommen hat und wie hoch die jeweilige Dokumentationsrate war. Da nicht alle deutschen Krankenhäuser Leistungen in den Bereichen erbringen, die der externen Qualitätssicherung unterliegen, können ggf. für einige Leistungsbereiche keine Zahlen angegeben werden.

Gefordert ist eine vollzählige Dokumentation (Dokumentationsrate: 100 Prozent). Dokumentationsraten von unter 95 Prozent werden als mangelhaft eingestuft und mit finanziellen Abschlägen „bestraft“. Andererseits ist eine Dokumentationsrate von 100 Prozent kein Beweis für erfolgreiche und komplikationslose Behandlungsergebnisse. Aber sie sagt aus, dass für alle behandelten Fälle Qualitätsdaten dokumentiert wurden. Bei niedrigeren Dokumentationsraten besteht die Möglichkeit, dass Fälle mit nicht so guter Ergebnisqualität nicht dokumentiert wurden. Um das auszuschließen, werden regelmäßig Prüfungen durchgeführt. Zum Beispiel wird bei Krankenhäusern, die gar keine Komplikationen angegeben haben, genauer nachgefragt oder es werden in Stichproben Patientenakten mit den angegebenen Qualitätsdaten verglichen (im sogenannten Datenvalidierungsverfahren). Eine vollständige Kontrolle ist allerdings bei Tausenden von Daten pro Krankenhaus weder machbar noch sinnvoll, da der Aufwand im Vergleich zum Nutzen viel zu hoch wäre.

Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL (C-1.2)

In den Qualitätsberichten werden konkrete Ergebnisse zur Qualität in rund 1.800 deutschen Krankenhäusern veröffentlicht. Aus den 30 festgelegten Leistungsbereichen werden derzeit insgesamt 289 Qualitätsindikatoren für alle Krankenhäuser dargestellt, so dass deren Ergebnisse untereinander vergleichbar sind. Die Darstellung ist für die Krankenhäuser verbindlich.

Im Auftrag des G-BA hat das AQUA-Institut zuvor geprüft, welche der insgesamt 464 Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung für die Veröffentlichung geeignet sind und hat sie in drei Kategorien eingeteilt:

Tabelle A:

Diese Qualitätsindikatoren werden vom G-BA als *uneingeschränkt* zur Veröffentlichung geeignet bewertet.

Die Ergebnisse dieser Qualitätsindikatoren müssen veröffentlicht werden, wenn kein Strukturierter Dialog erforderlich ist oder die Ergebnisse durch diesen bereits bewertet wurden. Sie dürfen im Qualitätsbericht nicht veröffentlicht werden, wenn die Bewertung durch den Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist.

Tabelle B:

Diese Qualitätsindikatoren werden vom G-BA *eingeschränkt* zur Veröffentlichung empfohlen.

Für die Daten des Berichtsjahres 2012 hat der G-BA keine Qualitätsindikatoren in dieser Kategorie festgelegt.

Tabelle C:

Dies sind die vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren. Diese werden in den strukturierten Qualitätsberichten nicht veröffentlicht.

Die Veröffentlichung der Ergebnisse ist freiwillig möglich, wenn kein Strukturierter Dialog erforderlich ist oder die Ergebnisse durch diesen bereits bewertet wurden. Sie dürfen jedoch im Qualitätsbericht nicht veröffentlicht werden, wenn die Bewertung durch den Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist (siehe oben).

Erläuterungen zu den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren:

Informationen zum Indikator:

Leistungsbereich: In einem „Leistungsbereich“ sind gleiche bzw. ähnliche medizinische und pflegerische Leistungen eines Krankenhauses zusammengefasst. Beispiele für Leistungsbereiche sind: „Geburtshilfe“, „Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks“, „Teilaustausch eines Herzschrittmachers“ oder „Entfernung der Gallenblase“.

Qualitätsindikator: „Qualitätsindikatoren“ sind Instrumente, mit denen Qualität gemessen und bewertet werden soll, ausgedrückt z. B. als Komplikationen während oder nach der Operation oder „Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung“.

„Empirisch-statistische Bewertung“ ist die „Statistische Einstufung (Empirie)“ aus dem „Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“. Diese Bewertung erlaubt eine Einschätzung, inwieweit der Indikator auf der Grundlage der gemessenen Werte geeignet ist, die Unterschiede der Qualität zwischen zwei Krankenhäusern sicher zu bestimmen.

