

■ **Bundesministerium für Gesundheit**

**Bekanntmachung
eines Beschlusses
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Lesehilfe
zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser**

Vom 18. Dezember 2007

Die vorgenannte Bekanntmachung wird als **Beilage** zur heutigen Ausgabe des Bundesanzeigers veröffentlicht (siehe Beilagenhinweis).

Bundesanzeiger



www.bundesanzeiger.de

ISSN 0720-6100

G 1990

Jahrgang 60

Ausgegeben am Donnerstag, dem 26. Juni 2008

Nummer 94a

**Bekanntmachung eines Beschlusses
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Lesehilfe
zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser**

Vom 18. Dezember 2007

**Bekanntmachung
eines Beschlusses
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Lesehilfe zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser**

Vom 18. Dezember 2007

Der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 Abs. 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) hat in einem schriftlichen Beschlussverfahren am 18. Dezember 2007 eine Lesehilfe zum Qualitätsbericht der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser beschlossen.

I. Die Lesehilfe erhält folgende Fassung:

**„Die gesetzlichen
Qualitätsberichte
der Krankenhäuser
lesen und verstehen**

Herausgegeben vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Siegburg, Dezember 2007

Inhaltsverzeichnis

Was ist Qualität und wie wird sie gemessen?	6
Dimensionen der Qualität	7
Was wollen Patienten wissen?	8
Wie kam es zu den gesetzlichen Qualitätsberichten?	10
Was können die gesetzlichen Qualitätsberichte leisten?	10
Die Teile des Qualitätsberichts	11
Die Einleitung	12
Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses (Teil A)	12
Allgemeine Daten (A-1 bis A-5)	12
Organisationsstruktur (A-6)	12
Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie (A-7)	12
Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte (A-8)	12
Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote (A-9)	13
Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses (A-10)	13
Forschung und Lehre des Krankenhauses (A-11)	13
Anzahl der Betten und Fallzahlen des Krankenhauses (A-12 und A-13)	13
Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten und Fachabteilungen (Teil B) ...	14
Diagnosen nach ICD (B-[X].6)	14
Prozeduren nach OPS (B-[X].7)	15
Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft (B-[X].10)	16
Apparative Ausstattung (B-[X].11)	16
Personelle Ausstattung (B-[X].12)	17
Qualitätssicherung (Teil C)	18
Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung (C-1)	18
Leistungsbereiche und Dokumentationsrate (C-1.1)	19
Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren (C-1.2)	20
Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (C-2)	24
Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (C-3)	24
Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung (C-4)	25
Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung (C-5) und ergänzende Angaben nach der Ausnahmeregelung (C-6)	25
Qualitätsmanagement (Teil D)	26
Qualitätspolitik (D-1)	26
Qualitätsziele (D-2)	27
Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (D-3)	27
Instrumente des Qualitätsmanagements (D-4)	28
Qualitätsmanagement-Projekte (D-5)	28
Bewertung des Qualitätsmanagements (D-6)	29
Fazit: Der zweite Schritt eines langen Weges	30
Was tun? Einige Ratschläge für informationshungrige Patienten	32
Qualitätsberichte im Internet	32

Seit 2005 berichten die rund zweitausend Krankenhäuser in Deutschland öffentlich darüber, was sie tun und wie gut sie es tun. Diese sogenannten „strukturierten Qualitätsberichte“ sollen ausdrücklich für Patienten verständlich formuliert sein. Im Folgenden geht es um die Qualitätsberichte, die Ende 2007 erschienen sind und sich auf die Qualität des Jahres 2006 beziehen. Wir nennen sie die „2007er Qualitätsberichte“.

Im Sozialgesetzbuch ist verankert, dass der Qualitätsbericht alle zwei Jahre rückwirkend für das vorangegangene Jahr zu erstellen ist (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V). Alle Krankenhäuser, die für die gesetzliche Krankenversicherung zugelassen sind – das sind (nach § 108 SGB V) die sogenannten Plankrankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind, sowie Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen geschlossen haben – müssen ihren Qualitätsbericht den Krankenkassen zur Veröffentlichung zur Verfügung stellen. Diese müssen die Qualitätsberichte aller Krankenhäuser anschließend im Internet veröffentlichen. In Internetsuchmaschinen finden Sie neben der Leseversion des Qualitätsberichts (pdf-Format) weitere Informationen, die auf einer teilweise umfangreicheren Datenbankversion des Qualitätsberichts beruhen.

