

Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Veröffentlichung einer lang gefassten Erläuterung zum Qualitätsbericht und eines Glossars

Vom 16. Juni 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 16. Juni 2016 beschlossen, die lang gefasste Erläuterung zum Qualitätsbericht und sein Glossar gemäß **Anlage** auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de zu veröffentlichen.

Dieser Beschluss wird auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 16. Juni 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Was sie bieten und wie sie sich nutzen lassen

Stand: Januar 2016

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Das passende Krankenhaus finden.....	3
Wie können Qualitätsberichte helfen?	3
Die Qualitätsberichte im Internet	3
Kapitel 2: So ist ein Qualitätsbericht aufgebaut	4
Was findet man wo im Qualitätsbericht?	4
Teil A: Allgemeine Informationen über das Krankenhaus	4
Teil B: Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	5
Teil C: Qualitätssicherung.....	7
Kapitel 3: So funktionieren Krankenhaus-Suchmaschinen.....	11
Wie kann man suchen und vergleichen?	11
Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es?	11
Suchbeispiel: Entfernung der Gallenblase	12
Suchbeispiel: Künstliches Hüftgelenk	12
Kapitel 4: Die schwierige Frage der Qualität	13
Was ist Qualität?	13
Was bedeutet „rechnerisch auffällig“?	13
Bei auffälligen Ergebnissen: Der Strukturierte Dialog	15
Darstellung von Krankenhausqualität in den Suchmaschinen	16
Und wenn der Qualitätsbericht unvollständig oder fehlerhaft ist?.....	16
Weitere Informationen	17
Anhang	18
Die Leistungsbereiche der Qualitätssicherung für das Jahr 2013	18

Kapitel 1: Das passende Krankenhaus finden

Wie können Qualitätsberichte helfen?

Wer als Patient eine Operation vor sich hat, möchte es ebenso wissen wie eine Ärztin, die Empfehlungen ausspricht: Wie finde ich das richtige Krankenhaus? Vor allem bei einer geplanten Behandlung hat man Zeit, sich zu überlegen, welches Krankenhaus das passende ist. Und man hat das Recht, sich ein Krankenhaus auszusuchen.

Viele verlassen sich bei der Wahl auf persönliche Einschätzungen oder auf den Rat von Angehörigen oder Kolleginnen und Kollegen. Das kann hilfreich sein, hat jedoch seine Grenzen. Denn die Erfahrung eines Einzelnen kann nicht die Qualität eines ganzen Krankenhauses widerspiegeln. Wie gut die Behandlung in einem Krankenhaus ist, lässt sich erst bewerten, wenn man die Ergebnisse aller Patientinnen und Patienten kennt. Deshalb gibt es die Qualitätsberichte, mit denen die Krankenhäuser jährlich über ihre Arbeit informieren.

In den Qualitätsberichten werden unter anderem die Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfasst, das Leistungsspektrum des Krankenhauses, eine besondere Geräteausstattung und die Häufigkeit von Komplikationen. Die Krankenhäuser lassen sich so viel besser beurteilen. Wer zum Beispiel eine Hüft-OP vor sich hat und bisher nur wusste, dass ein Krankenhaus einen guten Ruf hat, kann nun mehr in Erfahrung bringen: Wie viele künstliche Hüftgelenke wurden dort eingesetzt? Wie häufig ist es dabei zu Wundinfektionen gekommen? Welche anderen Krankenhäuser in der Umgebung bieten diesen Eingriff an? Und wo kann eine Begleitperson untergebracht werden? Diese und weitere Informationen finden sich in den Qualitätsberichten. Dabei werden die Qualitätsberichte immer auf der Basis der Daten und Ergebnisse des Vorjahrs erstellt.

Die Qualitätsberichte im Internet

Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind unter anderem auf der Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abrufbar. Ein Qualitätsbericht enthält jedoch zahlreiche Fachbegriffe und Kennzahlen und ist mitunter recht schwer zu verstehen. Deshalb gibt es im Internet spezielle Krankenhaus-Suchmaschinen, auch Krankenhaus-Vergleichsportale genannt. Sie bereiten die Daten für Patientinnen und Patienten auf und helfen, die gewünschten Informationen zu finden.

Da sich Fachbegriffe beim Thema Qualitätssicherung jedoch nicht gänzlich vermeiden lassen, gibt es diesen Text. Er versteht sich als Erläuterung und Hintergrundinformation: Was bieten die Qualitätsberichte? Wie wird Qualität überhaupt gemessen? Und wie lassen sich die Informationen der Qualitätsberichte mithilfe der Krankenhaus-Suchmaschinen nutzen?

Krankenhaus-Suchmaschinen auf einen Blick

Die Internetseite des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bietet einen Überblick über verschiedene Krankenhaus-Suchmaschinen. Die Suchmaschinen greifen auf die Daten der Qualitätsberichte zurück. Hier lässt sich zum Beispiel nach einem Ort und einer Erkrankung suchen und man kann Krankenhäuser vergleichen:

www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetsicherung/qualitaetsbericht/suche/

Alle Qualitätsberichte in einer Datenbank

Auch alle bisher veröffentlichten Qualitätsberichte können auf der Internetseite des G-BA eingesehen werden. Die Qualitätsberichte lassen sich nach Berichtsjahr, Krankenhausname, Ort und / oder Postleitzahl auswählen und dann als PDF abrufen:

www.g-ba-qualitaetsberichte.de.

Kapitel 2: So ist ein Qualitätsbericht aufgebaut

Was findet man wo im Qualitätsbericht?

Der Inhalt ist für jeden Qualitätsbericht vorgegeben. Er ist stets in drei Teile gegliedert:

- Teil A: Allgemeine Informationen über das Krankenhaus
- Teil B: Fachabteilungen und Zusatzqualifikationen
- Teil C: Qualitätssicherung

Teil A: Allgemeine Informationen über das Krankenhaus

Hier informiert das Krankenhaus über seinen Aufbau und sein Angebot („Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“). Darunter versteht man vor allem die Ausstattung der Krankenhäuser und die Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auch medizinisch-pflegerische Angebote wie Bewegungstherapie oder nicht medizinische Angebote wie ein Dolmetscherdienst und Angaben zur Barrierefreiheit werden aufgelistet.

Folgende Informationen sind hier zum Beispiel aufgeführt:

- der Träger des Krankenhauses (öffentlich, freigemeinnützig, privat)
- die medizinisch-pflegerischen Leistungen, etwa Akupunktur, Ernährungs- oder Stillberatung, Bewegungstherapie, Wundmanagement oder Sterbebetreuung
- nicht medizinische Angebote, etwa Mutter-Kind-Zimmer, Seelsorge, Dolmetscherdienste, die Kosten für Telefon, Internet oder für das Parken am Krankenhaus
- die Berücksichtigung religiös oder weltanschaulich und krankheitsbedingter Ernährungsgewohnheiten
- die Anzahl der Betten und ob es Betten für besonders schwere oder besonders große

Menschen gibt

- Angaben zur Barrierefreiheit (rollstuhlgerechte Aufzüge und Toiletten, fremdsprachiges Personal)
- die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus sowie die Zahl der Pflegekräfte
- die Zahl des weiteren therapeutischen Personals, wie zum Beispiel Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Sozialarbeiter und Hygienepersonal
- Besonderheiten in der apparativen Ausstattung, von der Angiografie (Gerät zur Darstellung von Gefäßen) bis zum Positronen-Emissions-Tomografen (PET)
- Besonderheiten beim Lob- und Beschwerdemanagement, Kontaktdaten des Krankenhauses für Patienten Anliegen

In Teil A finden sich Angaben, die das ganze Krankenhaus betreffen. Einzelheiten zu den medizinischen Leistungen der Fachabteilungen und der Personalausstattung werden im folgenden „Teil B: Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen“ aufgeführt.

Qualitätssicherung ist gesetzliche Pflicht

Um die Qualität der Behandlung transparent zu machen, sind die Krankenhäuser seit 2005 gesetzlich verpflichtet, Qualitätsberichte zu veröffentlichen. Seither informieren sie nach einem vorgegebenen Raster über ihre Arbeit. Die Inhalte der Qualitätsberichte werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgegeben. Der G-BA legt nicht nur fest, welche Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden. Er beschließt auch Maßnahmen der Qualitätssicherung und entwickelt sie stetig weiter. Seit 2014 müssen die Krankenhäuser jährlich Qualitätsberichte veröffentlichen. Zuvor war das alle zwei Jahre Pflicht.

Teil B: Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

In diesem Teil werden alle Abteilungen des Krankenhauses aufgelistet („Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen“). Hier kann man prüfen, ob das Krankenhaus über die gesuchte Fachkompetenz verfügt. Nicht jedes Krankenhaus hat etwa eine Intensivstation, eine Urologie oder eine Kinderabteilung.

Außerdem erfährt man mehr über die jeweilige Fachabteilung, etwa über ihre medizinischen Leistungen, die Zahl der Behandlungen und die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte sowie die Aus- und Weiterbildung des Pflegepersonals. In psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychosomatischen Fachabteilungen wird auch über die Tätigkeit anderer wichtiger Therapeutengruppen berichtet.

Auch in welchen Bereichen eine ambulante Behandlung möglich ist, wird beschrieben. Ebenfalls wird vom Krankenhaus angegeben, ob Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen

und Ärzten abgeschlossen wurden. In solchen Verträgen können Krankenhäuser vereinbaren, dass Chefärztinnen und Chefarzte für bestimmte Operationen, Eingriffe oder Leistungen Prämien erhalten.