Die weiteren Informationen zu den Indikatorergebnissen werden am Beispiel zum Qualitätsindikator „Postoperative Wundinfektion“ bei der Hüftgelenkersatz-Operation erläutert.

Rechnerische Ergebnisse der Indikatormessungen:

„Ergebnis“: Hier wird das berechnete Ergebnis eingetragen.

Beispiel: Von 200 Patientinnen und Patienten dieses Krankenhauses, bei denen ein Hüftgelenk eingesetzt wurde, haben fünf eine Entzündung in der Umgebung des künstlichen Gelenks erlitten, das sind 2,5 Prozent.

Ergebnisse können auch als Verhältnis von „beobachteter“ („O“-observed) Rate zu „erwarteter“ („E“-expected) Rate angegeben werden. Damit kann für ein Krankenhaus aufgrund der berücksichtigten Risikofaktoren (z.B. Alter, Begleiterkrankungen u.a.) bei einem Verfahren das Auftreten von gewöhnlich nicht gänzlich vermeidbaren Komplikationen auf der Basis von Erkenntnissen früherer Jahre im Voraus abgeschätzt werden. Gelingt es einem Krankenhaus, diese Komplikationen besser als der Durchschnitt in den Griff zu bekommen, wird die Rate der tatsächlich beobachteten Komplikationen zu diesem im Voraus berechneten Durchschnitt gering ausfallen und kleiner 1 sein. Gelingt es einem Krankenhaus jedoch ungenügend, diese Patientenrisiken in den Griff zu bekommen, dann wird diese Rate hoch ausfallen und größer als 1 sein, was dann auf eine schlechtere Behandlungsqualität hindeutet. Dies ist eine Methode der Risikoadjustierung.

„**Zähler/Nenner**“ bedeutet, dass hier Patientenzahlen eingetragen werden: Im Zähler die Anzahl der Personen, die in unserem Beispiel eine postoperative Wundinfektion erlitten haben, und im Nenner die Gesamtzahl aller mit einem neuen Hüftgelenk versorgten Patientinnen und Patienten (mit und ohne postoperative Wundinfektion). Auch dieser Bruch (Quotient) gibt schon einen Hinweis darauf, wie groß der Einfluss des Zufalls auf das berechnete Ergebnis (Spalte 7) ist: Je größer der Nenner (im Beispiel: 200), desto kleiner der Einfluss des Zufalls und desto genauer stimmte das berechnete Ergebnis mit dem tatsächlichen überein (desto enger ist auch der 95-Prozent-Vertrauensbereich). Im oben genannten Beispiel der Risikoadjustierung können Zähler und Nenner nicht eingetragen werden, da diese Werte berechnet werden und nicht mit den Zahlen der behandelten Patienten übereinstimmen.

Der „**bundesweite Referenzbereich**“ dient dazu, dass das Krankenhaus seinen eigenen Wert (hier 2,5 Prozent) mit diesem (hier ≤ 3 Prozent) vergleichen kann. Im Beispiel spricht es für gute Qualität, wenn in einem Krankenhaus bei weniger als 3 Prozent der Patientinnen und Patienten eine Entzündung am künstlichen Hüftgelenk auftritt; die Entzündungsrate von 2,5 Prozent liegt noch im Bereich von „guter Qualität“.

Der „**Vertrauensbereich**“ ist sehr wichtig und soll angeben, wie genau der eigentliche Ergebniswert (Spalte 7) wirklich die Realität abbilden kann. Ein großer Vertrauensbereich deutet darauf hin, dass diese Sicherheit gering ist, etwa wegen geringer Fallzahlen. In der Regel wird – so auch im Qualitätsbericht – der 95-Prozent-Vertrauensbereich angegeben. Er gibt an, in welchem Bereich sich das tatsächliche Ergebnis unter Berücksichtigung des Zufalls mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 Prozent befindet. Das spielt eine Rolle, wenn versucht werden soll, die Krankenhäuser nach der Qualität zu sortieren (engl. *ranking*). Nur wenn sich die 95-Prozent-Vertrauensbereiche zweier Krankenhäuser nicht überlappen, kann ge-

sagt werden, dass sich die Krankenhäuser mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit tatsächlich im Ergebnis unterscheiden.