Nun ist es aber nicht leicht, die Qualität eines Krankenhauses zu messen. Die Medizin hat es mit komplizierten Systemen zu tun: mit Menschen, die nicht nur aus einem Körper mit vielen Organen bestehen. Die Menschen unterscheiden sich in ihren jeweiligen Bedürfnissen und Erwartungen, im Aufbau ihres Körpers und im Ablauf der Funktionen des Körpers. Deshalb können sie unterschiedlich auf die gleiche medizinische Behandlung reagieren. Darüber hinaus müssen auch seelische, soziale, geistig-mentale und vielleicht auch religiös-spirituelle Dimensionen bedacht werden, um den Menschen mit seiner Krankheit zu verstehen und dem wichtigsten Ziel der Medizin - der Genesung des Menschen - gerecht zu werden. Zu den sozialen Dimensionen gehören beispielsweise die Patientenrechte. So darf etwa keine Behandlung ohne verständliche Aufklärung und Einwilligung des Patienten erfolgen. Zusätzlich erschweren äußere Faktoren die Messung der Qualität im Krankenhaus. Beispielsweise hat das Krankenhaus auf die medizinische Versorgung vor der Aufnahme eines Patienten in der Regel keinen Einfluss. Auch die hohe Komplexität im Aufbau und Funktionieren eines Krankenhauses trägt dazu bei, dass das Messen und Sichern von Qualität hier eine wesentlich größere Herausforderung darstellt als zum Beispiel in der Industrie.

Was haben Sie als Patientin oder Patient von den gesetzlichen Qualitätsberichten und worauf müssen Sie besonders achten, wenn Sie das „richtige“ Krankenhaus suchen? Weil das Thema kompliziert ist, haben wir nicht nur eine einfache „Gebrauchsanleitung“ geschrieben, sondern wollen Ihnen helfen, die Qualitätsberichte zu verstehen, ihre Inhalte richtig zu interpretieren und in Ihrem Sinne zu nutzen. So können Sie auch Aussagen anderer Informationsanbieter wie etwa der Presse oder von Internetportalen kritisch hinterfragen und bewerten.

Was ist Qualität und wie wird sie gemessen?

Unter Qualität kann man die Eignung einer Sache zu einem vorgegebenen Zweck verstehen. Man muss definieren, welche Eigenschaften ein Produkt oder eine Dienstleistung haben soll, um diesen Zweck zu erreichen. Dann lässt sich in einem

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

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

Dimensionen der Qualität

Man unterscheidet drei Aspekte oder Dimensionen der Qualität: die Struktur-, die Prozess- und die Ergebnisqualität.

- Zur *Strukturqualität* gehört zum Beispiel die materielle Ausstattung eines Krankenhauses, die technischen Geräte, ihre regelmäßige Wartung und Erneuerung; aber auch die Qualifikation des Personals, die Organisation seines Einsatzes – eben alles zum Betrieb Notwendige. Stellen Sie sich ein neu gegründetes Krankenhaus vor, das noch keinen einzigen Patienten hat, aber morgen eröffnet werden soll und in kürzester Zeit voll funktionieren muss. Es besteht sozusagen heute noch ausschließlich aus Strukturqualität.
- Die *Prozessqualität* beschreibt alle Vorgänge in einem Krankenhaus, also zum Beispiel alle Operationen, die Pflegeprozesse, den Ablauf diagnostischer Untersuchungen und aller Behandlungen, aber auch die Aufklärung der Patienten, den Umgang der Mitarbeiter mit Ihnen als Patient – kurz alles, was mit der vorhandenen Struktur gemacht wird.
- Die *Ergebnisqualität* schließlich beschreibt, welche Ergebnisse am Ende herauskommen. Sind Sie geheilt, sind Ihre Schmerzen gelindert, ist die Wunde geschlossen, sind Sie insgesamt zufrieden? Wurde, wenn Sie unzufrieden waren, mit Ihrer Beschwerde sorgfältig umgegangen? Sind Nachsorge und Übergang in die häusliche Umgebung und Pflege nahtlos gelungen?