Aufgeführt sind zum Beispiel:

- Abteilungen von A bis Z, inklusive Kontaktdaten auch der jeweiligen Chefärztin oder des jeweiligen Chefarztes zum Beispiel Augenheilkunde, Innere Medizin und Unfallchirurgie.
- Die medizinischen Leistungen der Fachabteilungen, etwa Untersuchung und Behandlung bei Schlaganfall, bei Rheuma oder Nierenerkrankungen. Hier ist beispielsweise ablesbar, ob das Krankenhaus eine Knochendichtemessung anbietet, ob die Abteilung für Hautkrankheiten eine Lichttherapie anbietet oder ob die Urologische Klinik ein Prostatazentrum hat.
- Die Zusatzqualifikationen der Pflegekräfte und der Ärztinnen und Ärzte: Hat in der Chirurgie jemand eine Weiterbildung für Handchirurgie oder Sportmedizin? Gibt es in der Abteilung für Magen- und Darmerkrankungen (Gastroenterologie) Pflegekräfte, die im Umgang mit alten Menschen (Geriatric) besonders geschult sind?
- Für jede Fachabteilung wird in diesem Berichtsteil die Zahl der Eingriffe aufgeführt. Wie oft wurden Dickdarmpolypen mithilfe einer Schlinge entfernt? Wie oft wurde bei Brustkrebs gewebeerhaltend operiert? Wenn allerdings weniger als vier Menschen behandelt wurden, wird die Zahl aus Datenschutzgründen nicht dargestellt.
- Auch ob eine Abteilung auf seltene Erkrankungen vorbereitet ist, lässt sich in diesem Teil ablesen (etwa der Hinweis auf die Behandlung von Morbus Wilson, der Kupferspeicherkrankheit, in der Gastroenterologie).

In diesem Teil des Qualitätsberichts werden alle Diagnosen und Prozeduren dieser Organisationseinheit/Fachabteilung aufgeführt.

Unter „Prozeduren“ werden verschiedene Untersuchungen und Behandlungen verstanden, etwa eine Infusion, eine Gelenkpunktion, Bluttransfusion oder eine Ultraschallanwendung. Die Krankheiten, Untersuchungen und Behandlungen werden den Fachabteilungen des Krankenhauses zugeordnet. Grundlage für die Zuordnung sind der Diagnosen-Schlüssel ICD und der Operationen- und Prozeduren-Schlüssel OPS.

ICD ist die Abkürzung für „International Classification of Diseases“ – eine internationale Klassifikation der Krankheiten. Mit diesem Schlüssel werden Krankheiten systematisch eingeteilt.

Beispiel: ICD-Kode K80.4:

- Der Buchstabe K steht für eine Krankheit des Verdauungssystems.

- Die Ziffer 80 gibt an, dass es sich um Gallensteine handelt.
- Die Ziffer 4 hinter dem Punkt gibt an, dass der Gallenstein im Gallengang sitzt und die Gallenblase entzündet ist.

OPS ist die Abkürzung für „Operationen- und Prozeduren-Schlüssel“. Mit seiner Hilfe werden im Krankenhaus Untersuchungen und Behandlungen beschrieben bzw. kodiert. Den allergrößten Teil des OPS machen Operationen aus.

Beispiel: OPS-Kode 5-526.20:

- Die Ziffer 5 steht für eine Operation.
- Die Ziffer 52 zeigt an, dass es um die Bauchspeicheldrüse geht.
- Die Ziffer 6 steht für einen Eingriff mit einem Endoskop,
- bei dem Steine (Ziffer 2)
- mittels Körbchen (Ziffer 0) entfernt werden.

Für eine reibungslose Suche nach einem Krankenhaus ist es hilfreich, auch als Patientin oder Patient den ICD-Kode der Krankheit oder den OPS-Kode der geplanten Behandlung zu kennen. Denn: Wer etwa ein künstliches Hüftgelenk braucht und nur das Stichwort „Hüftgelenk“ eingibt, erhält unter Umständen eine lange Liste möglicher Erkrankungen von Arthritis über die Gelenkfistel bis zur Gicht. Das gleiche Stichwort könnte auch zu einer Suche nach Untersuchungen wie Gelenkspiegelungen führen. Die genaue Bezeichnung der Behandlung ist „Operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks“ mit dem OPS-Kode 5-820. Mit diesen Angaben lässt sich gezielter suchen. Die genaue Bezeichnung und den Kode können Patientinnen und Patienten oder Angehörige bei Ärztinnen und Ärzten oder bei ihrer Krankenkasse erfragen.

Teil C: Qualitätssicherung

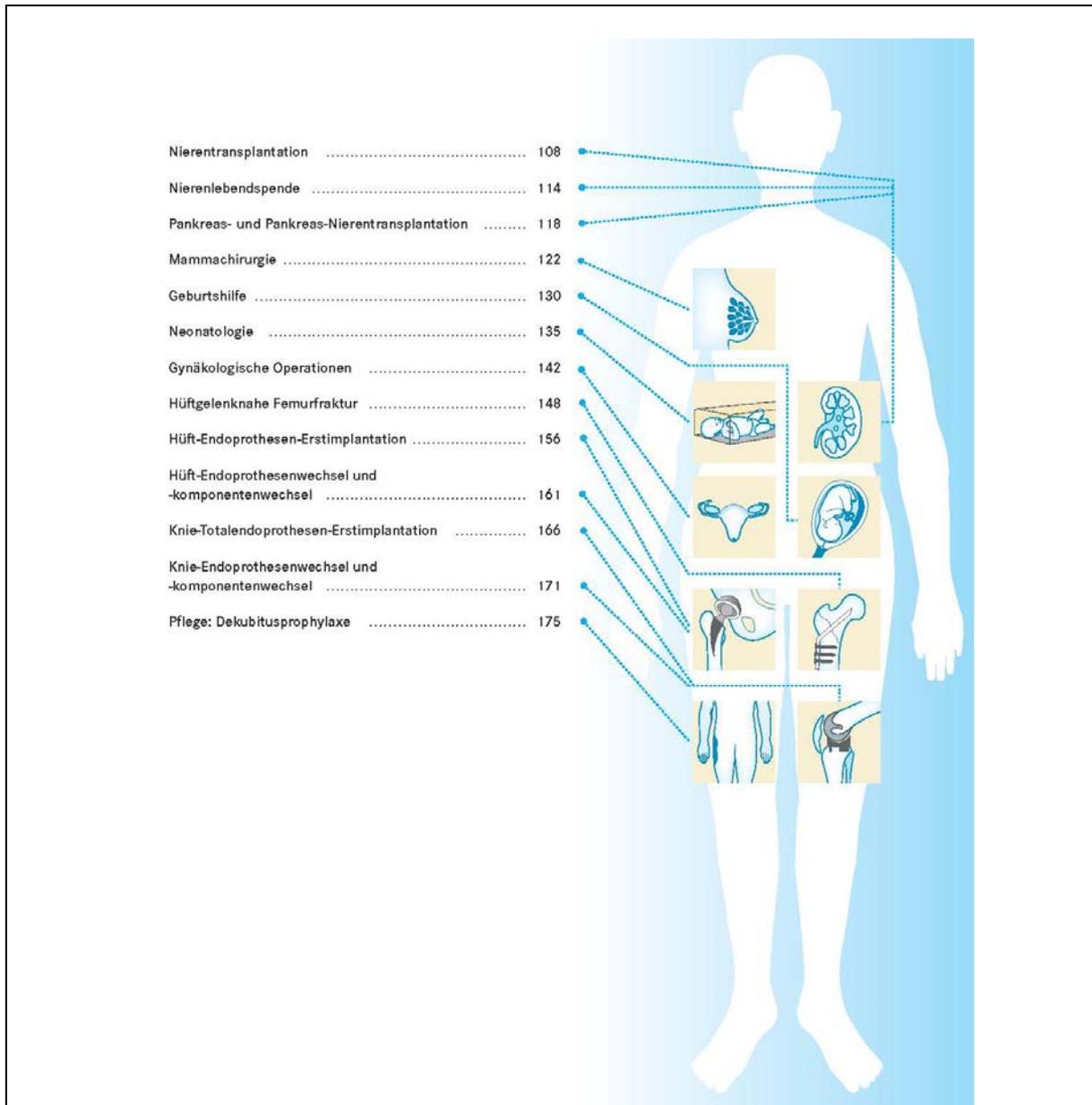
Dies ist der Kern des Qualitätsberichts: Hier geht es um die Bewertung der erbrachten Leistungen und weitere Maßnahmen der Qualitätssicherung. Im Jahr 2013 wurde die Qualität in 30 sogenannten Leistungsbereichen geprüft. In diesen Leistungsbereichen werden gleiche oder ähnliche medizinische und pflegerische Leistungen zusammengefasst. Insgesamt wurde in diesem Jahr die Qualität von etwa 20 Prozent der Krankenhausbehandlungen gemessen.

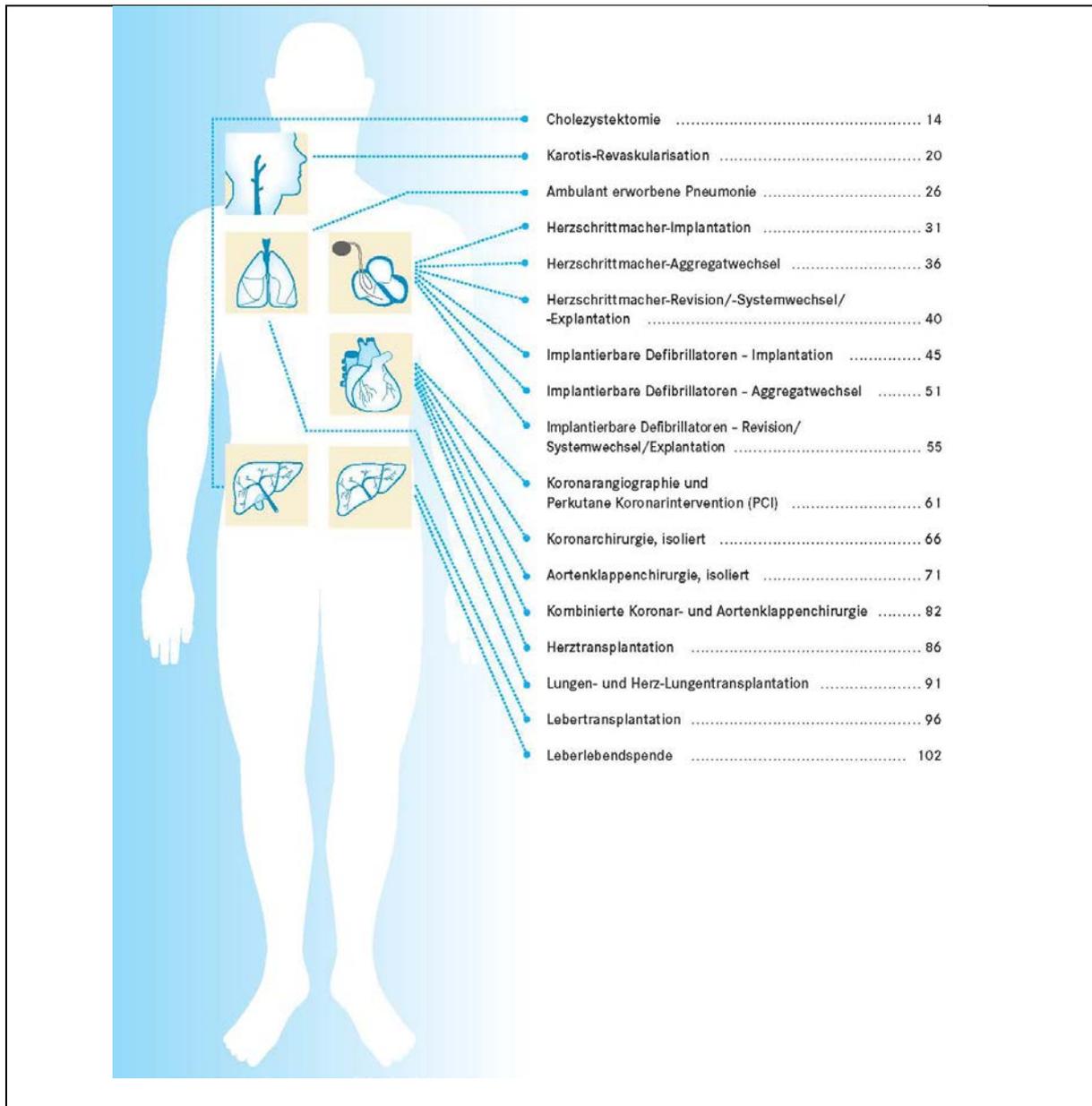
Zu den 30 Leistungsbereichen gehörten unter anderem:

- die Geburtshilfe und gynäkologische Operationen
- der Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüft- oder Kniegelenks
- der Einsatz eines Herzschrittmachers

- die Entfernung der Gallenblase
- die operative Behandlung von Brustkrebs
- die Operation an den Herzkranzgefäßen
- Lungen-, Herz- und Nierentransplantationen
- im Bereich Pflege das Vermeiden von Druckgeschwüren (Dekubitusprophylaxe)

In welchen Leistungsbereichen die Qualität geprüft wird, kann sich jedoch von Jahr zu Jahr ändern.





Quelle: Qualitätsreport 2013; Seiten 12 und 13

Grafik: Leistungsbereiche der Qualitätssicherung beispielhaft für das Berichtsjahr 2013

In den meisten Leistungsbereichen gibt es mehrere Aspekte, die dokumentiert werden müssen. Diese Aspekte heißen Qualitätsindikatoren und helfen, die Qualität zu messen und zu bewerten. Die Qualitätsindikatoren beruhen auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und wurden vorab festgelegt. Für jeden Qualitätsindikator muss ein Krankenhaus seinen Wert ermitteln.

Der Wert eines Qualitätsindikators wird dann mit dem Referenzbereich verglichen. Auch der Referenzbereich wird anhand von wissenschaftlichen Untersuchungen und Leitlinien ermittelt. Er gibt vor, in welchem Bereich das Ergebnis liegen soll: Liegt es innerhalb des Referenzbereichs, spricht das für eine gute oder „normale“ Qualität (siehe auch Kapitel 4).

Ein Beispiel aus dem Bereich Lungenentzündung:

Wenn jemand aufgrund einer Lungenentzündung ins Krankenhaus kommt, soll bei der Aufnahme die Zahl der Atemzüge pro Minute gemessen werden. Grundlage für diese Festlegung sind wissenschaftliche Untersuchungen, nach denen sich anhand der Atemfrequenz einschätzen lässt, wie schwer eine Lungenentzündung ist. Die Schwere der Lungenentzündung ist wiederum wichtig für die Planung der Behandlung. Wie oft in einem Krankenhaus die Atemfrequenz gemessen wird, wenn jemand mit einer Lungenentzündung aufgenommen wird, ist somit ein Qualitätsindikator: ein Messinstrument für die Qualität eines Krankenhauses in diesem Bereich.

Angenommen, ein Krankenhaus nimmt insgesamt 100 Menschen mit einer Lungenentzündung auf. Bei 99 von ihnen wird anfangs die Zahl der Atemzüge pro Minute gemessen. Der Wert des Krankenhauses liegt somit bei 99/100 oder 99 Prozent für diesen Qualitätsindikator. Der Referenzbereich wurde auf mindestens 98 festgelegt. Das heißt, das Krankenhaus liegt mit 99 Prozent im Referenzbereich und über der Schwelle – ein gutes Ergebnis.

Weitere Beispiele für Qualitätsindikatoren verschiedener Leistungsbereiche:

- Frühgeburt: Wie oft ist bei Frühgeburten eine Kinderärztin oder ein Kinderarzt anwesend?
- Einsetzen eines Herzschrittmachers: Wie lange dauert der Eingriff? Wie viele Menschen sterben dabei?
- Gallenblasenentfernung: Wie oft machen Komplikationen einen erneuten Eingriff erforderlich?
- Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks: Wie häufig kommt es nach der Operation zu einer Ausrenkung des künstlichen Gelenks? Wie häufig infiziert sich die Wunde?

Zu den weiteren Maßnahmen der Qualitätssicherung gehören unter anderem Disease-Management-Programme (DMP). Solche Programme gibt es für Menschen, die eine chronische Krankheit haben, zum Beispiel Asthma, Brustkrebs oder Diabetes. An welchen DMP ein Krankenhaus teilnimmt, gibt es ebenfalls im Teil C des Qualitätsberichts an.

Da man davon ausgeht, dass bestimmte Krankenhausbehandlungen bessere Ergebnisse erzielen, wenn sie häufig gemacht werden, gibt es Mindestmengenregelungen. Sie schreiben vor, dass ein Krankenhaus bestimmte Eingriffe und andere Therapien nur machen darf, wenn es pro Jahr eine bestimmte Mindestzahl von Behandlungsdurchführt.

Mindestmengenregelungen gibt es zum Beispiel für das Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks, große Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse und die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem sehr geringen Geburtsgewicht. Wenn es in einem Bereich eine Mindestmengenregelung gibt, wird sie in diesem Teil des Qualitätsberichts genannt.

Außerdem gibt es bei bestimmten Behandlungen besondere Anforderungen an die Ausstattung eines Krankenhauses. Diese Anforderungen legt der Gemeinsame Bundesausschuss in Struktur-Richtlinien fest. Solche Richtlinien gibt es zum Beispiel für die Behandlung krebskranker Kinder und Jugendlicher, die Protonentherapie bei Dickdarmkrebs und die Versorgung Früh- und Neugeborener. Sie regeln zum Beispiel, welche Weiterbildung Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte haben müssen, wie viele Intensivtherapieplätze erforderlich sind und wie die Intensivstation ausgestattet sein muss. Wenn ein Krankenhaus diese Anforderungen erfüllt, wird dies ebenfalls im Qualitätsbericht erfasst.

Kapitel 3: So funktionieren Krankenhaus-Suchmaschinen

Wie kann man suchen und vergleichen?

Wer ein Krankenhaus sucht und verschiedene Häuser miteinander vergleichen möchte, muss nicht unbedingt mehrere Qualitätsberichte lesen. Wesentlich komfortabler sind Krankenhaus-Suchmaschinen, auch Krankenhaus-Vergleichsportale genannt. Davon gibt es im Internet eine ganze Reihe. Sie werden zum Beispiel von gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden angeboten, aber auch von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, privaten Krankenversicherern und großen Patienten- und Verbraucherorganisationen in Kooperation mit der Bertelsmann Stiftung. Der Gemeinsame Bundesausschuss bietet auf seiner Internetseite eine Übersicht: Unter www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/qualitaetsbericht/suche/ können einzelne Krankenhaus-Suchmaschinen direkt aufgerufen werden.

In einem ersten Schritt kann man bei einer Krankenhaus-Suchmaschine eine Stadt oder Postleitzahl eingeben sowie die Erkrankung oder die geplante Behandlung. Die Suche nach einer Stadt oder Postleitzahl kann auch mit einem ICD- oder OPS-Kode kombiniert werden. Der richtige ICD- oder OPS-Kode (siehe auch Erläuterung weiter oben) kann auch mit Hilfe der Krankenhaus-Suchmaschine gefunden werden. Die meisten Suchmaschinen bieten hierzu Hilfen an. Dann wird eine Liste mit Krankenhäusern angezeigt, die die gesuchte Behandlung anbieten. Hier finden sich auch Angaben dazu, wie weit ein Krankenhaus von dem gesuchten Ort entfernt ist, wie viele Menschen dort behandelt wurden, über welche Geräte ein Krankenhaus verfügt und wie es in den verschiedenen Bereichen der Qualitätssicherung abgeschnitten hat.

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es?

Grundlage aller Krankenhaus-Suchmaschinen sind die Daten der Qualitätsberichte. Wie die Suche beginnt und wie die Ergebnisse dargestellt werden, kann jedoch von Suchmaschine zu Suchmaschine unterschiedlich sein. Dadurch können auch die Suchergebnisse etwas voneinander abweichen. In den Suchmaschinen werden die Daten der Qualitätsberichte außerdem häufig durch weitere Informationen ergänzt. So gibt es zum Beispiel Angaben zu Patientenbewertungen, die zum Beispiel auf Versichertenbefragungen verschiedener Krankenkassen basieren. Aufgrund dieser Unterschiede kann es sich lohnen, verschiedene

Krankenhaus-Suchmaschinen auszuprobieren.

Patientinnen und Patienten, Angehörige und überweisende Ärztinnen und Ärzte können bei der Suche selbst entscheiden, was ihnen wichtig ist, etwa

- die Nähe zum Wohnort,
- die Geräteausstattung,
- die Patientenbewertung,
- eine Spezialisierung oder
- das Ergebnis der Qualitätssicherung.

Mithilfe der Krankenhaus-Suchmaschinen sind die Ergebnisse der Krankenhäuser leichter vergleichbar und auch leichter verständlich. Je nach Interesse kann man sich auch sehr detailliert informieren.

Suchbeispiel: Entfernung der Gallenblase

Eine Frau hat Gallensteine, die starke Schmerzen verursachen, sodass die Gallenblase entfernt werden muss. Sie sucht ein Krankenhaus in der Nähe, das bei der Gallenblasenentfernung gut abschneidet.

- Die Patientin gibt zuerst das Stichwort „Gallenblasenentfernung“ ein oder den OPS-Kode 5-511 und einen Ort.
- Es öffnet sich eine Liste mit Krankenhäusern in der gewählten Region.
- Die Patientin kann hier Krankenhäuser auswählen, um mehr über sie zu erfahren, etwa: Wie vielen Menschen wurde in einem Krankenhaus die Gallenblase entfernt? Gehört die Leber-, Gallen-, Bauchspeicheldrüsenchirurgie (Pankreaschirurgie) zum medizinischen Leistungsangebot der Fachabteilungen?
- Unter dem Stichwort „Qualitätsindikatoren“ oder „Gesetzliche Qualitätssicherung“ findet die Patientin die Qualitätsergebnisse der zuvor ausgewählten Krankenhäuser bei der Gallenblasenentfernung, zum Beispiel, wie oft welche Komplikationen aufgetreten sind.
- Unter dem Stichwort „Personal“ oder „Ärztliche Qualifikation“ kann sie herausfinden, ob das Krankenhaus Ärztinnen oder Ärzte beschäftigt, die in Allgemeinchirurgie oder Bauchchirurgie qualifiziert sind.

Suchbeispiel: Künstliches Hüftgelenk

Ein Mann hat Arthrose und beim Gehen starke Schmerzen. Sein Arzt empfiehlt ihm, sich ein künstliches Hüftgelenk einsetzen zu lassen. Vielleicht ist es dem Mann besonders wichtig, nach der OP schnell wieder mobil zu sein. Deshalb möchte er wissen, in welchem

Krankenhaus der Anteil der Menschen hoch ist, die durch die Operation wieder eine gute Beweglichkeit erreichen.

- Der Mann gibt in einer Krankenhaus-Suchmaschine entweder die Erkrankung („Gelenkverschleiß des Hüftgelenks“ – ICD-Kode M16) ein oder die geplante Behandlung („operatives Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks“ – OPS-Kode 5-820) und kombiniert dies mit einem Ort oder einer Postleitzahl.
- Unter dem Stichwort „Qualitätssicherung“ oder „Qualitätsindikator“ sieht er dann in der Trefferliste, in welchem Krankenhaus der Wert für die Beweglichkeit des künstlichen Hüftgelenks besonders gut ist. Auch wo eine Ausrenkung des neuen Gelenks besonders selten vorkommt, ist hier ersichtlich.

Kapitel 4: Die schwierige Frage der Qualität

Was ist Qualität?

Ob eine Behandlung erfolgreich ist, hängt unter anderem davon ab, ob Ärztinnen und Ärzte bestimmte Standards beachten. Beispielsweise, ob sie rund um bestimmte Operationen oder Eingriffe Antibiotika geben, um Infektionen zu verhindern. Oder ob sie einen ausreichend breiten Sicherheitsabstand zwischen dem Tumor und dem umliegenden Gewebe einhalten, wenn sie eine Krebsgeschwulst entfernen. Gute Qualität bedeutet in der Medizin unter anderem, dass Komplikationen möglichst vermieden werden und dass die Behandlung zum richtigen Zeitpunkt begonnen wird. Damit ein Herzschrittmacher seinen Zweck erfüllen kann, muss er zum Beispiel rechtzeitig eingesetzt werden. Zudem dürfen die dazugehörigen Sonden nicht verrutschen. Solche Komplikationen müssen die Krankenhäuser dokumentieren. Daher sagt etwa der Qualitätsindikator „Komplikationen während oder nach dem Einsetzen eines Herzschrittmachers“ etwas über die Qualität der Behandlung aus.

Doch ob ein kranker Mensch gesund wird, wird nicht allein vom Können der Ärztinnen und Ärzte oder von einem standardisierten Vorgehen bestimmt. Die gleiche medizinische Behandlung kann bei verschiedenen Menschen unterschiedlich wirken. Manche Menschen haben etwa Begleiterkrankungen wie Diabetes oder Bluthochdruck, sodass ihr Risiko für Komplikationen erhöht ist. Für das Ergebnis spielt auch eine Rolle, ob jemand die Behandlung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wie vorgesehen fortführt. In welcher Verfassung jemand ins Krankenhaus kommt, ist ebenfalls von Bedeutung. Auf all diese Faktoren hat ein Krankenhaus in der Regel wenig Einfluss. Um dennoch einen fairen Vergleich zwischen Krankenhäusern zu ermöglichen, versuchen Fachleute, Unterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten verschiedener Krankenhäuser mithilfe von statistischen Berechnungen, der sogenannten „Risikoadjustierung“, auszugleichen.

Was bedeutet „rechnerisch auffällig“?

Ob die gemessenen Qualitätsergebnisse gut oder weniger gut sind, lässt sich nur im Vergleich bestimmen. Daher gibt es für Qualitätsindikatoren sogenannte Referenzbereiche. Ein

Referenzbereich ist ein Korridor, innerhalb dessen die Qualität als vergleichsweise gut gilt, oder als Wert, der nicht über- oder unterschritten werden darf. Dieser wird auf Basis von wissenschaftlichen Untersuchungen und Leitlinien festgelegt und orientiert sich am durchschnittlichen Ergebnis aller Krankenhäuser in Deutschland. Ein Ergebnis innerhalb des Referenzbereichs ist „rechnerisch unauffällig“. Ein Wert außerhalb des Referenzbereichs ist „rechnerisch auffällig“ und wird näher analysiert.

Beispiele für Referenzbereiche

- **Sterblichkeit bei einer Lungenentzündung:** Eine Lungenentzündung kann insbesondere bei älteren Menschen und Personen mit anderen schweren Erkrankungen lebensbedrohlich werden. Aber auch eine unzureichende Behandlung kann die Sterblichkeit erhöhen. Wie viele Menschen in einem Krankenhaus an einer Lungenentzündung sterben, ist daher ein Qualitätsindikator: Bei einer außerhalb des Krankenhauses erworbenen Lungenentzündung liegt der Referenzbereich für die Sterblichkeit bei 0 bis 13,8 Prozent. Wenn in einem Krankenhaus 8 Prozent der erkrankten Menschen an einer Lungenentzündung sterben, ist das Ergebnis „rechnerisch unauffällig“: Es liegt im Referenzbereich.
- **Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks:** Wenn ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wird, kann sich die Wunde entzünden. Dies soll jedoch bei möglichst wenigen Menschen passieren. Daher gilt es als gute Qualität, wenn es bei weniger als 3 Prozent der Patientinnen und Patienten zu einer Entzündung kommt. Wenn sich in einem Krankenhaus bei 4 Prozent der Menschen die Wunde entzündet, gilt dieses Ergebnis als „rechnerisch auffällig“. Es liegt außerhalb des Referenzbereichs und führt zu einer Überprüfung.

Qualitätsindikatoren als Messinstrumente

Bei 19 Millionen Krankenhausbehandlungen pro Jahr wird die Qualität gemessen. Dies geschieht mithilfe sogenannter Qualitätsindikatoren, die anzeigen, ob ein Krankenhaus in einem Leistungsbereich besser oder schlechter arbeitet als ein anderes. In den Qualitätsberichten für das Jahr 2013 werden insgesamt 295 Qualitätsindikatoren dargestellt. Sie werden ständig überprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt. In der externen Qualitätssicherung gibt es für das Jahr 2013 insgesamt 434 Qualitätsindikatoren, aber nicht alle sind zur Veröffentlichung bestimmt. Der Grund: Sie wurden ursprünglich entwickelt, um das interne Qualitätsmanagement der Krankenhäuser zu verbessern. Daher sind nicht alle Qualitätsindikatoren für Patientinnen und Patienten nachvollziehbar und bedeutsam. Zudem werden Qualitätsindikatoren ausgewählt, die einen möglichst fairen Vergleich zwischen den Krankenhäusern ermöglichen.

Wie werden Daten gesammelt und ausgewertet?

Die Krankenhäuser müssen die Daten zu den einzelnen Qualitätsindikatoren für jede Patientin und jeden Patienten dokumentieren. Diese Angaben übermitteln sie an die mit der Qualitätssicherung beauftragten Stellen auf Bundes- und Landesebene.

Die Daten für häufigere Behandlungen gehen an die Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung. Expertengremien werten dort die Ergebnisse aus und leiten qualitätsverbessernde Maßnahmen ein, wenn das erforderlich sein sollte.

Bei selteneren Eingriffen wie Transplantationen und Organspenden werden die Daten direkt an das auf Qualitätssicherung spezialisierte Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gesendet. Auch auf der Bundesebene werden die Daten von Expertengremien bewertet und bei Bedarf Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung eingeleitet.

Für eine Bundesauswertung werden alle Daten an das IQTIG geschickt und in einem jährlichen Qualitätsreport veröffentlicht.

Bei auffälligen Ergebnissen: Der Strukturierte Dialog

Wenn die Ergebnisse eines Krankenhauses von den Qualitätsvorgaben abweichen, beginnt ein festgelegtes Verfahren, um die Ursachen aufzuklären. Dieses Verfahren wird „Strukturierter Dialog“ genannt, weil die mit der Qualitätssicherung beauftragten Stellen auf Bundes- und Landesebene und das Krankenhaus zusammenarbeiten müssen.

Manchmal reicht es aus, wenn die mit der Qualitätssicherung beauftragten Stellen auf Bundes- und Landesebene ein Krankenhaus auf Auffälligkeiten hinweisen. Dies ist zum Beispiel möglich, wenn sich ein Krankenhaus seit dem letzten Jahr verbessert, den Referenzbereich aber noch nicht ganz erreicht hat. Dann wird der sogenannte Strukturierte Dialog beendet und das Vorgehen in einem Kommentar begründet.

In allen anderen Fällen beginnt der Strukturierte Dialog mit der Ursachenforschung. Die mit der Qualitätssicherung beauftragten Stellen auf Bundes- und Landesebene fordern das Krankenhaus auf, eine Stellungnahme abzugeben. Auf diese Weise wird versucht zu klären, was die Auffälligkeit verursacht hat: Kann das Krankenhaus gute Gründe für die Abweichung nennen? Oder wurden tatsächlich Qualitätsstandards nicht eingehalten oder handelt es sich um einen Fehler bei der Dokumentation? Diese Fragen muss das Krankenhaus beantworten. Wenn es die Auffälligkeiten erklären kann oder nachweist, dass das Qualitätsproblem bereits erkannt und behoben wurde, wird der Strukturierte Dialog eingestellt.

Können die Zweifel an der Qualität der Einrichtung durch die Stellungnahme jedoch nicht ausgeräumt werden, sieht der Gemeinsame Bundesausschuss folgende Möglichkeiten vor:

- Die Fachleute des prüfenden Instituts laden Vertreter des Krankenhauses oder der Abteilung zu einem Gespräch ein.
- Die Prüferinnen und Prüfer vereinbaren einen Termin vor Ort im Krankenhaus.
- Die mit der Qualitätssicherung beauftragten Stellen auf Bundes- und Landesebene können auch Empfehlungen aussprechen. Sie können mit dem Krankenhaus konkrete Ziele zur Qualitätsverbesserung vereinbaren und diese überprüfen.

Im Qualitätsbericht der Krankenhäuser werden im Abschnitt C für jeden Leistungsbereich die Qualitätsindikatoren dargestellt und bewertet. Hier wird auch das Ergebnis der externen Prüfung vermerkt:

- Bei einem Ergebnis, das im Referenzbereich liegt, kann es dort heißen: „Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich“.
- Wenn abweichende Ergebnisse festgestellt wurden, deren Ursache aber geklärt wurde und kein Qualitätsproblem mehr besteht, heißt es „Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig“.
- Die Formulierung „Bewertung nach Strukturiertem Dialog qualitativ auffällig“ macht deutlich, dass es im Krankenhaus Qualitätsmängel gibt.

Darstellung von Krankenhausqualität in den Suchmaschinen

Die Ergebnisse der Qualitätssicherung lassen sich auch in den Krankenhaus-Suchmaschinen finden. In einigen Suchmaschinen werden sie beispielsweise zusätzlich mit Ampel- oder Sternchensystemen verständlich dargestellt. Informationen zu den Bedeutungen der Symbole sind in den Suchmaschinen jeweils erläutert. Unter dem Menüpunkt „Gesetzliche Qualitätssicherung“ oder „Qualitätsindikator“ erfährt man, ob ein Krankenhaus nach dem Strukturierten Dialog etwa bei bestimmten Eingriffen eine höhere Komplikationsrate hat als andere Krankenhäuser.

Unabhängig von der Kennzeichnung werden drei Ergebniskategorien unterschieden:

- „Ergebnis qualitativ unauffällig“, d. h. das Ergebnis des Krankenhauses bei diesem Qualitätsindikator liegt im Referenzbereich.
- „Ergebnis qualitativ auffällig“, d. h. das Ergebnis des Krankenhauses bei diesem Qualitätsindikator liegt außerhalb des Referenzbereichs.
- Eine Bewertung ist nicht vorgesehen, nicht möglich oder nicht abgeschlossen.

Es können in den Suchmaschinen nur Ergebnisse zu Behandlungen dargestellt werden, die zu den Leistungsbereichen der Qualitätssicherung gehören. Mandeloperationen gehören zurzeit zum Beispiel nicht dazu: Wenn also einem Kind die Mandeln herausgenommen werden sollen, lassen sich über ein Krankenhaus-Suchportal keine Qualitätsinformationen finden.

Und wenn der Qualitätsbericht unvollständig oder fehlerhaft ist?

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat 2013 beschlossen, dass zukünftig bekannt gemacht wird, wenn ein Krankenhaus seiner Pflicht zur Lieferung der Qualitätsberichte nicht ordnungsgemäß nachkommt. Der Gemeinsame Bundesausschuss erstellt erstmals 2016 jährlich eine Liste mit Krankenhäusern, die keine Daten geliefert haben. Liefert das Krankenhaus ein zweites Mal nicht, hat das finanzielle Folgen: Dann wird ein Qualitätssicherungsabschlag fällig. Übermittelt das Krankenhaus wiederholt keine Daten, vergrößert sich der Betrag. Auch eine lückenhafte Dokumentation hat Folgen.

Die mit der Qualitätssicherung beauftragten Stellen auf Bundes- und Landesebene gehen auch der Frage nach, ob die von den Krankenhäusern gelieferten Daten den Tatsachen entsprechen: Jedes Jahr werden Krankenhäuser stichprobenhaft in ausgewählten Bereichen auf die Vollständigkeit und Richtigkeit ihrer Angaben geprüft.

Weitere Informationen

Kurzinformation zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser für Patientinnen und Patienten:

- www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/qualitaetsbericht/flyer/

Überblick über verschiedene Krankenhaus-Suchmaschinen:

- www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/qualitaetssicherung/qualitaetsbericht/suche/

Datenbank mit den vollständigen Qualitätsberichten der Krankenhäuser:

- www.g-ba-qualitaetsberichte.de

Übersicht über alle Qualitätsindikatoren mit allgemein verständlicher Übersetzung:

- www.iqtig.org

Allgemein verständliche Informationen zu Erkrankungen, Untersuchungen und Behandlungen:

- www.gesundheitsinformation.de

Patientinnen und Patienten, die sich Unterstützung bei der Auswahl eines Krankenhauses wünschen, können sich auch an

- ihre Haus- oder Facharztpraxis,
- ihre Krankenkasse oder
- die Unabhängige Patientenberatung Deutschland UPD (www.patientenberatung.de)

wenden.

Anhang

Die Leistungsbereiche der Qualitätssicherung für das Jahr 2013

Halsschlagader

- Karotis-Revaskularisation: Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader

Lunge

- Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation
- Ambulant erworbene Pneumonie: Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung

Brust

- Mammachirurgie: Operation an der Brust

Herz

- Herzschrittmacher-Implantation: Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers
- Herzschrittmacher-Aggregatwechsel: Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)
- Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation: Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers
- Implantierbare Defibrillatoren–Implantation: Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
- Implantierbare Defibrillatoren–Aggregatwechsel: Wechsel des Schockgebers zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)
- Implantierbare Defibrillatoren–Revision/Systemwechsel/Explantation: Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen
- Koronarangiografie und Perkutane Koronarintervention (PCI): Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)
- Aortenklappenchirurgie, isoliert: Ersatz der Aorten-Herzklappe
- Koronarchirurgie, isoliert: Operation an den Herzkranzgefäßen (offen chirurgisch)
- Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe

- Herztransplantation

Bauchspeicheldrüse

- Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation: Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation

Leber

- Leberlebendspende: Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)
- Lebertransplantation

Gallenblase

- Cholezystektomie: Gallenblasenentfernung

Niere

- Nierenlebendspende: Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)
- Nierentransplantation

Frauenheilkunde (Gynäkologie)

- Gynäkologische Operationen

Versorgung von Schwangeren und Babys (Perinatalmedizin)

- Geburtshilfe
- Neonatologie: Versorgung von Frühgeborenen

Hüfte

- Hüftgelenknahe Femurfraktur: Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks
- Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation: Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
- Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel: Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile

Knie

- Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation: Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

- Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel: Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile

Pflege

- Dekubitusprophylaxe: Vorbeugung eines Druckgeschwürs

Glossar

Stand: Januar 2016

Akademisches Lehrkrankenhaus: Ein (akademisches) Lehrkrankenhaus ist ein Krankenhaus, in dem Studierende der Medizin einen Teil ihrer praktischen Ausbildung absolvieren. Einige Universitäten haben ein eigenes Krankenhaus. Andere arbeiten mit mehreren Krankenhäusern zusammen, die jeweils einen Teil der praktischen Ausbildung übernehmen. Es werden vor allem fortgeschrittene Studierende betreut, insbesondere im Praktischen Jahr.

AQUA-Institut: Die Abkürzung AQUA-Institut steht für „Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen“, ein Beratungs- und Forschungsunternehmen. Das Institut wurde 2009 vom *Gemeinsamen Bundesausschuss* (G-BA) mit der Qualitätssicherung im Krankenhaus beauftragt. Es entwickelte Kriterien für die Qualitätssicherung und wertete Daten aus, die die Krankenhäuser jedes Jahr liefern müssen. Der Vertrag mit dem AQUA-Institut für die externe Qualitätssicherung endete am 31.12.2015. Der G-BA wird seitdem vom neu errichteten Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (*IQTIG*) unterstützt.

Besondere apparative Ausstattung: Je nach Krankheit können für eine Untersuchung oder Behandlung Geräte nötig sein, die nicht in jedem Krankenhaus vorhanden sind. Im ersten Teil des Qualitätsberichts können Krankenhäuser deshalb Apparate auflühren, die über die normale Ausstattung hinausgehen – zum Beispiel ein Beatmungsgerät für Frühgeborene oder einen Positronen-Emissions-Tomografen (PET).

Bettenzahl: Die Bettenzahl sagt etwas über die Größe eines Krankenhauses aus. Ein Krankenhaus in Deutschland verfügt durchschnittlich über 242 Betten. Nur knapp 5 Prozent der Krankenhäuser haben mehr als 800 Betten.

Bundesdurchschnitt: Der Bundesdurchschnitt hilft bei der Bewertung, wie ein Krankenhaus im Vergleich zu allen anderen abschneidet. Ein Beispiel: Im Durchschnitt erhalten 99 Prozent der Krankenhauspatientinnen und -patienten vorbeugend Antibiotika, bevor ihnen ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wird. Ein Krankenhaus mit einem Ergebnis von 98 Prozent liegt dann unter dem Bundesdurchschnitt. Die Abweichung ist jedoch nicht so groß, dass das Ergebnis „rechnerisch auffällig“ wäre. Denn für diese Einstufung ist der *Referenzbereich* entscheidend. Er dient dazu, unauffällige Qualitätsergebnisse von rechnerisch auffälligen und damit zu überprüfenden Ergebnissen zu unterscheiden.

Bei der vorbeugenden Gabe von Antibiotika liegt der Referenzbereich zum Beispiel bei mindestens 95 Prozent.

Datenschutz: Die Krankenhäuser müssen in ihren Qualitätsberichten für jede Fachabteilung angeben, wie oft ein Eingriff (beispielsweise der Einsatz eines Herzschrittmachers) durchgeführt wurde. Die Daten der Patientinnen und Patienten werden dabei anonymisiert – das heißt, es ist nicht ersichtlich, auf wen sich die Daten beziehen. Wenn weniger als vier Menschen behandelt wurden, wird die Patientenzahl in den Qualitätsberichten nicht angegeben. Der Grund: Bei einer so kleinen Patientenzahl ließe sich möglicherweise nachvollziehen, welche Personen sich hinter den Daten verbergen.

Diagnosen: Bei der Qualitätssicherung werden Erkrankungen („Diagnosen“) nach einer internationalen Klassifikation der Krankheiten eingeteilt. Damit kann sehr genau angegeben werden, warum jemand im Krankenhaus behandelt wurde. Die Krankheiten werden nach Körperregionen oder Krankheitsbereichen in Kapitel unterteilt (zum Beispiel Krankheiten des Auges oder des Muskel-Skelett-Systems) und dann innerhalb des Kapitels genauer benannt (zum Beispiel grauer Star oder Gelenkverschleiß) (siehe auch *ICD-Kode*).

Disease-Management-Programm (DMP): Ein DMP ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Menschen mit einer chronischen Krankheit (englisch: disease). Kernidee von DMPs ist es, den Patientinnen und Patienten die verschiedenen Behandlungsangebote koordiniert und abgestimmt anzubieten und sie bei der Mobilisierung von Eigeninitiative im Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen. Die Anforderungen an DMPs werden vom *Gemeinsamen Bundesausschuss* festgelegt und entsprechend aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse ständig weiterentwickelt. Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte werden geschult, damit es seltener zu Komplikationen und Folgeerkrankungen kommt. Krankenhäuser, die an einem DMP teilnehmen, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen und sich mit den einweisenden Ärztinnen und Ärzten abstimmen. Zurzeit gibt es DMP für Diabetes Typ 1, für Diabetes Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Dokumentationsrate: Krankenhäuser sind im Rahmen der Qualitätssicherung verpflichtet, bestimmte Leistungen zu dokumentieren. Die Dokumentationsrate ergibt sich aus dem

Abgleich zwischen den tatsächlich erbrachten Leistungen eines Krankenhauses mit den dokumentierten Qualitätsdaten.

In der *Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)* sind Sanktionsmechanismen gegenüber Krankenhäusern vorgesehen, die die geforderten Dokumentationsraten nicht erfüllen. Bei einer weitgehend vollzähligen Dokumentation kann davon ausgegangen werden, dass vom Krankenhaus auch Leistungen mit weniger guter Qualität abgebildet werden.

Einrichtungsinernes Qualitätsmanagement: Krankenhäuser sind gesetzlich zu einem einrichtungsinernen Qualitätsmanagement (QM) verpflichtet. Ziel dieses QM ist es, patientenorientiert zu arbeiten, Fehler zu vermeiden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu beteiligen und die Arbeit im Krankenhaus fortwährend zu verbessern. Im Qualitätsbericht sind die für das QM zuständigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner eines Krankenhauses anzugeben. Ein Krankenhaus kann dort auch beschreiben, mit welchen Maßnahmen es für eine gute Qualität sorgt.

Empirisch-statistische Bewertung: Nicht jedes Kriterium ist gleich gut geeignet, um die Behandlungsqualität verschiedener Krankenhäuser miteinander zu vergleichen. Deshalb werden alle Kriterien (die sogenannten *Qualitätsindikatoren*) jährlich statistisch und empirisch bewertet, um zu prüfen, ob sie auch für einen öffentlichen Qualitätsvergleich innerhalb der Qualitätsberichte der Krankenhäuser geeignet sind. Der *Gemeinsame Bundesausschuss* sieht nur diejenigen Qualitätsindikatoren verbindlich für die vergleichende Berichterstattung vor, die beispielsweise auch aufgrund ihrer Relevanz für die Behandlungsqualität und der Verständlichkeit des Indikators als „gut“ geeignet bewertet wurden. „Mäßig“ oder „schwach“ geeignete Qualitätsindikatoren werden für die Berichterstattung eingeschränkt oder gar nicht empfohlen.

Ergebnisqualität: Wie geht es einer Patientin oder einem Patienten am Ende eines Krankenhausaufenthalts? Wie ist das Ergebnis der Behandlung? Das sind zentrale Fragen der Qualitätssicherung hinsichtlich der „Ergebnisqualität“. Die Ergebnisqualität wurde im Jahr 2013 in 30 *Leistungsbereichen* gemessen, zum Beispiel in der Geburtshilfe und bei großen Operationen an der Bauchspeicheldrüse. Zusammen mit der *Strukturqualität* und der

Prozessqualität soll die Ergebnisqualität die verschiedenen Dimensionen der Qualität eines Krankenhauses abbilden.

Externe stationäre Qualitätssicherung: Bei der externen stationären Qualitätssicherung müssen Krankenhäuser ihre Behandlungsdaten in ausgewählten *Leistungsbereichen* dokumentieren und zur Auswertung an das *IQTIG* beziehungsweise die jeweilige *Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung* übermitteln. Die Ergebnisse werden den Krankenhäusern zurückgespiegelt. So hat jedes Krankenhaus die Möglichkeit, den eigenen Leistungsstand im Vergleich zu anderen einzuschätzen. Hat ein Krankenhaus ein rechnerisch auffälliges Ergebnis, kann dies ein Hinweis auf die Notwendigkeit qualitätsverbessernder Maßnahmen sein (siehe *Strukturierter Dialog*). Die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung werden einrichtungsübergreifend jährlich im *Qualitätsreport* dargestellt. Die einzelnen Krankenhäuser veröffentlichen ihre Ergebnisse zudem in ihren Qualitätsberichten.

Fachabteilung: Ein Krankenhaus ist in verschiedene Fachabteilungen gegliedert. Die Anzahl der Fachabteilungen hängt von der Größe des Krankenhauses ab. Fachabteilungen entsprechen in der Regel den medizinischen Fachbereichen – von der Anästhesie bis zur Orthopädie, von der Augenheilkunde bis zur Pathologie. Je nach Krankenhaus kann ein Bereich weiter unterteilt sein – die Chirurgie zum Beispiel in Herz-, Kinder- oder Unfallchirurgie.

Fallzahl: Die Fallzahl gibt an, wie viele Patientinnen und Patienten im Sinne von „Fällen“ pro Jahr in einem Krankenhaus behandelt worden sind. Dabei werden die Behandlungen gezählt – das heißt, wenn ein Patient zweimal im Krankenhaus war, sind das zwei „Fälle“. Im Jahr 2013 wurden in Deutschland 18,8 Millionen Menschen in einem Krankenhaus behandelt. In den Qualitätsberichten sind im Kapitel Qualitätssicherung die Fallzahlen für einzelne Eingriffe aufgelistet, etwa wie oft in einem Krankenhaus ein Herzschrittmacher implantiert oder eine Leber transplantiert wurde.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem. In ihm sind Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Krankenkassen und Patientinnen und Patienten vertreten.

Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte. Er legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden. Außerdem beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für Krankenhäuser und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Gesetzliche Qualitätssicherung: Der Gesetzgeber sieht im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verschiedene Maßnahmen vor, die die Qualität der medizinischen Leistungen sichern und weiterentwickeln sollen. Alle Krankenhäuser sind beispielsweise zur Teilnahme an der *externen stationären Qualitätssicherung*, zur Veröffentlichung von *Qualitätsberichten* und zur Etablierung eines *einrichtungswissenschaftlichen Qualitätsmanagements* verpflichtet.

Für die externe stationäre Qualitätssicherung müssen die Kliniken festgelegte Informationen weitergeben, etwa die Anzahl der Komplikationen bei bestimmten Operationen und wie oft notwendige Behandlungsschritte eingehalten wurden. 2013 wurden etwa 20 Prozent der Krankenhausbehandlungen für 30 ausgewählte Krankheitsbilder, der sogenannten *Leistungsbereiche* auf diese Weise überprüft.

Hauptdiagnosen nach ICD: Weil manche Menschen mehrere Erkrankungen haben, wird für die Qualitätssicherung im Krankenhaus die sogenannte Hauptdiagnose berücksichtigt. Damit ist die Erkrankung gemeint, die den Krankenhausaufenthalt erforderlich gemacht hat. Zu den häufigsten Hauptdiagnosen und damit zu den häufigsten Gründen für einen Krankenhausaufenthalt gehören zum Beispiel Herzschwäche, Schlaganfall, Bluthochdruck, Arthrose des Kniegelenks, Rückenschmerzen und Diabetes (siehe auch *ICD-Kode*).

IQTIG: Der *Gemeinsame Bundesausschuss* (G-BA) hat auf der Basis des § 137a Abs. 1 SGB V am 9. Januar 2015 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (*IQTIG*) gegründet. Das IQTIG erarbeitet im Auftrag des G-BA Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und wirkt an deren Umsetzung mit. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Entwicklung und Durchführung von Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln und der Publikation der Ergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form. Das Institut hat seinen Sitz in Berlin.

IQWiG: Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, kurz IQWiG, prüft im Auftrag des *Gemeinsamen Bundesausschusses* den Nutzen von neuen Arzneimitteln, die Vor- und Nachteile von Behandlungsmethoden und Untersuchungsverfahren. Es arbeitet fachlich unabhängig und evidenzbasiert, also gestützt auf wissenschaftliche Belege. Zudem stellt das IQWiG im Internet allgemein verständliche Gesundheitsinformationen zur Verfügung.

ICD-Kode: ICD ist die Abkürzung für „International Classification of Diseases“, eine internationale Klassifikation der Krankheiten. Mit Hilfe dieser Klassifikation werden Krankheiten systematisch eingeteilt – etwa für die Dokumentation der Behandlung und für die Abrechnung. Der ICD-Kode besteht aus Buchstaben und Zahlen und umfasst höchstens fünf Stellen. Zum Beispiel der Kode K80.0: K steht für Krankheiten des Verdauungssystems. K80 bezeichnet Krankheiten der Gallenblase. Die Folgeziffer 0 gibt an, dass es sich um Gallenblasensteine mit einer akuten Entzündung handelt. Für die deutsche Version des ICD ist das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zuständig, das auf seiner Website eine Kode-Suche anbietet: www.dimdi.de.

Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung: Das Gesundheitswesen ist in Deutschland weitgehend Ländersache. Daher gibt es in jedem Bundesland in der Regel eine Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung. In ihr arbeiten die Landesverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammen. Beteiligt sind auch die jeweiligen Ärztekammern, der Pflegerat und in einigen Ländern Patientenvertretungen. Sie bilden in den Landesgeschäftsstellen Expertengremien, die die Daten der Krankenhäuser auswerten und die Ergebnisse vergleichen. Bei auffälligen Ergebnissen führen die jeweiligen Expertengremien den Dialog mit den Krankenhäusern.

Leistungsbereich: In einem Leistungsbereich werden gleiche oder ähnliche medizinische und pflegerische Leistungen eines Krankenhauses zusammengefasst. Im Rahmen der Qualitätssicherung wurden die Behandlungsergebnisse 2013 in 30 Leistungsbereichen dokumentiert und geprüft. Dabei handelt es sich vor allem um häufige Behandlungen, bei denen es Hinweise auf mögliche Qualitätsmängel gibt. Für das Jahr 2013 mussten unter anderem folgende Leistungsbereiche dokumentiert werden: die Behandlung einer Lungenentzündung, Herzschrittmacher-Implantationen und die Versorgung von Neu- und Frühgeborenen.

Leitlinie: Leitlinien beschreiben, welches Vorgehen bei bestimmten gesundheitlichen Problemen angemessen ist. Sie haben den Charakter einer Entscheidungshilfe, vor allem für Ärztinnen und Ärzte. Ihr Ziel ist, für mehr Sicherheit bei der Wahl von Behandlungs- und Untersuchungsmethoden zu sorgen und so die Behandlung zu verbessern. Leitlinien werden systematisch entwickelt und sollten auf dem aktuellen Stand des Wissens basieren.

Mindestmengenregelung: Bestimmte Krankenhausbehandlungen scheinen bessere Ergebnisse zu erzielen, wenn sie häufig durchgeführt werden. Deshalb hat der *Gemeinsame Bundesausschuss* in einigen Bereichen sogenannte Mindestmengen festgelegt.

Krankenhäuser, in denen zum Beispiel früher dreimal pro Jahr eine Leber transplantiert wurde, dürfen diesen Eingriff heute in der Regel nicht mehr durchführen.

Mindestmengenregelungen gibt es zum Beispiel für das Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks, große Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse und die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem sehr geringen Geburtsgewicht. Wenn es in einem Bereich eine Mindestmengenregelung gibt, wird sie im Qualitätsbericht genannt.

Organisationseinheit: In den Qualitätsberichten werden alle *Fachabteilungen* und Organisationseinheiten eines Krankenhauses dargestellt. Eine Organisationseinheit kann eine medizinische Fachabteilung sein, die eigenständig geführt wird, etwa die Innere Medizin. Es kann sich aber auch um einen kleineren Bereich handeln, etwa um eine von drei Stationen der Fachabteilung für Innere Medizin. Auch ein Bereich wie die Anästhesie, die selbst keine Betten hat, kann eine Organisationseinheit sein.

OPS-Kode: OPS ist die Abkürzung für „Operationen- und Prozeduren-Schlüssel“. Darin sind alle Operationen und Behandlungsmaßnahmen systematisch erfasst. Der OPS umfasst sechs Kapitel, die nach Zahlen geordnet sind. Ein Kapitel umfasst zum Beispiel diagnostische Maßnahmen, ein anderes Medikamente. OPS 3-203 steht zum Beispiel für eine Computertomografie von Wirbelsäule und Rückenmark. Den größten Umfang hat das Kapitel 5, das die Operationen verschlüsselt. Ein Beispiel: Der OPS-Kode 5-526.21 steht für eine Operation (5-) an der Bauchspeicheldrüse (52) mittels Endoskop (6), bei der Steine (2) mittels Ballonkatheter (1) entfernt werden. Der Operationen-Schlüssel ist die Grundlage für die Kostenabrechnung der Krankenhäuser und gilt auch für ambulante Operationen.

Patientenfürsprecherin/Patientenfürsprecher: Die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher eines Krankenhauses prüfen Anregungen und Beschwerden von Patientinnen und Patienten und geben diese an das Krankenhaus weiter. Man kann sich mit ganz unterschiedlichen Fragen an sie wenden, etwa bei Problemen mit den Besuchszeiten, der Pflegequalität oder dem Essen. Die meisten Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher sind ehrenamtlich tätig.

Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement: Das Sozialgesetzbuch verpflichtet alle Krankenhäuser, ihre Qualität intern zu prüfen. Zu diesem *einrichtungswissenschaftlichen Qualitätsmanagement* gehört auch ein patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement. Dies soll sicherstellen, dass Lob und Kritik von Patientinnen und Patienten systematisch erfasst und berücksichtigt werden, um die Qualität zu verbessern. Ansprechpartnerinnen und -partner für das Lob- und Beschwerdemanagement werden in den Qualitätsberichten genannt.

Prozeduren nach OPS: Wer ins Krankenhaus kommt, muss nicht immer operiert werden. Alle medizinischen Maßnahmen jenseits einer Operation werden als „Prozeduren“ bezeichnet. Darunter fallen etwa Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren (zum Beispiel: Röntgen, Ultraschall, medikamentöse Behandlungen und Bewegungstherapien. Diese medizinischen Maßnahmen werden nach einem internationalen Standard klassifiziert: dem Operationen- und Prozeduren-Schlüssel, kurz OPS. Den allergrößten Teil des OPS machen allerdings Operationen aus (siehe auch *OPS-Kode*).

Prozessqualität: Wie gut die Abläufe im Krankenhaus funktionieren, gilt als eine von mehreren Voraussetzungen für Qualität. Die Prozessqualität betrifft alle Vorgänge in einem Krankenhaus – die Aufklärung der Patientinnen und Patienten, den Ablauf einer Operation oder Untersuchung, die Art der Pflege. Ein Kriterium für die Prozessqualität ist, ob festgelegt ist, welche Arbeitsschritte erforderlich sind und ob ein Prozess auch tatsächlich wie vorgesehen abläuft. Zusammen mit der *Strukturqualität* und der *Ergebnisqualität* soll die Prozessqualität die Qualität eines Krankenhauses abbilden.

Qualitätsbericht: Qualitätsberichte informieren über die Struktur eines Krankenhauses, seine Leistungsangebote und über Behandlungsergebnisse in einzelnen *Leistungsbereichen*. Sie sollen die Arbeit der Krankenhäuser transparent machen und vor allem Patientinnen und

Patienten sowie einweisenden Ärztinnen und Ärzten bei der Suche nach einer passenden Klinik helfen. Auch die Krankenhäuser selbst können die Daten nutzen, um ihre Ergebnisse mit denen anderer Häuser zu vergleichen. Alle Krankenhäuser, die gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten behandeln, müssen seit 2005 Qualitätsberichte vorlegen. Seit dem Berichtsjahr 2012 sind jährliche Qualitätsberichte vorgeschrieben.

Qualitätsindikator:

Qualitätsindikatoren sind Instrumente, mit deren Hilfe relevante Aspekte der Behandlungsqualität gemessen werden können. Sie können die *Struktur-*, die *Prozess-* und die *Ergebnisqualität* eines *Leistungsbereichs* betreffen. Die über die Qualitätsindikatoren erfassten Werte können Aufschluss darüber geben, ob die Behandlungsqualität in einem Krankenhaus sich verbessert oder verschlechtert hat. Welche Qualitätsindikatoren verwendet werden, entscheidet der *Gemeinsame Bundesausschuss*. Ein unabhängiges Institut, das IQTIG, entwickelt die Qualitätsindikatoren in dessen Auftrag auf Grundlage der aktuellen Forschung. Für das Jahr 2013 gab es insgesamt 434 Qualitätsindikatoren in der externen Qualitätssicherung. Die Ergebnisse von 295 Indikatoren wurden in den Qualitätsberichten veröffentlicht. Meist gibt es mehrere Qualitätsindikatoren für einen Leistungsbereich. Im Leistungsbereich „Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks“ gibt es zum Beispiel einen Qualitätsindikator, der misst, wie oft vor der Operation vorbeugend Antibiotika gegeben wurde.

Qualitätsreport: Der Qualitätsreport ist ein Report über die Krankenhausqualität in Deutschland, für den jährlich mehrere Millionen Datensätze aus allen Krankenhäusern ausgewertet werden. Der Report fasst die Ergebnisse der *externen stationären Qualitätssicherung* für die interessierte (Fach-)Öffentlichkeit zusammen und wird im Auftrag des *Gemeinsamen Bundesausschusses* von einem unabhängigen Institut, dem *IQTIG*, erstellt. Der Qualitätsreport kann aufzeigen, wenn es in bestimmten Bereichen Qualitätsdefizite, aber auch -verbesserungen gibt. Die Auswertung geschieht anonymisiert, das heißt, die Krankenhäuser werden nicht namentlich genannt.

Referenzbereich: Der Referenzbereich ist ein festgelegter Toleranzbereich für die Qualitätsmessung. Ein Referenzbereich wird für die meisten Qualitätsindikatoren festgelegt. Ein Beispiel: Wer mit einem Bruch des Oberschenkelknochens ins Krankenhaus kommt,

sollte nicht länger als 48 Stunden auf eine Operation warten müssen. Der Referenzbereich gibt an, bei wie vielen Patientinnen und Patienten diese Vorgabe höchstens überschritten werden darf. Er liegt bei einem Bruch des Oberschenkelknochens bei höchstens 15 Prozent. Wurden zum Beispiel 10 Prozent der Menschen erst nach 48 Stunden operiert, liegt das Ergebnis im Referenzbereich. Es ist „rechnerisch unauffällig“. Mussten in einem Krankenhaus hingegen 17 Prozent aller Betroffenen mehr als 48 Stunden warten, liegt das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs. Das Ergebnis ist „rechnerisch auffällig“ und wird genauer hinterfragt, da es Rückschlüsse auf mangelnde Qualität geben kann.

Referenzbericht: Die Krankenhäuser müssen ihre Qualitätsberichte als maschinenlesbare Version im XML-Format übermitteln. Das ist eine spezielle Computersprache, die für den Datenaustausch verwendet wird und schwer lesbar ist. Die vollständigen Originalversionen der Qualitätsberichte sollen aber auch öffentlich zugänglich sein. Deshalb unterhält der Gemeinsame Bundesausschuss eine Datenbank, die die XML-Versionen in lesbare PDF-Dateien umwandelt und zum Download anbietet. Diese sogenannten Referenzberichte sind auf der Website des Gemeinsamen Bundesausschusses abrufbar.

Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie: Wenn ein psychiatrisches Krankenhaus oder eine psychiatrische Abteilung gesetzlich verpflichtet ist, psychisch kranke Menschen aus einer bestimmten Region aufzunehmen, spricht man von einer „regionalen Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie“. Hat ein Krankenhaus eine solche Verpflichtung, wird das im Qualitätsbericht angegeben. Es benötigt dafür eine besondere Fachkompetenz. Psychisch kranke Menschen können jedoch unabhängig davon auch ein anderes psychiatrisches Krankenhaus wählen.

Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL): Die QSKH-Richtlinie regelt die gesetzlichen Vorgaben der *externen stationären Qualitätssicherung* und wird vom *Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)* beschlossen. Der G-BA bestimmt darin unter anderem, welche Maßnahmen Krankenhäuser ergreifen müssen, um eine gute Qualität sicherzustellen. So wird zum Beispiel festgelegt, in welchen *Leistungsbereichen* die Krankenhäuser ihre Qualitätsdaten dokumentieren müssen.

Risikoadjustierung: Mithilfe der Risikoadjustierung wird versucht, bei der Bestimmung des Behandlungserfolges eines Krankenhauses die individuellen Risiken der Patientinnen und

Patienten zu berücksichtigen. Dies ist erforderlich, weil nicht nur die Behandlungsqualität bestimmt, wie es jemandem am Ende eines Krankenhausaufenthalts geht. Die Schwere einer Erkrankung, das Alter, Vorerkrankungen und auch das Verhalten einer Patientin oder eines Patienten können als „Risiken“ den Erfolg einer Behandlung ebenso beeinflussen. Ein einfacher Vergleich der Ergebnisse wäre deshalb nicht aussagekräftig. Wenn in einem Krankenhaus zum Beispiel deutlich mehr alte und schwer kranke Menschen versorgt werden als in einem anderen, kann dort auch die Sterblichkeit beim Einsetzen eines Herzschrittmachers höher sein. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass die Behandlungsqualität dort schlechter ist als in einem Krankenhaus mit jüngeren und weniger kranken Menschen. Soweit möglich, sollen risikobedingte Verzerrungen mithilfe statistischer Rechenmodelle ausgeglichen werden. Für die verschiedenen *Qualitätsindikatoren* werden verschiedene Methoden der Risikoadjustierung eingesetzt.

Spezielles therapeutisches Personal: Krankenhäuser beschäftigen neben ärztlichem und pflegerischem Personal verschiedene andere Fachkräfte, die bei der Behandlung mitarbeiten. Das können Fachkräfte unterschiedlicher Bereiche sein, etwa aus der Physiotherapie, Ernährungsberatung, Massage, Logopädie, Ergotherapie, Kunst- oder Musiktherapie. Wenn für eine Behandlung bestimmte Fachkräfte erforderlich sind, kann es sinnvoll sein, bei der Suche nach einem Krankenhaus auch nach „speziellem therapeutischem Personal“ zu schauen.

Strukturierter Dialog: Die Qualitätssicherung in deutschen Krankenhäusern basiert auf Maßnahmen zur Qualitätsförderung und -verbesserung. Eine dieser Maßnahmen, die in der *Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern* (QSKH-RL) geregelt sind, besteht im Austausch zwischen den zuständigen Stellen auf Bundes- und Landesebene und den Krankenhäusern. Das Verfahren heißt „Strukturierter Dialog“ und beginnt, wenn die Ergebnisse der *Qualitätssicherungsdaten* nicht im vorgegebenen *Referenzbereich*, einem Toleranzbereich für die Qualitätsbewertung liegen. Fachleute der hierfür beauftragten Stellen treten mit den Krankenhäusern in den Dialog, um herauszufinden, ob das rechnerisch auffällige Ergebnis nur auf Dokumentationsfehler oder tatsächlich auf eine weniger gute Behandlungsqualität zurückzuführen ist.

Sollten Qualitätsdefizite festgestellt werden, sind verschiedene Maßnahmen möglich, um die Krankenhäuser zu unterstützen. So kann ein Krankenhaus oder Abteilung zum Beispiel zu

einem Gespräch eingeladen werden. Oder es wird ein Besuchstermin im Krankenhaus vereinbart, um die Auffälligkeiten vor Ort zu klären oder Verbesserungen vorzuschlagen. Als weitere Maßnahme kann eine Zielvereinbarung mit dem Krankenhaus geschlossen werden.

Struktur- und Leistungsdaten: Im ersten Teil eines Qualitätsberichts informiert jedes Krankenhaus über seine Abteilungen, sein Personal und seine Behandlungsmöglichkeiten, von der Aromatherapie bis zur Wochenbettgymnastik. Diese Angaben werden als Struktur- und Leistungsdaten bezeichnet.

Strukturqualität: Die Struktur oder Ausstattung eines Krankenhauses ist eine von mehreren Voraussetzungen für eine gute Behandlung. Dazu gehören die Zahl und Art der technischen Geräte sowie die Zahl und Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auch Weiterbildungen gehören zur Strukturqualität. Zusammen mit der *Prozessqualität* und der *Ergebnisqualität* soll die Strukturqualität die Qualität eines Krankenhauses abbilden.

Universitätsklinikum: Ein Universitätsklinikum ist ein Krankenhaus, das an die medizinische Fakultät einer Universität angegliedert ist. Neben der Behandlung und Pflege wird an einem Universitätsklinikum auch geforscht und ausgebildet. Manche Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte lehren auch an der Universität.

Vertrauensbereich: Um besser einschätzen zu können, wie aussagekräftig *Qualitätsindikatoren* sind, gibt es sogenannte Vertrauensbereiche. Ein Vertrauensbereich gibt an, in welchem Bereich der „wahre“ Wert eines Qualitätsindikators mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit erwartet werden kann, wenn man zufällige Faktoren wie Fehler bei der Dokumentation miteinbezieht.

XML-Daten: Die Abkürzung XML steht für „Extensible Markup Language“, eine spezielle Computersprache, die für den Datenaustausch verwendet wird. Nach einem Beschluss des *Gemeinsamen Bundesausschusses* (G-BA) müssen die Krankenhäuser die *Qualitätsberichte* in dieser maschinenverwertbaren Version liefern. Damit können sie in Datenbanken von Krankenhaus-Suchmaschinen genutzt werden. Trotzdem soll auch die Originalversion öffentlich zugänglich und lesbar sein. Deshalb unterhält der G-BA eine Referenzdatenbank, die die XML-Versionen als PDF-Dateien aufbereitet. Die Daten werden für alle Krankenhäuser in gleicher Weise als Referenzbericht aufbereitet und zum Download angeboten.

Zähler/Nenner: Dieser Wert setzt auffällige Ergebnisse mit der Gesamtzahl der behandelten Fälle in Beziehung. Er vermittelt so einen Eindruck davon, wie oft es bei bestimmten Behandlungen zu Problemen gekommen ist. Ein Beispiel: Beim Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks steht die Zahl der insgesamt operierten Menschen im Nenner. Im Zähler steht die Zahl der Personen, bei denen es zu Komplikationen wie einer Wundinfektion gekommen ist. Krankenhäuser müssen diesen Wert für jeden Qualitätsindikator angeben.

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft: Um bei Arbeitsunfällen eine schnelle und sachgemäße Versorgung zu sichern, gibt es in Krankenhäusern sogenannte Durchgangsärztinnen und -ärzte. Sie sind Chirurgeninnen und Chirurgen oder Orthopädinnen und Orthopäden und haben eine unfallmedizinische Ausbildung. Diese Ärztinnen und Ärzte entscheiden nach der Diagnose über die weitere Therapie. Besitzt ein Krankenhaus eine Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft, gilt das als Hinweis auf eine besondere unfallmedizinische Ausstattung und Erfahrung.