In einem Beispiel für den Indikator „(Entzündung des künstlichen Hüftgelenks nach der Operation“ ist der Vertrauensbereich 0,8%-5,8%; das bedeutet, dass das berechnete Ergebnis (Spalte 7) zwar 2,5% beträgt, aber das tatsächliche (wahre) Ergebnis mit hoher (95%iger) Wahrscheinlichkeit zwischen 0,8% und 5,8% liegt. Wenn ein anderes Krankenhaus ein höheres berechnetes Ergebnis hat (z.B. 7,3%), kann man nur dann tatsächlich davon ausgehen, dass das Ergebnis schlechter ist, wenn der Vertrauensbereich des zweiten Krankenhauses nicht mit dem des ersten überlappt (z.B. 6,5-10,8%). Überlappen die beiden Vertrauensbereiche jedoch (z.B. 3,3%-7,0% des zweiten Krankenhauses), ist unklar, ob es einen Unterschied der beiden Krankenhäuser hinsichtlich des Entzündungsrisikos gibt. Möglicherweise ist der Zufall verantwortlich für die unterschiedlichen Ergebnisse, etwa wenn die Entzündung im einen Krankenhaus kurz vor Ende der Datenerhebung, im anderen kurz danach festgestellt wurde und damit nur im ersten Fall mit in die Auswertung eingeht. Der Einfluss des Zufalls auf das Ergebnis hängt auch von der unterschiedlichen Anzahl von Operationen ab: Wenn eine Entzündung in einem Krankenhaus unter 100 Operationen einmal auftritt, ergibt das ein Ergebnis von 1%. Auch in einem zweiten Krankenhaus gibt es nur eine Entzündung. Dieses Krankenhaus hat allerdings nur 10 Operationen durchgeführt, dadurch hat es ein Ergebnis von 10%. Auf den ersten Blick ist also das erste Krankenhaus viel besser als das zweite, obwohl in beiden nur einmal eine Wundinfektion festgestellt wurde. Um festzustellen, ob Entzündungen im zweiten Krankenhaus tatsächlich häufiger sind als im ersten, müsste man mindestens warten, bis das zweite Krankenhaus auch 100 Operationen durchgeführt hat und dann die Anzahl der Entzündungen vergleichen. Der Einfluss des Zufalls auf das Ergebnis ist also umso größer, je kleiner die Zahl der entsprechenden Operation ist. Dies wird durch den Vertrauensbereich berücksichtigt.

Überprüfung der rechnerisch auffälligen Ergebnisse:

„Einstufung des Ergebnisses“ bedeutet, dass für das Krankenhaus für jeden Qualitätsindikator das „Ergebnis der Prüfung durch den strukturierten Dialog“ angegeben wird.

Das der Einstufung zugrunde liegende Schema wurde für die Ergebnisse des Jahres 2012 überarbeitet. Zur Veranschaulichung dienen sowohl eine Tabelle als auch ein Ablaufdiagramm. Die Einstufung eines Qualitätsindikators wird mit Buchstaben bezeichnet. Eine Ziffer dient der Zuordnung zu Unterkategorien mit einer konkreten Begründung für die gewählte Einstufung.

In der nachfolgenden Tabelle sind alle Kategorien zur Einstufung dargestellt. Jeder Kategorie werden bestimmte Begründungen eindeutig zugeordnet.

| Kategorie | Einstufung | Ziffer | Begründung |
|-----------|----------------------------|--------|---|
| N | Bewertung nicht vorgesehen | 01 | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| | | 02 | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |
| | | 99 | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |

| | | | |
|---|---|----|---|
| R | Ergebnis liegt im Referenzbereich | 10 | Kein Strukturierter Dialog erforderlich, da Ergebnis rechnerisch unauffällig |
| H | Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen | 20 | Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement der Einrichtung zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| | | 99 | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| U | Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig | 31 | Besondere klinische Situation |
| | | 32 | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| | | 99 | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| A | Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig | 41 | Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel |
| | | 42 | Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt |
| | | 99 | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| D | Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation | 50 | Unvollständige oder falsche Dokumentation |
| | | 51 | Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht |
| | | 99 | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| S | Sonstiges | 90 | Verzicht auf Maßnahmen im Strukturiertem Dialog |
| | | 91 | Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen |
| | | 99 | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |

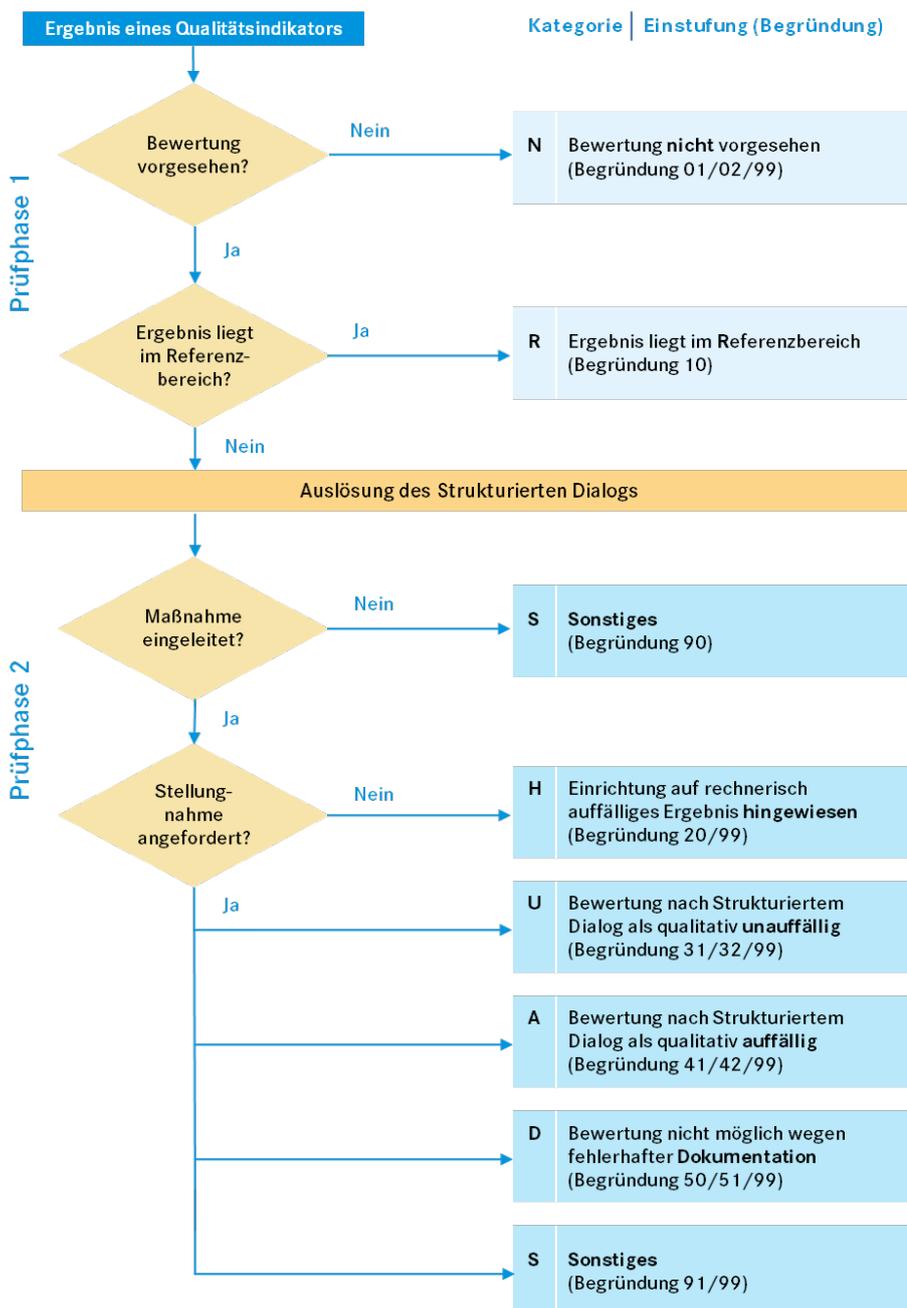
Das nachfolgende Ablaufdiagramm zeigt, wann überhaupt welche Einstufung vorgenommen werden kann. Es veranschaulicht den Prozess, der zur Einstufung eines Indikatorergebnisses führt. Auf der linken Seite sind die einzelnen Prüfschritte dargestellt. Rechts sind die entsprechenden Kategorien zur Ergebniseinstufung aufgeführt. Der Prüfablauf stellt sich wie folgt dar:

In **Prüfphase 1** sind die Ergebnisse der Krankenhäuser einzuordnen, bei denen kein Strukturierter Dialog durchgeführt werden muss. Dafür wird zunächst geprüft, ob überhaupt eine Ergebniseinstufung möglich ist. Ist das der Fall, wird im nächsten Prüfschritt kontrolliert, ob das Ergebnis innerhalb des festgelegten Referenzbereichs liegt. Ergebnisse innerhalb dieses Bereichs werden als rechnerisch unauffällig eingeordnet. Liegt das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs wird Prüfphase 2 und somit der Strukturierte Dialog eingeleitet.