Diese Aufzählung macht deutlich, wie viele Aspekte zur Beschreibung der Qualität des komplexen Gebildes Krankenhaus zusammen kommen – und wie schwierig es ist, diese Qualität zu messen und zu bewerten. Daher werden große Anstrengungen unternommen, die Qualität zu messen. Jeder Teilaspekt erfordert Messinstrumente, die der jeweiligen Erkrankung oder medizinischen Leistung angemessen sind: Dies sind insbesondere die sogenannten Qualitätsindikatoren.

Qualitätsindikatoren sind Hilfsmittel, die es ermöglichen sollen, Qualität zu messen und zu bewerten. Dabei wird die Qualität nicht direkt gemessen, sondern durch Zahlen bzw. Zahlenverhältnisse indirekt abgebildet. Beispielsweise beschreibt ein Qualitätsindikator den prozentualen Anteil der Patienten (z. B. 80 %), die nach dem gelungenen Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks nach kurzer Zeit wieder selbstständig gehen konnten.

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

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

Was wollen Patienten wissen?

Fragen Sie in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis, was den Menschen am wichtigsten ist, wenn sie sich einer Behandlung in einem Krankenhaus unterziehen müssen. Sie werden wahrscheinlich eine Liste bekommen, auf die sich letztlich alle verständigen können, deren Einzelelemente aber von jedem Menschen anders bewertet werden. Alle werden wahrscheinlich die Qualität der medizinischen Behandlung als wichtigstes Kriterium betonen. Darüber hinaus wird die Eine besonderen Wert auf die Freundlichkeit von Ärzten und Pflegepersonen legen, der Andere möchte seine Ruhe im Einzelzimmer haben, wieder eine Andere möchte unbedingt alle Entscheidungen selbst treffen, während ein Vierter dies gern vertrauensvoll den Ärzten überlassen möchte. Und dann kommen auf dieser Liste auch die äußeren Umstän-

de vor, etwa die „Hotelqualität“, die manche für einen besonders guten Hinweis auf die Qualität des ganzen Krankenhauses halten.

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

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

Wir gehen davon aus, dass die meisten Patienten im Krankenhaus vor allem auf die Qualität der *medizinischen und pflegerischen Behandlung* Wert legen. Gerade die ist jedoch besonders schwer zu beurteilen. Leichter fällt das schon für die „Hotelleistungen“ wie Sauberkeit, Güte des Essens, Ausstattung der Räume und dergleichen. Auch die Freundlichkeit und Zuwendung des Personals ist unmittelbar erlebbar. Diese leichter sichtbaren Aspekte werden dann von vielen Menschen als Ersatz für die schwerer zu beurteilende medizinische Qualität herangezogen – also als indirekte Hinweise auf die Qualität der medizinischen und pflegerischen Behandlung. Dies ist allerdings fraglich: Lässt gutes Essen wirklich auf gute Medizin schließen? Allenfalls könnte man annehmen, ein Krankenhaus, das sich um gute Qualität der Serviceleistungen bemüht, werde auch bei der medizinischen Behandlung nach besten Kräften um beste Qualität besorgt sein. Die allgemeine Bemühung um das Patientenwohl kann dann wenigstens als ziemlich „weicher“ Hinweis auf die Bemühung um gute medizinische Arbeit gesehen werden. Ein „härterer“, aussagekräftiger Indikator ist möglicherweise der Umgang mit Beschwerden: Ein Krankenhaus, das mich als unzufriedenen und damit vielleicht unbequemen Patienten ernst nimmt, meinen Beschwerden nachgeht und erkannte Missstände abstellt, zeigt seine Offenheit gegenüber Kritik und sein Bemühen um Verbesserung. Beides sind wichtige Voraussetzungen auch für die sorgfältige und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patienten.

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

Wie kam es zu den gesetzlichen Qualitätsberichten?

Bis Herbst 2005 war die Qualität im Gesundheitswesen nur Wenigen und nur in Bruchstücken bekannt. Niedergelassene Ärzte wussten ein bisschen über die Krankenhäuser ihrer Umgebung, in die sie öfter Patienten eingewiesen hatten; Krankenkassen wussten einiges über die Qualität der Gesundheitsversorgung, denn sie hatten auch schon vorher Daten über die Leistungen der Krankenhäuser zu Abrechnungszwecken zur Verfügung; Berufs- und Standesorganisationen wie Ärztekammern und Berufsverbände wussten ebenfalls einiges über die Qualität der Arbeit ihrer Mitglieder. Dieses Wissen war allerdings nur schwer für Patienten zugänglich.

Die strukturierten Qualitätsberichte sind dagegen etwas Neues, da sie sich ausdrücklich – nicht ausschließlich, aber vielleicht sogar vorrangig – am Patienteninteresse orientieren. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem höchsten Gremium der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen, das sich mit der Umsetzung und Konkretisierung der gesetzlichen Vorgaben befasst, wurde dazu eine Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgeschlossen – ohne Stimmrecht beteiligt waren Patientenvertreter, der Deutsche Pflegerat (DPR), die Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV). Diese Vereinbarung nennt drei Ziele der Qualitätsberichte: An erster Stelle steht „Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung“, an zweiter und dritter Stelle folgen dann „eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen“ sowie „die Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen“. Alle sollen davon profitieren, aber die Patienten stehen an erster Stelle.

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

Was können die gesetzlichen Qualitätsberichte leisten?

Die gesetzlichen Qualitätsberichte geben wichtige Hinweise auf die Qualität eines Krankenhauses, dabei auch auf die Qualität der medizinischen Behandlung. Sie liefern Hinweise auf besonders gute oder besonders schlechte Qualität in vielen Bereichen eines Krankenhauses. Qualitätsberichte stellen Informationen zur Verfügung, die dem Patienten helfen sollen, Krankenhäuser zu bewerten und das für ihn und für die Behandlung seiner jeweiligen Erkrankung am besten geeignete auszu-

wählen. Damit stärken sie das Patientenrecht, über die Behandlung mit zu entscheiden und das Krankenhaus auszuwählen.

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

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

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

Die Teile des Qualitätsberichts

Die Struktur der 2007er Qualitätsberichte wurde nach den Erfahrungen mit den Berichten über das Jahr 2004 überarbeitet. Der Qualitätsbericht besteht aus folgenden Teilen:

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

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

Die Einleitung

Hier kann sich das Krankenhaus kurz vorstellen und ein Foto des Hauses einfügen. Dann folgen Angaben zum Verantwortlichen für den Qualitätsbericht, weitere allgemeine Ansprechpartner (z. B. Qualitätsbeauftragter, Patientenforsprecher, Pressereferent) sowie weiterführende Links und Bezugsquellen (z. B. zur Homepage des Krankenhauses, zu Broschüren, Unternehmensberichten).

Wie ein Krankenhaus die Einleitung des Qualitätsberichts gestaltet, kann bereits einen ersten Hinweis geben, welchen Stellenwert die Qualität dort einnimmt. Differenzierte Angaben zu Ansprechpartnern, beispielsweise mit Telefonnummer oder E-Mail-Adresse, sprechen für Offenheit nach außen. Unpräzise „Werbetexte“ dagegen können eher das Interesse offenbaren, sich möglichst vorteilhaft darzustellen.

Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses (Teil A)

Allgemeine Daten (A-1 bis A-5)

Hier stehen allgemeine Daten des Krankenhauses wie Adresse und Art der Trägerschaft. Öffentliche Träger können zum Beispiel Bund, Länder und Gemeinden sein, freigemeinnützige sind meist Wohlfahrtsverbände, soziale Vereinigungen oder kirchliche Träger; daneben gibt es private Krankenhausträger.

Organisationsstruktur (A-6)

An dieser Stelle gibt das Krankenhaus eine Übersicht über die Organisationsstruktur des Hauses. Es soll erkennbar sein, wie das Krankenhaus in Bereiche und Fachabteilungen oder andere Organisationseinheiten gegliedert ist und welche zu gemeinsamen Versorgungsbereichen (manchmal „Zentrum“ genannt) zusammengefasst sind. Das soll Ihnen helfen, innerhalb des Krankenhauses die richtige Abteilung für die Behandlung Ihrer Erkrankung zu finden.

Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie (A-7)

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

Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte (A-8)

Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte beschreiben die medizinischen Behandlungen bzw. Operationen, auf die ein Krankenhaus sich im besonderen Maße konzentriert. Die Angaben beruhen in der Regel auf der Selbsteinschätzung der Krankenhäuser. Meistens arbeiten mehrere Fachabteilungen dabei zusammen. Auch Fachabteilungen können eigene Versorgungsschwerpunkte haben. Diese finden Sie unter B-[X].2. Wenn Sie für eine spezielle Erkrankung ein Kran-

kenhaus suchen, kann ein entsprechender Versorgungsschwerpunkt einen Hinweis darauf geben, dass das Krankenhaus die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse bei der Behandlung berücksichtigt und viel Erfahrung und Kompetenz auf diesem Gebiet hat.

Ein Beispiel für einen fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkt sind *Tumorzentren* oder onkologische Schwerpunkte (oder Ähnliches). Sie koordinieren die Betreuung von Krebspatienten in einer Region und verankern einheitliche Standards für Diagnostik und Therapie. Die Patienten werden durch Vertreter verschiedener Fachrichtungen (interdisziplinär), etwa durch Chirurgen, internistische Krebspezialisten, Strahlen- und Schmerztherapeuten betreut, mit dem Ziel einer aufeinander abgestimmten Behandlung. In Deutschland gibt es ca. 45 solcher Tumorzentren, die allerdings unterschiedlich organisiert sind. Hinter dem Begriff „Zentrum“ verbergen sich nicht unbedingt einheitliche Anforderungen an Struktur und Qualität der Einrichtung.

Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote (A-9)

Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote sind in der Regel nicht-ärztliche Leistungen wie Pflegeüberleitung, Diät- und Ernährungsberatung, Ergotherapie oder Lymphdrainage, die im gesamten Krankenhaus angeboten werden. Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote, die nur von einzelnen Fachabteilungen angeboten werden, finden Sie unter B-[X].3.

Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses (A-10)

In diesem Abschnitt geht es um Räumlichkeiten, Verpflegung, Ausstattung der Patientenzimmer und persönliche Betreuung. Ein Krankenhaus kann angeben, ob es z. B. einen Seelsorger oder einen Dolmetscher beschäftigt. Auch hier werden nur die Serviceangebote aufgeführt, die für das gesamte Krankenhaus (nicht nur für eine einzelne Abteilung) Bedeutung haben. Die Serviceangebote der einzelnen Abteilungen finden Sie unter B-[X].4

Forschung und Lehre des Krankenhauses (A-11)

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

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

Anzahl der Betten und Fallzahlen des Krankenhauses (A-12 und A-13)

Bettenzahl und Fallzahl sind ein Maß für die Größe eines Krankenhauses. Ein deutsches Krankenhaus hat durchschnittlich 245 Betten. Im Jahr 2004 hatten in Deutschland etwa 4 % der Krankenhäuser mindestens 800 Betten, 14 % zwischen 400 und 799 Betten, 52 % zwischen 100 und 399 Betten und rund 30 % weniger als 100 Betten.

Die Fallzahl ist die Anzahl der stationär behandelten Patienten, das heißt jeder Patient wird bei jedem Krankenhausaufenthalt einmal gezählt. Im Jahr 2004 wurden in Deutschland rund 16,8 Millionen Patienten stationär behandelt.

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

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

Dieser Teil enthält die Struktur- und Leistungsdaten *für die einzelnen Organisationseinheiten und Fachabteilungen* des Krankenhauses, die in Kapitel A-6 bereits im Überblick dargestellt wurden. Wie in Teil A für das gesamte Krankenhaus, werden hier für jede Organisationseinheit und Fachabteilung die Versorgungsschwerpunkte, das medizinisch-pflegerische Angebot sowie der nicht-medizinische Service (z. B. räumliche Ausstattung, Verpflegung, besondere Einrichtungen und Angebote) dargestellt. Außerdem enthält dieser Teil Tabellen der Krankheiten (Diagnosen) und Behandlungen (Prozeduren), die im Krankenhaus am häufigsten vorkommen (Hauptdiagnosen und -prozeduren), sowie in denen das Krankenhaus seine besondere Kompetenz ausweisen möchte (Kompetenzdiagnosen und -prozeduren). Und schließlich werden Angaben gemacht über Möglichkeiten ambulanter Behandlung, Ausstattung mit medizinischen Geräten und Qualifikation des Personals.

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

Diagnosen nach ICD (B-[X].6)

„ICD“ ist die internationale Klassifikation der Krankheiten („International Classification of Diseases“) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die aktuell gültige Ausgabe der ICD wird als ICD-10 bezeichnet (zehnte Überarbeitung). Krankenhäuser sind gesetzlich verpflichtet, ihre Diagnosen nach der ICD-10 zu dokumentieren.

In einer Tabelle macht das Krankenhaus Angaben zu den (mindestens) zehn bis (höchstens) 30 häufigsten Diagnosen nach ICD, sortiert nach der Anzahl der Patienten, die aufgrund dieser Erkrankung behandelt wurden. Aus Datenschutzgründen kann die Anzahl der Patienten nicht angegeben werden, wenn weniger als fünf Patienten behandelt wurden. Als *Hauptdiagnose* bezeichnet man die Erkrankung, die hauptsächlich dafür verantwortlich war, dass ein Patient ins Krankenhaus kam. Zusätzlich können Sie ablesen, wie oft Patienten mit dieser Erkrankung behandelt wurden. Angaben zur selben Diagnose können sich in verschiedenen Fachabteilungen eines Krankenhauses finden.

In der Tabelle der *Kompetenzdiagnosen* kann das Krankenhaus Krankheiten aufführen, für deren Behandlung es besondere Kompetenz ausweisen möchte oder an denen es ein besonderes (z. B. auch wissenschaftliches) Interesse hat. Das können auch Krankheiten sein, die seltener vorkommen und daher in der Liste der häufigen Diagnosen nicht erfasst werden. Einzeln betrachtet erlaubt die Darstellung einer

Leistung als Kompetenzdiagnose noch keine Aussage über die Behandlungsqualität. Sie kann jedoch als Hinweis darauf verstanden werden, dass ein Krankenhaus nach seiner Selbsteinschätzung über besondere Erfahrung in der Behandlung des jeweiligen Krankheitsbildes verfügt.

In den Internetsuchmaschinen sind umfangreichere und detailliertere Informationen zu den Diagnosen pro Fachabteilung verfügbar.

Prozeduren nach OPS (B-[X].7)

Der Operationsschlüssel nach § 301 SGB V (OPS) ist eine Klassifikation der Operationen, Eingriffe (z. B. mit dem Herzkatheter) und sonstigen (auch diagnostischen) Prozeduren und Untersuchungen. Er dient als Grundlage für Leistungsnachweise und die Abrechnung der Krankenhäuser gegenüber den Kostenträgern. In Deutschland zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Dokumentation ihrer Leistungen nach dem OPS verpflichtet.

In diesem Kapitel werden die (mindestens) zehn bis (höchstens) 30 häufigsten Prozeduren nach dem OPS dargestellt. Aus Datenschutzgründen kann die Anzahl der Patienten nicht angegeben werden, wenn weniger als fünf Patienten behandelt wurden. Zusätzlich können Sie ablesen, wie oft Patienten diese Prozedur erhalten haben. Angaben zur selben Prozedur können sich in verschiedenen Fachabteilungen eines Krankenhauses finden.

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

In der Tabelle der *Kompetenzprozeduren* kann das Krankenhaus Prozeduren darstellen, für die es besondere Kompetenz ausweisen möchte oder ein besonderes (z. B. auch wissenschaftliches) Interesse hat. Das können auch seltene Prozeduren sein, die in der Liste der häufigsten Prozeduren nicht aufgeführt sind. Einzelne betrachtet erlaubt die Darstellung einer Leistung als Kompetenzprozedur noch keine Aussage über deren Qualität, sie kann jedoch als Hinweis darauf verstanden werden, dass ein Krankenhaus nach seiner Selbsteinschätzung über besondere Erfahrung in der Behandlung des jeweiligen Krankheitsbildes verfügt.

Ein **Beispiel** für eine solche Kompetenzprozedur sind Operationen an der Bauchspeicheldrüse. Obwohl ein großes Krankenhaus diesen Eingriff durchaus relativ häufig durchführt und möglicherweise Kompetenz und ein besonderes Interesse für diese Operationen besitzt, kann es sein, dass sie trotzdem nicht in der Liste der zehn häufigsten Prozeduren auftauchen, weil sie im Vergleich zu anderen, häufig durchgeführten Eingriffen (etwa der Entfernung der Gallenblase) seltener durchgeführt werden. Die Liste der Kompetenzprozeduren ermöglicht es dem Krankenhaus, sein besonderes Leistungsprofil in der Darstellung zu vervollständigen.

In den Internetsuchmaschinen sind umfangreichere und detailliertere Informationen zu den Prozeduren pro Fachabteilung verfügbar.

Über den Zusammenhang zwischen der Anzahl einer bestimmten Operation, die eine Abteilung oder ein Arzt pro Jahr vornimmt, und der Qualität bzw. dem Operationsergebnis sind sich die Experten nicht einig: Während manche davon ausgehen, dass das Ergebnis umso besser wird, je höher die Leistungsmenge ist („Übung macht den Meister“), können wissenschaftliche Untersuchungen dieses nur bei eini-

gen Operationen belegen. Es gibt sogar Hinweise, dass die Qualität wieder schlechter werden kann, wenn die Anzahl einer bestimmten Operation besonders hoch ist.

Zwischenbemerkung: Sie sollen das alles verstehen können!

Der Qualitätsbericht soll möglichst umgangssprachliche Bezeichnungen verwenden. Sie sollen diese Angaben verstehen können. Das ist gerade bei den Diagnosen (ICD) und Prozeduren (OPS) eine besondere Herausforderung. Die „laparoskopische Cholezystektomie“ beispielsweise wird übersetzt als „Gallenblasenentfernung mittels Schlüsselloch-Operation“. Leider ist noch keine verbindliche Liste für die Übersetzung der medizinischen Ausdrücke fertig gestellt. Daher werden nicht in jedem 2007er Qualitätsbericht dieselben Umschreibungen verwendet und auch nicht für alle Begriffe wird eine verständliche Formulierung gefunden.

Die Diagnosen- (ICD) und Prozedurenschlüssel (OPS) werden nicht vollständig wiedergegeben, um die Darstellung übersichtlich zu halten. Die letzten beiden Ziffern des fünfstelligen ICD-Schlüssels bzw. des sechsstelligen OPS-Schlüssels werden jeweils weggelassen: So wird etwa der Schweregrad einer Erkrankung nicht abgebildet oder es werden Behandlungen zusammengefasst, die durchaus sehr unterschiedlich sein können. Beispielsweise werden zwei unterschiedliche Methoden zur Entfernung des sogenannten Blinddarms (Appendix) – die offene Operation und die laparoskopische (Schlüsselloch-)Operation – mit derselben vierstelligen OPS-Ziffer abgebildet. Dadurch können Sie nur die Gesamtzahl der Operationen erkennen, nicht aber, wie häufig welche der beiden Operationsmethoden an diesem Krankenhaus durchgeführt wird.

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

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft (B-[X].10)

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

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

Apparative Ausstattung (B-[X].11)

In der modernen Medizin werden viele Geräte eingesetzt. Die Fachabteilung stellt hier dar, welche Geräte sie für die Feststellung und Behandlung der Krankheiten ihrer Patienten zur Verfügung hat. Dabei kann es sich zum Beispiel um spezielle Röntengeräte oder Kernspintomographen handeln. Hier kann auch dargestellt

werden, ob ein Schlaflabor zur Verfügung steht. Geräte, die zur üblichen Ausstattung eines Krankenhauses gehören, werden hier allerdings nicht angegeben (z. B. Blutdruckmessgeräte, EKG, Blutzuckermessgeräte, Infusionspumpen).

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

Personelle Ausstattung (B-[X].12)

Hier geht es um Anzahl und Qualifikationen der Mitarbeiter, untergliedert in Ärzte, Pflegepersonal und spezielles therapeutisches Personal. Voll- und Teilzeitbeschäftigte werden dabei zu sogenannten „Vollzeitäquivalenten“ zusammengerechnet; die Zahlen entsprechen also nicht genau der Anzahl der beschäftigten Personen: So werden beispielsweise zwei Pflegekräfte mit halber Stelle zu einem Vollzeitäquivalent, drei Pflegekräfte mit einer 40%-Stelle zu 1,2 Vollzeitäquivalenten zusammengerechnet.

In der Tabelle **B-[X].12.1** wird in der Spalte „Fachexpertise der Abteilung“ angegeben, welche Qualifikationen und Zusatzweiterbildungen die dort tätigen Fachärzte haben.

Für das Pflegepersonal können in der Spalte Erläuterung/Kommentar in der Tabelle **B-[X].12.2** Angaben zur Art der Fachweiterbildung und zu speziellen Pflegequalifikationen gemacht werden (z. B. Hygienefachkraft, