

Strukturierte Qualitätsberichte der Krankenhäuser: Analyse und Weiterentwicklung

Barbara Pietsch, Alexandra Wieland

1. Einführung

Die Diskussion um eine Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Informationen der Krankenhäuser hat eine langjährige Tradition. So hat z. B. bereits 1914 Ernest A. Codman aus Boston gefordert: »We must formulate some method of hospital report showing as nearly as possible what are the results of the treatment obtained at different institutions. This report must be made out and published by each hospital in a uniform manner, so that comparisons will be possible« (1). Der Gedanke, vergleichende Qualitätsinformationen zu Behandlungsergebnissen zu veröffentlichen, ist also fast 100 Jahre alt, aber auch heute noch von hoher Aktualität. Forderungen nach Transparenz durch Veröffentlichung von Qualitätsinformationen, insbesondere auch unter dem Aspekt der Patientensicherheit, werden international seit Mitte der 80er-Jahre wieder intensiv diskutiert (2) und sind auch Jahre nach Erscheinen von *To Err Is Human* (3) immer noch aktuell.

In Deutschland wird seit einigen Jahren die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen der Krankenhäuser ebenfalls zunehmend diskutiert. Zumal im Rahmen der »externen vergleichenden Qualitätssicherung« (BQS-Verfahren) eine Fülle von Qualitätsinformationen aus vielen medizinischen, meist chirurgischen, Fachgebieten vorliegen. Diese Informationen werden jährlich im Internet (4) und in Form von Qualitätsreports (5) veröffentlicht und spiegeln ein Gesamtbild über die Qualität von ca. 25 Prozent aller stationären Leistungen in Deutschland – unter Wahrung der Anonymität der Krankenhäuser – wider. Jedes einzelne Krankenhaus erhält seine eigenen Informationen, sodass es im Vergleich zu den Informationen aller Krankenhäuser seine Position bezüglich ausgewählter Qualitätsindikatoren feststellen kann. Zentrale Idee dieses Ansatzes ist es, Qualitätsverbesserungen im Krankenhaus – dort, wo erforderlich – anzustoßen. Diese Art der »professionsinternen« Verwendung von anonymisierten Qualitätsinformationen wird auch als *private disclosure* bezeichnet, im Gegensatz zum *public disclosure*, also der Veröffentlichung von nichtanonymisierten Informationen (2).

Für die Veröffentlichung nichtanonymisierter Qualitätsinformationen haben sich insbesondere Patienten und Versicherte ausgesprochen, die durch trans-

parente Informationen über Krankenhäuser, deren Leistungen, Abläufe und Ergebnisse in ihrer Wahl eines Krankenhauses unterstützt sein möchten. Mit dem § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 6 SGB V (eingeführt mit dem Fallpauschalengesetz 2002¹) legte der Gesetzgeber erstmals fest, dass alle gemäß § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland im Abstand von zwei Jahren strukturierte Qualitätsberichte erstellen sollen. Seit 2003 beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss über Inhalt und Umfang dieser Berichte. Unter Berücksichtigung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (vgl. § 135a SGB V) soll der Stand der Qualitätssicherung dargestellt werden. Darüber hinaus sollen die Qualitätsberichte Auskunft geben über Art und Anzahl der Leistungen sowie die Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung.

Die ersten Qualitätsberichte von rund 2.000 Krankenhäusern wurden im Herbst 2005 über das Jahr 2004 (im Folgenden »Qualitätsbericht 2004« genannt) veröffentlicht, im November 2007 folgte die zweite Generation der Qualitätsberichte über das Jahr 2006 (im Folgenden »Qualitätsbericht 2006« genannt).

Die Ziele des Qualitätsberichtes umfassen:

- Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
- eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen,
- die Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen (6).

Im folgenden Beitrag werden das Verfahren und die Ergebnisse einer systematischen Analyse der Qualitätsberichte 2004 dargestellt. Darüber hinaus werden wesentliche Aspekte der Weiterentwicklung der strukturierten Qualitätsberichte 2006 vorgestellt und Perspektiven für die Zukunft aufgezeigt.

2. Fragestellung

Im Herbst 2005 wurde die damalige Stabsstelle Methodik, Information und Qualität (heute: Abteilung Fachberatung Medizin) der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses gebeten, eine Analyse der Qualitätsberichte durchzuführen. Ziel war es, die gewonnenen Erkenntnisse in die Weiterentwicklung der Qualitätsberichte einfließen zu lassen. Da bis dahin keine inhaltlichen Informationen zu einzelnen Qualitätsberichten, geschweige denn

1 BGBl. I, S. 1412

zu »statistischen« Informationen aus vielen Qualitätsberichten, vorlagen, standen zunächst folgende Fragestellungen im Sinne einer Bestandsaufnahme im Vordergrund:

- Welche Informationen stehen in welcher Form in den Berichten? Sind die Informationen verständlich?
- Wie lässt sich die Qualitätsrelevanz der Informationen einschätzen?
- Welche Perspektiven bieten sich für qualitätsrelevante, vergleichende Auswertungen?
- Wie unterscheiden sich die Informationen aus dem hoch vorstrukturierten Basisteil von jenen aus dem wenig vorstrukturierten Systemteil?
- Wie lässt sich der Status quo des Einführungsgrades des internen Qualitätsmanagements in den Krankenhäusern einschätzen?

Weitere evaluative Fragestellungen, z. B. ob die Qualitätsberichte die in der Vereinbarung genannten Ziele und Zielgruppen erreicht haben, sollen zu einem späteren Zeitpunkt aufgegriffen werden.

3. Methodisches Vorgehen

Das Konzept zur Informationsgewinnung und -auswertung umfasste folgende Aspekte: Stichprobenplanung und -durchführung, Datenerhebung sowie Auswertungsstrategie.

3.1 Stichprobenplanung und -durchführung

Im Herbst 2005 standen fast 2.000 Qualitätsberichte im Internet unter der Adresse www.g-qb.de zur Verfügung. Da nicht alle Qualitätsberichte einer Analyse zugeführt werden konnten, bot sich die Auswertung auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe an.

Als Stichtag für die Stichprobenziehung wurde der 06.09.2005 festgelegt. Zu diesem Zeitpunkt lagen 1.847 Qualitätsberichte vor, das heißt, 86 Prozent aller Krankenhäuser hatten ihren Bericht veröffentlicht. Dieser Anteil erhöhte sich damals täglich, wobei auch Ende 2005 noch keine 100-prozentige Vollständigkeit erreicht war. Aus den 1.847 Berichten wurde eine zufällige 5-Prozent-Stichprobe gezogen, sodass als Ergebnis der Stichprobenziehung 92 Qualitätsberichte für die geplante Analyse ausgewählt wurden, von denen zwei aus technischen Gründen nicht verwendbar waren.

Um Qualitätsberichte aus allen Bundesländern zu erhalten, wurde die Stichprobe geschichtet nach 16 Bundesländern gezogen. Ein zweites, paralleles Schichtkriterium, nämlich die Größe der Krankenhäuser (gemessen an der Bettenanzahl), konnte bei der Stichprobenziehung nicht berücksichtigt wer-

den. In Bezug auf die Krankenhausgröße zeigte ein Post-hoc-Vergleich der Verteilung der in der Stichprobe gezogenen Krankenhäuser mit der Verteilung aller Krankenhäuser aus dem Krankenhaus-Report 2004 (7) jedoch eine gute Übereinstimmung. Insofern konnte auch dieser Aspekt (Krankenhausgröße) der Stichproben-Repräsentativität als gewährleistet angesehen werden.

3.2 Datenerhebung und -erfassung

Die Qualitätsberichte 2004 lagen im Herbst 2005 in Form von PDF-Dateien im Internet vor. Für die geplante Analyse war es daher erforderlich, die Daten strukturiert in Excel-Tabellen zu erfassen. Die Informationen des Basisteils waren durch die überwiegend quantitativ vorliegenden Daten relativ hoch vorstrukturiert, sodass die Übertragung weitgehend unproblematisch vorgenommen werden konnte. Sehr viel schwieriger war dies bei den wenig vorstrukturierten Textinformationen aus dem Systemteil, die – auf der Basis vorab definierter Kriterien – inhaltlich erschlossen und systematisiert werden mussten. Wegen dieses sehr hohen Aufwands wurden nicht alle 90, sondern nur 50 Qualitätsberichte in die Analyse des Systemteils einbezogen.

3.3 Auswertungsstrategie

Die Auswertungsstrategie umfasste sowohl fachabteilungsübergreifende als auch fachabteilungsspezifische Aspekte am Beispiel gynäkologisch-geburtshilflicher Abteilungen. Als statistische Auswertungsmethoden zur Analyse der Daten wurden vorwiegend absolute und relative Häufigkeiten verwendet. Beispielhafte Einzelfall-Darstellungen dienen zur Erläuterung und Abrundung der Auswertungen.

4. Ergebnisse der Analyse des Basisteils

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse von 72 somatischen (einschließlich Spezialkliniken, z. B. Venen- oder Schmerzklinik) und 18 psychiatrischen Krankenhäusern dargestellt, kommentiert sowie Perspektiven für die Weiterentwicklung aufgezeigt.

Der Basisteil gliederte sich in folgende Kapitel und Themen:

- A: Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten (z. B. Bettenanzahl, Anzahl der behandelten Patienten, Fachabteilungen, DRG, Versorgungsschwerpunkte, Leistungsangebote, apparative Ausstattung, therapeutische Möglichkeiten)

- B1: Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten (z. B. Versorgungsschwerpunkte, Leistungsangebote, DRG, Diagnosen, Operationen)
- B2: Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten (z. B. ambulante Operationen, Personalqualifikation im ärztlichen Dienst und Pflegedienst)
- C: Qualitätssicherung (z. B. Teilnahme an der externen Qualitätssicherung, an Disease-Management-Programmen, Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung)

4.1 Angaben der häufigsten DRG in Rangfolge [analog: Hauptdiagnosen (ICD), Operationen/Prozeduren (OPS-301), ambulante Operationen (EBM)]

Im Kapitel »TOP-30-DRG« haben Krankenhäuser ihre 30 häufigsten DRGs in absteigender Reihenfolge angegeben. Abbildung 1 zeigt ein Originalbeispiel, in dem die DRG F43 (»Eindringende Untersuchung (z. B. Herzkatheter) bei Krankheiten, die nicht die Herzkranzgefäße betreffen«) mit 3.187 Fällen die häufigste Leistung in diesem Krankenhaus darstellt. Rang 7 nimmt die DRG P67 (»Versorgung eines Neugeborenen ab 2.500 Gramm Geburtsgewicht, ohne größere Operation oder Langzeitbeatmung«) mit einer Fallzahl von 390 ein.

Abb. 1: Darstellung der TOP-30-DRG (Auszug aus einem Qualitätsbericht). Erste Spalte: Rangzahl (hier: Rang 1 bis 7); zweite Spalte: DRG: Codierungen der einzelnen DRG mit der jeweiligen Beschreibung in der dritten Spalte; vierte Spalte: Fallzahl pro DRG in absteigender Reihenfolge.

Rang	DRG	Beschreibung	Fallzahl
1	F43	Eindringende Untersuchung (z. B. Herzkatheter) bei Krankheiten, die nicht die Herzkranzgefäße betreffen	3.187
2	F15	Aufdehnung von verengten Herzkranzgefäßen und/oder Einsetzen einer Gefäßstütze mittels Herzkatheters bei Patienten ohne akuten Herzinfarkt	1.231
3	F44	Eindringende Untersuchung (z. B. Herzkatheter) bei Verschlusskrankheiten der Herzkranzgefäße	558
4	F10	Aufdehnung von verengten Herzkranzgefäßen mittels Herzkatheter bei akutem Herzinfarkt	540
5	F06	Operation an den Herzkranzgefäßen mit Anlage einer Gefäßumgehung (= Bypass) ohne Herzkatheteruntersuchung	501
6	F66	Verkalkung/Verhärtung der Herzkranzgefäße	412
7	P67	Versorgung eines Neugeborenen ab 2500 Gramm Geburtsgewicht, ohne größere Operation oder Langzeitbeatmung	390

Die Krankenhäuser waren dazu angehalten, die medizinischen Fachbegriffe in »umgangssprachliches« Deutsch, d. h. in eine allgemeinverständliche Sprache zu übertragen. Im hier dargestellten Beispiel wurde die DRG »F43«, die in der Fachsprache als »Invasive kardiologische Diagnostik, außer bei koronarer Herzerkrankung« bezeichnet wird, mehr oder weniger zutreffend in »Eindringende Untersuchung (z. B. Herzkatheter) bei Krankheiten, die nicht die Herzkranzgefäße betreffen« übersetzt. Somit haben sich die Krankenhäuser durchaus um eine verständliche Ausdrucksweise bemüht, allerdings sind auf diese Weise sehr viele unterschiedliche Übersetzungen für den gleichen medizinischen Sachverhalt entstanden.

Die statistische Auswertung zur Verteilung der Rangvergaben zeigt, dass die meisten Krankenhäuser (74 Prozent) exakt 30 DRG-Ränge – entsprechend der Vorgabe – aufgelistet haben, 8 Prozent der Krankenhäuser haben weniger als 30, jedoch 18 Prozent auch mehr als 30 Rangplätze dargestellt. Universitätskliniken haben zum Teil über 400 Rangplätze abgebildet.

Vergleichbare Ergebnisse zeigten sich bei allen anderen in Rängen anzugebenden Informationen (Hauptdiagnosen, Operationen).

Für die Interpretation der Auswertung bedeutet dies, dass manche Krankenhäuser, z. B. Spezialkliniken, ein Leistungs-, Diagnosen- bzw. Operationspektrum unterhalb der vorgegebenen 30, 10 oder 5 Rängen haben. Manche Krankenhäuser haben ein sehr viel breiteres Leistungsspektrum, das sie zum Teil auch oder gerade wegen seltener Diagnosen oder Operationen mit kleinen Fallzahlen im Qualitätsbericht darlegen wollten.

Kommentar: Diese Darstellung zeigt dem Leser das Spektrum der 30 am häufigsten abgerechneten DRGs eines Krankenhauses. Über die Bedeutung dieser Informationen, z. B. ob die aufgeführten Anzahlen der Leistungen »viel« oder »wenig« bedeuten, darüber, ob die Leistungen »gut« oder »weniger gut« erbracht worden sind oder wie diese Anzahlen im Vergleich zu anderen Krankenhäusern aussehen, erfährt der Leser des einzelnen Qualitätsberichtes nichts. Nur durch vergleichendes Lesen z. B. anderer Qualitätsberichte sind ggf. erste Einschätzungen und Interpretationen dieser Angaben möglich.

Ein weiteres Problem liegt in den nichtstandardisierten Übersetzungen der medizinischen Fachbegriffe, die eine Vergleichbarkeit erschweren oder sogar unmöglich machen.

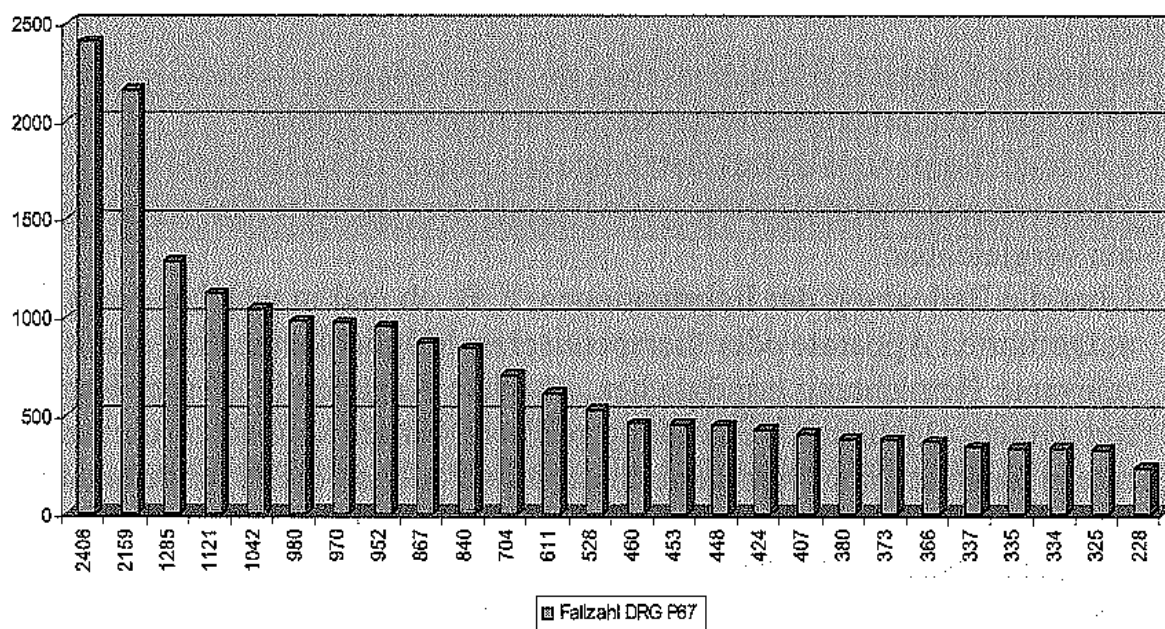
Die am Beispiel der DRG-Darstellung erläuterten Probleme bestehen in gleicher Weise für die Darstellung der ambulanten Operationen sowie der DRGs, der Hauptdiagnosen und der Operationen der Fachabteilungen und werden daher im Folgenden nicht erneut aufgegriffen.

Perspektive: Die Möglichkeit einer vergleichenden Betrachtung der Informationen auf der Basis aller oder regional eingrenzbarer Krankenhäuser läge z. B. darin, eine Hauptdiagnose oder eine Operation auszuwählen und deren

Fallzahlen für die Krankenhäuser vergleichend darzustellen. Auf diese Weise wäre es z. B. möglich, Krankenhäuser mit einer großen, mittleren und kleinen Anzahl von Geburten auf einen Blick darzustellen (vgl. Abbildung 2).

Abb. 2: *Verteilung der absoluten Häufigkeit der Geburtenanzahl pro Krankenhaus (Ausschnitt). Das Haus auf der linken Seite hat ca. 2.400 Geburten, das Haus auf der rechten Seite hat 228 Geburten.*

DRG Nr. 1 (P67 = Neugeborenes), sortiert nach Fallzahl



Eine andere Art der Darstellung könnte z. B. die Häufigkeitsverteilung der Hauptdiagnosen oder der operativen Eingriffe insgesamt darstellen, sodass der Leser/Nutzer der Daten einen Eindruck davon bekommt, was häufige und was weniger häufige Diagnosen sind. In der hier ausgewerteten Stichprobe zeigte sich z. B., dass die Neugeborenen (DRG P67) mit 12 Prozent sowie die vaginale Entbindung (DRG O60) mit 10 Prozent an vorderster Position unter den ersten fünf Rangplätzen vertreten waren, gefolgt von Herzinsuffizienz/Schock (5 Prozent) und Apoplexie (4 Prozent).

4.2 Apparative Ausstattung, therapeutische Möglichkeiten

In diesen beiden Kapiteln konnten die Krankenhäuser Angaben zu ihrer apparativen Ausstattung und ihren therapeutischen Möglichkeiten machen. In der Umsetzung der Vorgaben für die apparative Ausstattung haben die Krankenhäuser folgende Wege gewählt:

- Es wurde die exemplarische Auflistung von Apparaten (z. B. Computertomograf, Magnettomograf, Herzkatheterlabor, EEG) aus den Ausfüllhinweisen als vorgegeben verstanden und 1:1 durch Ankreuzen des (Nicht-)Vorhandenseins sowie der 24-Stunden-Verfügbarkeit umgesetzt.
- Die Liste wurde um weitere Apparate ergänzt.
- Es wurden zum Teil sehr umfangreiche eigene Listen mit den vorhandenen Geräten erstellt.

Die Spannweite der Angaben lag zwischen 0 und 69 Apparaten.

Im Kapitel »therapeutische Möglichkeiten« wurde mit den vorgegebenen exemplarischen Listen vergleichbar umgegangen und ähnliche Ergebnisse erzielt.

Kommentar: Folgende Probleme sind mit den Angaben unter »apparative Ausstattung« und »therapeutische Möglichkeiten« verbunden:

- Umfang, Form und Inhalt der Angaben lagen in nicht standardisierter Form vor und waren daher so gut wie nicht zwischen den Qualitätsberichten vergleichbar.
- Über die Bedeutung der Informationen, z. B. ob und in welcher Form die aufgeführten Apparate oder therapeutischen Möglichkeiten eine qualitätsrelevante Betrachtung ermöglichen, ob viele Angaben in diesem Kapitel mit »guter« Qualität in Verbindung gebracht werden können, ob die Apparate in technisch hochwertigem Zustand sind oder ob die Psychoedukation oder die Physiotherapie in guter Qualität erbracht wird, erfährt der Leser der Qualitätsberichte nicht.

Perspektive: Standardisierte einheitliche Auswahllisten sowohl im Bereich der apparativen Ausstattung als auch bei den therapeutischen Möglichkeiten würden die Vergleichbarkeit der Angaben erleichtern, ebenso das Suchen z. B. von Krankenhäusern mit speziellen Geräten (z. B. PET).

4.3 Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen

Im Kapitel »Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen« sollten die Krankenhäuser angeben, für welche Leistungsbereiche sie sich an der externen vergleichenden Qualitätssicherungsmaßnahme (BQS-Verfahren) beteiligen, vorausgesetzt, sie erbringen Leistungen in diesem Bereich. Pro Leistungsbereich sollte zusätzlich die Dokumentationsrate des Krankenhauses neben der bundesdurchschnittlichen Rate aufgeführt werden (vgl. Abbildung 3).

Die Auswertung von 62 Krankenhäusern (mit Angaben hierzu) zur Verteilung der Anzahl der dokumentierten Leistungsbereiche ist Tabelle 1 zu entnehmen. Indirekt kann aus dieser Verteilung logischerweise geschlossen werden, dass kleinere Krankenhäuser weniger qualitätssicherungsrelevante Leistungsbereiche haben als mittelgroße und große Krankenhäuser.

Abb. 3: *Beteiligung an der externen Qualitätssicherung (Auszug aus einem Qualitätsbericht) mit Leistungsbereichen und Dokumentationsrate.*

	Leistungsbereich	Leistungs- bereich wird vom Kranken- haus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitäts- sicherung		Dokumentationsrate	
		ja	nein	ja	nein	Kranken- haus	Bundes- durch- schnitt
1	Aortenklappenchirurgie	X		X		100,00 %	100,00 %
2	Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie)	X		X		100,00 %	100,00 %
3	Gynäkologische Operationen	X		X		97,80 %	94,65 %
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation	X		X		99,50 %	95,48 %
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	X		X		100,00 %	100,00 %
6	Herzschrittmacher-Revision	X		X		56,40 %	74,03 %
7	Herztransplantation		X		X		
8	Hüftgelenknaher Oberschenkelbruch (Femurfraktur)	X		X		44,40 %	95,85 %

Tab. 1: *Verteilung der Anzahl der Leistungsbereiche der externen Qualitätssicherung, an denen sich die Krankenhäuser beteiligen.*

Anzahl Leistungsbereiche	Krankenhäuser	
	n	%
1–5	6	9.7 %
6–10	17	27.4 %
11–15	37	59.7 %
16–19	2	3.2 %
	62	100.0 %

Zur Beantwortung der Frage, wie hoch die Übereinstimmung zwischen der Anzahl der erbrachten Qualitätssicherungs-Leistungsbereiche und der qualitätssicherungsdokumentierten Leistungsbereiche ist, wurde pro Krankenhaus der Quotient aus beiden Anzahlen berechnet. Das Ergebnis lautet wie folgt: 92 Prozent ($n = 57$) der Krankenhäuser hatten einen Quotienten von 1, das heißt, diese Krankenhäuser erbringen Leistungen der externen vergleichenden Qualitätssicherung und dokumentieren sie auch. Bei 8 Prozent ($n = 5$) der Krankenhäuser ergab der Quotient einen Wert von < 1 , das heißt, sie erbringen

Leistungen der externen stationären Qualitätssicherung, beteiligen sich jedoch offenbar nicht am BQS-Verfahren.

Kommentar: Wenn auch diesem Kapitel inhaltlich nur wenige qualitätsrelevante Informationen zu entnehmen sind (z. B. keine Angabe von Qualitätsindikatoren), findet mit der Darlegung der eigenen und der bundesweiten Dokumentationsraten zumindest ein vergleichender Ansatz Berücksichtigung, wenn auch nur zu einem formalen Aspekt.

Ansonsten haben auch die Informationen der Krankenhäuser zur Teilnahme an weiteren, z. B. länderspezifischen Qualitätssicherungsmaßnahmen oder an DMPs nur formal-aufzählenden, aber keinen inhaltlichen Charakter.

Im Vorgriff auf die Auswertungen des Systemteils kann konstatiert werden, dass unter dem Kapitel »Ergebnisse der externen Qualitätssicherung« ungefähr ein Drittel der Stichproben-Krankenhäuser auf freiwilliger Basis und ohne strukturierte Vorgaben inhaltliche Angaben zu Qualitätsindikatoren präsentiert hat. Insgesamt waren die Auswahl der Indikatoren sowie die Art der Darstellung sehr unterschiedlich und zum Teil wenig professionell, dennoch lässt sich daraus ein gewisses Interesse ableiten, die krankenhouseigenen Qualitätsmaße der Öffentlichkeit darzulegen.

Perspektive: Die Veröffentlichung von qualitätsrelevanten, validen und vergleichbaren Inhalten auf der Basis definierter Qualitätsindikatoren sollte bei der Weiterentwicklung der Qualitätsberichte thematisiert werden.

4.4 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung

15 Krankenhäuser der Stichprobe berichten über die Erbringung von Leistungen im Zusammenhang mit der Mindestmengenvereinbarung, wobei 13 hiervon große Häuser mit über 500 Betten sind. 4 der 15 Krankenhäuser unterschreiten die Mindestmenge, drei davon kommentieren die Unterschreitungen bzw. geben Hinweise auf Ausnahmetatbestände.

Kommentar: Die vorgegebene Art der Darstellung der Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung und ihre Umsetzung ist ohne weitere Kommentierung für Laien schwer verständlich.

Perspektive: Die Darstellung der Leistungen der Mindestmengenvereinbarung im Qualitätsbericht ist vom Gesetzgeber vorgegeben. Im Rahmen einer Weiterentwicklung wäre jedoch eine entsprechende Erläuterung des »Mindestmengenkonzeptes« mit seiner speziellen Bedeutung hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der Menge der erbrachten Leistung und der Qualität hilfreich.

Die Ergebnisse der Analyse der Qualitätsberichte im Bereich des Basisteils können – entsprechend der Fragestellung – wie folgt zusammengefasst werden:

- Die Informationen der Qualitätsberichte waren im Großen und Ganzen so strukturiert aufbereitet wie in der Vereinbarung vorgegeben. Trotz hoher Vorstrukturierung und ausführlicher Ausfüllhinweise waren jedoch inhaltliche Unklarheiten und Missverständnisse möglich.
- Die Informationen waren nicht immer leicht zu verstehen. Dies betraf einerseits Begriffe der medizinischen Fachsprache aus den Bereichen Diagnosen, Operationen, Leistungen und therapeutische Besonderheiten, die unterschiedlich und kaum standardisiert verwendet wurden und dadurch kaum miteinander vergleichbar waren, andererseits fehlten zum Teil Hinweise auf die inhaltliche Bedeutung der dargelegten Informationen.
- Die Qualitätsrelevanz der Informationen ist zum Teil noch deutlich verbesserungsfähig, insbesondere durch die Darstellung einheitlicher und valider Qualitätsindikatoren mit der Möglichkeit der vergleichenden, bewertenden und kommentierenden Darstellung.

Auch die weiteren Informationen aus den eher strukturellen Bereichen (z. B. Ausstattung, Personal) und Leistungsbereichen (z. B. Diagnosen, Operationen) der Krankenhäuser könnten in Bezug auf ihre Qualitätsrelevanz gezielt aufbereitet und erläutert werden.

5. *Ergebnisse der Analyse des Systemteils*

Der Systemteil gliederte sich in folgende Kapitel und Themen:

- D: Qualitätspolitik (u. a. Qualitätsphilosophie, Qualitätsziele, Qualitätsmanagement-Ansatz)
- E: Qualitätsmanagement und dessen Bewertung (z. B. Organisation des Qualitätsmanagements, Entwicklung, Umsetzung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements, Qualitätsbewertung)
- F: Qualitätsmanagement-Projekte
- G: Weitergehende Informationen

Der Systemteil war durch geringe Vorstrukturierung geprägt, das heißt, die Informationen lagen in Form von Texten vor, die inhaltlich erschlossen wurden. Anhand eines selbst entwickelten Kriteriengerüsts wurden die Inhalte so objektiv wie möglich systematisiert, standardisiert und klassifiziert.

5.1 Bereich »Qualitätspolitik, -philosophie, -ziele«

Die Auswertung in diesem Bereich zeigte folgende Ergebnisse:

- Fehlinterpretation der Begriffe »Qualitätspolitik«, »-philosophie«, »-ziele«, Wiedergabe von Absichtserklärungen und Allgemeinplätzen, keine bzw. wenig präzise Angaben zu Qualitätszielen: ca. 30 Prozent.
- Teilweise präzise Angaben: ca. 50 Prozent.
- Differenzierte und präzise Darlegung insbesondere von (messbaren) Qualitätszielen: ca. 20 Prozent.

5.2 Bereich »Strukturen und Aufbau von Qualitätsmanagement«

In diesem Bereich wurden strukturelle Aspekte der Etablierung von Qualitätsmanagement untersucht, z. B. die Anbindung des Qualitätsmanagements an die Krankenhausleitung, Qualitätsmanagement-Lenkungsgremien, Qualitätsmanagement-Stabsstellen, multiprofessionelle Qualitätsmanagement-Teams, systematisch ausgebildete Qualitätsmanagement-Beauftragte.

Die Auswertung in diesem Bereich zeigte folgende Ergebnisse:

- Wenig ausgeprägte Qualitätsmanagement-Strukturen: ca. 44 Prozent.
- Strukturen »auf dem Papier« (u. a.: fragliches *commitment* der Leitung für Qualitätsmanagement, Delegation der Verantwortung für Qualitätsmanagement, ggf. sogar an den externen Berater): ca. 42 Prozent.
- »Lebendige« Strukturen (u. a.: aktives Engagement auch der ärztlichen Leitungsebene, Beteiligung aller Mitarbeiter, hauptamtliche Qualitätsmanagement-Beauftragte): ca. 14 Prozent.

5.3 Bereich »Bewertung von Qualitätsmanagement«

In diesem Kapitel wurden die Informationen aus den Qualitätsberichten untersucht, die sich auf die Bewertungen des Qualitätsmanagements bezogen bzw. auf die Qualitätsmanagement-Modelle, an denen sich die Krankenhäuser orientierten.

Die Auswertung zeigte folgende Ergebnisse:

- KTQ und proCumCert: ca. 40 Prozent.
- DIN ISO 9001:2000: ca. 8 Prozent.
- EFQM: ca. 10 Prozent.
- Kombinationen aus ISO, KTQ, EFQM: ca. 10 Prozent.
- Sonstiges (u. a. Peer-Reviews, Öko-Audit, Begehungen): ca. 10 Prozent.

Ob sich die angegebenen Bewertungen (Zertifizierungen, Selbst-, Fremdbewertungen usw.) in der Absichts-, Planungs-, Realisierungs- oder Umsetzungsphase befanden, war den Angaben in den Berichten zum Teil nicht ein-

fach zu entnehmen. Je präziser und konkreter die Angaben hierzu formuliert waren, desto mehr sprach dies für eine fortgeschrittene Phase der Qualitätsmanagement-Einführung bzw. deren Bewertung.

5.4 Bereich »Qualitätsmanagement-Projekte«

Aus einer Vielzahl von genannten Projekten werden im Folgenden einige wenige, aber häufig erwähnte Themen exemplarisch dargestellt:

- Patienten-Befragungen: ca. 50 Prozent.
- Einweiser-Befragungen: ca. 18 Prozent.
- Mitarbeiter-Befragungen: ca. 8 Prozent.
- Behandlungspfade, Beschwerde- und Entlassungsmanagement: je ca. 10 Prozent.
- Strukturelle Maßnahmen (z. B. Fortbildungen, Reorganisationen, EDV, Informationsmappen, Küchenkommission).

Trotz der häufig genannten Befragungen bleibt zum einen oft die Güte der Befragungen zweifelhaft, zum anderen wird kaum über Konsequenzen berichtet, die üblicherweise aus Befragungen resultieren.

Generell zeigte die Analyse der Angaben im Kapitel »Qualitätsmanagement-Projekte«, dass diese häufig nur aufgelistet wurden oder dass unter Qualitätsmanagement-Projekten auch z. B. strukturbildende Maßnahmen (z. B. Einrichtung einer Küchenkommission, Errichtung eines Klettergerüsts) verstanden wurden. Selten fanden sich systematische Projektbeschreibungen mit erkennbarem PDCA-Zyklus und dem Nachweis messbarer Qualitätsverbesserungen.

Perspektive: Zukünftig sollten Qualitätsmanagement-Projekte systematisch und – gemäß PDCA-Zyklus – in folgenden Schritten durchgeführt und in den Qualitätsberichten dargelegt werden:

- Beschreibung des Problems
- Ausmaß des Problems (Ist-Analyse, Messung z. B. mithilfe von Qualitätsindikatoren)
- Zielformulierung (Soll-Beschreibung; messbares Ziel)
- Klärung der Problemursachen
- Maßnahmen zur Problembeseitigung und deren Umsetzung
- Evaluation der Zielerreichung (Ermittlung des Erfolgs der Maßnahme mit Messung der Problembeseitigung)

5.5 Einschätzung des Status quo der Einführung von Qualitätsmanagement

Zur Klärung der Frage, wie fortgeschritten die Einführung von Qualitätsmanagement in den Krankenhäusern – auf der Basis der Informationen der

Qualitätsberichte – ist, wurde eine fünfstufige Skala entwickelt, mit der jedes Krankenhaus aus der Stichprobe bezüglich seines Qualitätsmanagement-Einführungsgrades von den beiden Autorinnen eingeschätzt wurde.

Die der Einschätzung zugrunde liegenden Kriterien lauteten wie folgt:

- Präzise dargelegte Qualitätsziele
- Transparente Darlegung von Qualitätsmanagement-Strukturen
- Darlegung von Ergebnissen der externen Qualitätssicherung
- Konkrete Angaben im Bereich »Zertifizierung«
- Systematische Darlegung von Qualitätsmanagement-Projekten

Wenn z. B. die Informationen zu allen Kriterien positiv eingeschätzt werden konnten, wurde für dieses Krankenhaus die Skalenausprägung 5 vergeben mit der Bedeutung: »Qualitätsmanagement ist im Krankenhaus gut eingeführt«. Konnte kein Kriterium positiv eingeschätzt werden, wurde die Skalenausprägung 1 vergeben mit der Bedeutung: »Qualitätsmanagement ist im Krankenhaus nicht eingeführt«.

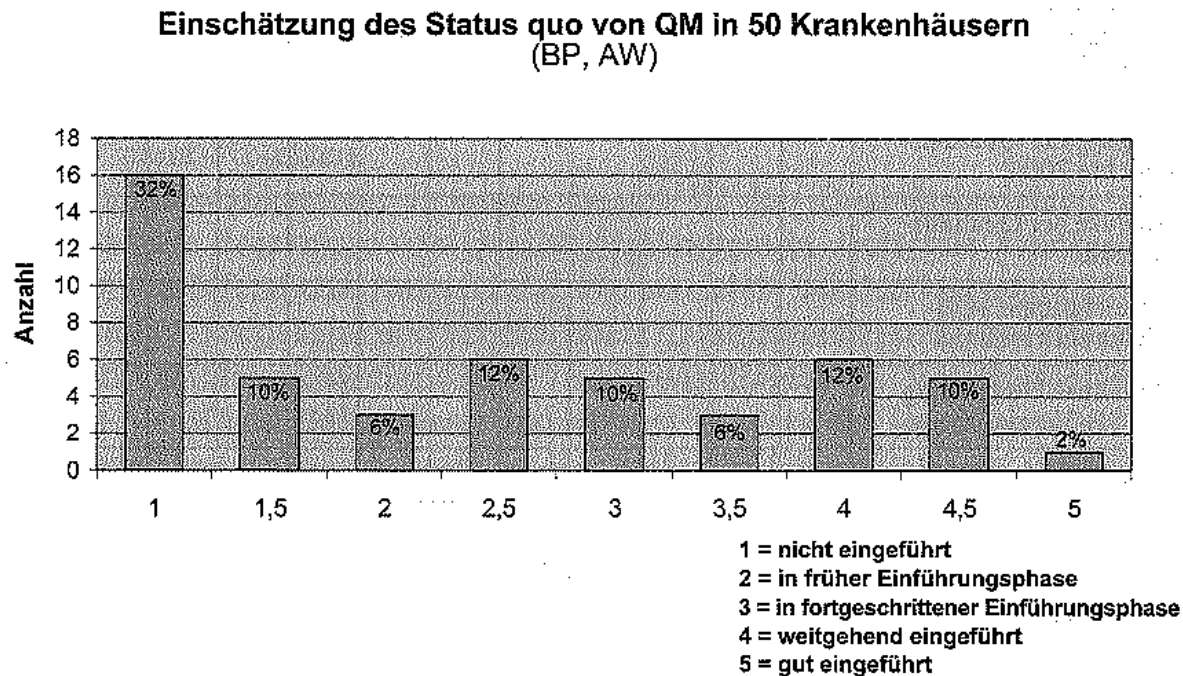
Das Ergebnis der Einschätzung ist Abbildung 4 zu entnehmen. Sie zeigt, dass 48 Prozent der Krankenhäuser aus der Stichprobe Qualitätsmanagement noch nicht eingeführt haben bzw. sich in einer frühen Einführungsphase befinden. 22 Prozent befinden sich in einer fortgeschrittenen Phase, und 30 Prozent haben Qualitätsmanagement weitgehend bzw. gut eingeführt. Das heißt: Etwas mehr als die Hälfte der Krankenhäuser kann bei der Einführung des internen Qualitätsmanagements als fortgeschritten eingeschätzt werden.

5.6 *Fazit zum Systemteil*

Die Ergebnisse der Analyse des Systemteils der Qualitätsberichte können wie folgt zusammengefasst werden:

- Die Informationen waren durch die geringe Vorstrukturierung und die beliebig gestaltbaren Freitexte nicht einfach einer systematischen Analyse zu unterziehen.
- Dennoch – oder gerade deswegen – entstand (erst) durch die Gesamtbeurteilung aller Informationen des Systemteils ein individuelles Bild über den Stand des internen Qualitätsmanagements in den Krankenhäusern.
- Die Einschätzung des Status quo der Einführung von Qualitätsmanagement in allen Krankenhäusern der Stichprobe kann sowohl als erfreulich fortgeschritten eingeordnet werden als auch derart, dass noch Verbesserungspotenziale vorhanden sind.
- Ob die Vermutung zutrifft, dass die veröffentlichten Qualitätsberichte auch Impulse für die Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements geben, sollte in einer folgenden Evaluation untersucht werden.

Abb. 4: *Einschätzung des Status quo der Einführung von Qualitätsmanagement*



6. Weiterentwicklung der Qualitätsberichte

Ganz im Sinne der Grundsätze des PDCA-Zyklus bzw. der kontinuierlichen Verbesserung wurde in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses bereits kurz nach Erscheinen der Qualitätsberichte Ende 2005 mit der Überarbeitung der Strukturen und Inhalte der Qualitätsberichte begonnen. Die hier vorgestellte Analyse floss ebenso wie viele andere Überlegungen in die Weiterentwicklung der Qualitätsberichte ein.

Im Oktober 2006 wurde die Vereinbarung zur Gestaltung der neuen Qualitätsberichte und im Mai 2007 die Ergänzungen in Bezug auf die Qualitätsindikatoren beschlossen. Der Zeit- und Aktivitätenplan im Rahmen der Weiterentwicklung der Qualitätsberichte ist in Tabelle 2 abgebildet.

Die wesentlichen Neuerungen der Qualitätsberichte 2006 lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die Krankenhäuser veröffentlichen den Qualitätsbericht wie bisher in einer PDF-Version und zusätzlich in einer Datenbankversion im XML-Format. Die Datenbankversion wird Recherche- und Auswertungsschritte erheblich erleichtern.
- Durch die Möglichkeit, an vielen Stellen Auswahllisten zu verwenden, ist eine höhere Standardisierung und damit Vergleichbarkeit gegeben.

Tab. 2: Zeit- und Aktivitätenplan im Rahmen der Weiterentwicklung der Qualitätsberichte.

Aktivitäten des G-BA zu Qualitätsberichten	2005				2006				2007			
	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4.Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4.Q.	1. Q.	2. Q.	3. Q.	4.Q.
Eingang der Qualitätsberichte 2004												
Analyse der Qualitätsberichte												
Arbeitsgruppe »QB-Weiterentwicklung«												
Beschluss Neufassung der QB-Vereinbarung								17. 10.				
Techn. Ergänzungen												
Inhaltliche Ergänzungen												
Beschluss zu Qualitätsindikatoren									21.6.			
Eingang Qualitätsberichte 2006												

- Differenzierte Ausfüllhinweise für die Autoren der Qualitätsberichte stehen ebenso zur Verfügung wie eine »Leseanleitung« für die Nutzer der Qualitätsberichte.
- Die Gliederung der Berichte wurde übersichtlicher gestaltet und damit die inhaltliche Orientierung im Bericht deutlich erleichtert:
 - o A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses: fachabteilungsübergreifende Darstellung u. a. von:
 - Versorgungsschwerpunkten
 - medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten
 - allgemeinen nichtmedizinischen Serviceangeboten
 - o B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen: fachabteilungsspezifische Darstellung u. a. von:
 - Versorgungsschwerpunkten
 - medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten
 - nichtmedizinischen Serviceangeboten
 - 10 häufigsten Diagnosen (ICD) einschließlich Kompetenzdiagnosen
 - 10 häufigsten Prozeduren (OPS) einschließlich Kompetenzprozeduren
 - Apparative und personelle Ausstattung

- o C Qualitätssicherung: Neu ist hier im Wesentlichen die Darstellung von 27 verbindlich festgelegten Qualitätsindikatoren aus der externen Qualitätssicherung (vgl. weiter unten).
- o D Qualitätsmanagement: Neu ist hier im Wesentlichen eine stärkere Systematisierung der Angaben zu Qualitätspolitik, Qualitätsmanagement, Qualitätsbewertung sowie zur Darlegung von Qualitätsmanagement-Projekten.
- Qualitätsindikatoren: Erstmals werden in den Qualitätsberichten 2006 konkrete Ergebnisse von Qualitätsindikatoren in deutschen Krankenhäusern veröffentlicht. Aus 10 Leistungsbereichen werden insgesamt 27 verbindlich festgelegte und vergleichbare Qualitätsindikatoren aus der externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) dargestellt. Voraussetzung für die Veröffentlichung dieser Indikatoren ist, dass der sogenannte strukturierte Dialog abgeschlossen ist. Das heißt: Prüfungen in Bezug auf Auffälligkeiten der Informationen wurden durchgeführt und die Werte der Indikatoren können als »richtig« und zuverlässig eingestuft werden. Die 27 Qualitätsindikatoren (QI), davon 10 Indikatoren zur Ergebnisqualität, stammen aus folgenden Leistungsbereichen:
 - o Gallenblasenentfernung (3 QI)
 - o Geburtshilfe (3 QI) und gynäkologische Operationen (2 QI)
 - o Herzschrittmacher-Implantation (4 QI)
 - o Karotis-Rekonstruktion (3 QI)
 - o Hüft- (3 QI) und Knie-Endoprothesen (2 QI) – Erstimplantation
 - o Koronarangiografie (PTCA und PCI) (3 QI) und Koronarchirurgie (1 QI)
 - o Brustchirurgie (3 QI)

Die Darstellung der Qualitätsindikatoren erfolgt u. a. auch unter vergleichenden Aspekten, z. B. durch den bundesweit vorgegebenen Referenzbereich sowie durch den Vertrauensbereich des jeweiligen Qualitätsindikators, der eine statistische Einschätzung des »wahren Wertes« des Indikators erlaubt.

Weitere Qualitätsindikatoren des BQS-Verfahrens können auf freiwilliger Basis veröffentlicht werden, wobei auch hier immer die Voraussetzung zu beachten ist, dass der strukturierte Dialog abgeschlossen ist.

Weitere Details der Neuerungen des Qualitätsberichts 2006 sind den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses (www.g-ba.de) und der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (www.bqs-online.de) sowie (8) und (9) zu entnehmen.

Die zukünftigen Qualitätsberichte sind im zweijährigen Abstand jeweils zum 31. August (der nächste also im Jahr 2009) an den Empfängerkreis weiterzuleiten (Spitzen- und Landesverbände der Krankenkassen, Verbände der

Ersatzkassen, Verband der privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft, Patientenvertreter gemäß § 140f SGB V). Die Veröffentlichung im Internet erfolgt jeweils einen Monat später zum 30. September.

7. *Ausblick*

Es bleibt festzuhalten, dass bezüglich der Veröffentlichung von Qualitätsinformationen bereits viel erreicht werden konnte, auch durch die Verbesserungen von Inhalt und Form der zweiten Generation der Qualitätsberichte. Weitere Verbesserungen werden – ganz im Sinne des PDCA-Zyklus – notwendig werden und mit neuen Herausforderungen verbunden sein.

Darüber hinaus sind die Überlegungen des Sachverständigenrates in seinem Gutachten 2007 (2) bedenkenswert: Er weist aufgrund internationaler Erfahrungen u.a. darauf hin, dass neben den Vorteilen der öffentlichen Berichterstattung von Qualitätsinformationen auch Risiken und Nachteile zu beachten sind. Das bedeutet, dass die Veröffentlichung von Qualitätsinformationen in hohem Maße von Sorgfalt und Verantwortung getragen sein muss. Daher sind systematische Untersuchungen zur Evaluation der Effekte auf Systemebene dringend geboten. In Bezug auf die Nutzenbewertung des Qualitätsberichtes in dem Sinne, dass seine Ziele und insbesondere seine Zielgruppen erreicht wurden, sollten gleichermaßen systematische Analysen angestrebt werden.

8. *Literatur*

- (1) Codman, E. A. (1914): The product of a hospital. Surgery, Gynaecology and Obstetrics 18: 91-496.
- (2) Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007): Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm>
- (3) Institute of Medicine (2000): To Err Is Human. Building a Safer Health System. National Academy Press, Washington.
- (4) <http://www.bqs-qualitaetsreport.de>
- (5) Veit, C., Bauer, J., Döbler, K. et al. (Hrsg.) (2007): Qualität sichtbar machen. BQS-Qualitätsreport 2006. Schotte, Krefeld.
- (6) http://www.g-ba.de/downloads/36-232-39/Vereinbarung-Qualitaetsbericht_2007-06-21.pdf
- (7) Klauber, J., Robra, B.-P., Schellschmidt, H. (Hrsg.) (2005): Krankenhaus-Report 2004. Schwerpunkt: Qualitätstransparenz. Schattauer, Stuttgart.
- (8) Streuf, R., Selbmann, H. K. (2007): Werden die Berichte von 2007 besser als die von 2005? Gesundheitsökonomie und Qualitätssicherung 12: 12-16.

- (9) Siebers, L., Helling, J., Bunzemeier, H. et al. (2007): Qualitätsbericht 2007. Übersicht über aktuelle Änderungen und Empfehlungen für die Erstellung des Berichtes in der Praxis. das Krankenhaus 4: 293-303.