In Prüfphase 2 wird zunächst entschieden, ob Maßnahmen im Strukturierten Dialog eingeleitet werden. Werden trotz rechnerischer Auffälligkeit keine Maßnahmen durchgeführt, so ist das unter „S – Sonstiges“ einzustufen und mit einem Kommentar zu begründen. Dies ist zum Beispiel bei neugestalteten Qualitätsindikatoren möglich, die im ersten Jahr ihrer Neueinführung nur erprobt werden und für den Strukturierten Dialog noch nicht angewandt werden sollen. Wenn Maßnahmen eingeleitet werden, wird entschieden, ob ein Hinweis an das Krankenhaus ausreichend ist oder ob man eine Stellungnahme von dem Krankenhaus anfordert. Wurde beispielsweise mit einem Krankenhaus im Vorjahr eine Zielvereinbarung geschlossen, können die Maßnahmen noch nicht in Gänze umgesetzt sein, aber das aktuelle Ergebnis kann schon eine positive Tendenz aufzeigen. In diesen Fällen kann ein Hinweis an das Krankenhaus ausreichend sein. Wird eine Einrichtung nur auf die rechnerische Auffälligkeit hingewiesen, ist keine Einstufung als qualitativ auffällig oder unauffällig möglich. Erst nach Aufforderung zur Abgabe einer Stellungnahme findet ein tatsächlicher Dialog und Austausch mit dem Krankenhaus statt. Die Ergebnisse können dann nach eingehender Analyse (Stellungnahme und ggf. Präzisierung, Besprechung mit oder Begehung der Einrichtung) abschließend eingestuft werden (Kategorie U, A, D oder S).

Prozessablauf zur Einstufung von Ergebnissen eines Qualitätsindikators

Anzuwenden für das Verfahren Strukturierter Dialog



Entwicklung des Ergebnisses des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr.

Hier werden mögliche Veränderungen der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr angegeben, soweit ein Vergleich möglich ist.

Kommentare:

Hier erhalten die Krankenhäuser die Möglichkeit ergänzende Informationen aufzunehmen. Beispielsweise kann hier der Bundes- oder Landesdurchschnitt für diesen Qualitätsindikator aufgenommen werden, um die Aussagekraft des ermittelten Wertes zu stärken und zu objektivieren. Darüber hinaus kann das Krankenhaus hier sein Ergebnis kommentieren und erläutern.

Für diejenigen, die es genau wissen wollen, stehen beim AQUA-Institut die Informationen über die Qualitätsindikatoren im Gesamtüberblick zur Verfügung (www.sgg.de).

Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (C-2)

Auf der Landesebene sind möglicherweise weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgeschrieben (§ 112 SGB V). In diesem Fall werden hier die entsprechenden Leistungsbereiche aufgelistet. Das Krankenhaus kann zusätzliche Angaben dazu machen, etwa darüber, welche Ergebnisse es erzielt hat oder welche Qualitätsverbesserungen erreicht werden konnten. Bei der Bewertung von Ergebnissen sind natürlich auch die später folgenden Erläuterungen zu C-1.2 zu beachten.

Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (C-3)

Das Krankenhaus kann in dieser Tabelle angeben, an welchen Disease-Management-Programmen (DMP) es im Berichtsjahr teilgenommen hat. Das kann für Sie bedeutsam sein, wenn Sie an einer chronischen Krankheit leiden, für die ein solches Programm existiert. Patientinnen und Patienten, die an einem DMP teilnehmen und die eine Krankenhausbehandlung benötigen, werden (außer im Notfall) von ihrer behandelnden Ärztin oder ihrem behandelnden Arzt vorrangig in solche Krankenhäuser eingewiesen, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Die an einem DMP teilnehmenden Krankenhäuser verpflichten sich zu einer qualitätsgesicherten Versorgung entsprechend den Vorgaben der Programme und müssen beispielsweise vertraglich festgelegte Qualitätsanforderungen erfüllen. Diese können sich sowohl auf die Ausstattung als auch auf die personellen Qualifikationen beziehen. Darüber hinaus ist im Rahmen der DMP die Kooperation mit den einweisenden Ärztinnen und Ärzten geregelt. Wenn Sie sich also in ein solches Programm Ihrer Krankenkasse eingeschrieben haben, hat der Hinweis des Krankenhauses auf die Beteiligung an einem DMP für Sie eine unmittelbare Bedeutung. Aber auch für diejenigen, die nicht an einem dieser Programme teilnehmen, kann die Tatsache, dass

ein Krankenhaus Patientinnen und Patienten im Rahmen eines DMP behandelt, auf bestimmte Qualitätsmerkmale hindeuten.

Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung (C-4)

Neben der Wiedergabe von Ergebnissen aus den Verfahren der verpflichtenden externen stationären Qualitätssicherung gemäß QSKH-Richtlinie des G-BA (Berichtsteil C-1.2) kann ein Krankenhaus hier Angaben zur Teilnahme an anderen Verfahren der externen Qualitätssicherung machen, beispielsweise der „Qualitätssicherung bei der stationären Depressionsbehandlung“. Das kann für Sie interessant sein, wenn Ihre Erkrankung nicht in die verpflichtende externe Qualitätssicherung einbezogen ist. Bei der Bewertung von Ergebnissen sind auch die später folgenden Erläuterungen zu C-1.2 zu beachten. Positiv ist zu bewerten, wenn nicht nur zusätzliche Qualitätsergebnisse genannt, sondern auch Erläuterungen zu den dokumentierten Daten und Auswertungsverfahren gemacht oder weiterführende Links angeboten werden. Die Teilnahme an freiwilligen Verfahren der externen Qualitätssicherung kann ein Hinweis darauf sein, dass das Krankenhaus sich im Bereich der Qualitätssicherung zusätzlich engagiert.

Es ist entscheidend, dass das Auswertungsverfahren transparent dargestellt wird. Deshalb sollten Sie die Ergebnisse besonders kritisch betrachten, wenn in einem Qualitätsbericht mit Qualitätsergebnissen Werbung gemacht wird, ohne dass Sie erkennen können, auf welche Weise und wie gut das Verfahren durchgeführt und ausgewertet wird.

Umsetzung der Regelungen zu Mindestmengen (C-5)

Hier wird beschrieben, wie die Beschlüsse des G-BA zu Mindestmengen nach § 137 SGB V umgesetzt werden. Bei einigen planbaren Leistungen wird davon ausgegangen, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistung abhängt. Die Einführung von Mindestmengen hat zur Folge, dass zumindest diese planbaren Leistungen nur noch an darauf spezialisierten Krankenhäusern erbracht werden. In der Wissenschaft und Politik wird jedoch heftig darüber gestritten, ob die „Menge“ einer Behandlung ein brauchbares Kennzeichen, also ein Indikator für gute Qualität ist.

Krankenhäuser, die die festgelegten Mindestmengen pro Krankenhaus nicht erfüllen, dürfen diese Eingriffe nur noch ausführen, wenn andernfalls eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre, und dies von der zuständigen Landesbehörde genehmigt wird oder wenn Notfälle eine unverzügliche Behandlung erfordern. Auch beim Aufbau eines neuen Leistungsbereiches im Krankenhaus oder einer personellen Neuausrichtung können die Mindestmengen aus objektiven Gründen oftmals nicht erreicht werden.

Auch wenn keine offiziellen Ausnahmetatbestände angeführt werden können, mag es verständliche und akzeptable Gründe für das Nichterreichen der vorgeschriebe-

nen Mindestmenge geben (z.B. Umbauten und Renovierungen einzelner Abteilungen oder andere außergewöhnliche Situationen wie beispielsweise Hochwasser).

In Berichtsteil C-5 stellt das Krankenhaus dar, wie häufig es diese Leistungen im Berichtsjahr durchgeführt hat, und vergleicht diese Zahlen mit der geforderten Mindestmenge. Hat es Leistungen erbracht, ohne die erforderliche Mindestmenge zu erreichen, muss es in der Spalte „Ausnahmetatbestand“ die Gründe dafür darstellen und kann dies in der folgenden Spalte näher erläutern. Für diese Leistungen muss es hier außerdem angeben, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität dann sichergestellt wird.

Umsetzung von Richtlinien zur Strukturqualität (C-6)

Für bestimmte, sehr spezialisierte oder aufwändige Leistungen hat der Gemeinsame Bundesausschuss zur Qualitätssicherung Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität vorgeschrieben (§ 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Nur Krankenhäuser, die die jeweiligen Mindestanforderungen erfüllen, dürfen solche Leistungen weiterhin erbringen.

Diese Tabelle gibt Aufschluss darüber, welche Leistungen ein Krankenhaus anbietet, die derartigen Strukturqualitätsrichtlinien unterliegen.

Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V (C-7)

Entsprechend den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses sind im Krankenhaus tätige Fachärztinnen und Fachärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verpflichtet, sich kontinuierlich fortzubilden. Innerhalb von fünf Jahren müssen sie einen Mindestumfang an Fortbildungen besucht haben. Für diesen Zeitraum ist jeweils ein Nachweis zu erbringen.

Diese Tabelle gibt Informationen zu der Anzahl von Personen, die im Berichtsjahr 2012 zur Fortbildung verpflichtet waren und die Berichtspflicht erfüllt haben.

Fazit: Qualitätssicherung – ein kontinuierlicher Prozess

Im Vergleich zu den vorangegangenen Qualitätsberichten wurden Struktur und Inhalte der 2012er Berichte deutlich überarbeitet und weiterentwickelt.

Da der Qualitätsbericht als Teil der Qualitätssicherung im Krankenhaus ein „lernendes System“ ist, ist damit zu rechnen, dass die Berichte mit jeder „weiteren Runde“ aussagekräftigere Informationen enthalten werden. Systematische Untersuchungen über die vergangenen Qualitätsberichte haben bereits aufgezeigt, welche Inhalte Patientinnen und Patienten die Suche nach einem guten bzw. für sie richtigen Krankenhaus erleichtern können. Dieses Wissen hat zu einer Verbesserung der Regelungen zum Qualitätsbericht beigetragen. So wurden in die 2012er Qualitätsberichte beispielsweise Informationen über die einzelnen Standorte eines Krankenhauses und differenziertere Angaben zu den beschäftigten Hygienefachkräften und der Personalanzahl in den einzelnen Fachabteilungen aufgenommen. Insgesamt wurde verstärkt darauf geachtet, dass sich die jeweiligen Angaben in den Qualitätsberichten gut untereinander vergleichen lassen. Gleichzeitig hat eine Gesetzesänderung dazu geführt, dass der Rhythmus der Berichterstattung von bisher zwei Jahren auf ein Jahr verkürzt wird, so dass die Qualitätsberichte künftig aktuellere Angaben enthalten werden.

Durch die umfangreichen Informationen und Fachbegriffe in den Qualitätsberichten kann es passieren, dass Sie die Qualitätsberichte nicht immer ohne fachkundige Hilfe verstehen können. Ein Grund dafür ist auch, dass sich die Berichte gleichzeitig an mehrere Adressaten richten (Patientinnen und Patienten, einweisende Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen und weitere), und ihre Inhalte den Laien manchmal eher abschrecken könnten. Darüber hinaus werden die Berichte nur im Internet veröffentlicht und sind für alle, die dieses Medium nicht nutzen, nur über Dritte verfügbar.

Darum sollten Sie sich nicht scheuen, das Krankenhaus, Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt, Ihre Krankenkasse, eine Patientenberatungsstelle oder eine Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisation um Hilfe zu bitten, falls Sie etwas nicht verstehen oder in den Qualitätsberichten nicht die Informationen finden können, die Ihnen wichtig sind. Auf diese Weise können die Qualitätsberichte ihr Ziel erreichen, Ihnen eine wichtige Hilfestellung bei der Suche nach einem guten bzw. für Sie richtigen Krankenhaus zu sein.

Grundsätzlich gilt: Je offener ein Krankenhaus seine Qualitätsinformationen darlegt, einschließlich eventuell vorhandener Probleme und Mängel, desto positiver ist dies einzuschätzen.

Weitere Informationen zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser und Hinweise auf „Kliniksuchmaschinen“ finden Sie auf den Internetseiten des G-BA unter folgendem Link: www.g-ba.de/qualitaetsbericht/suche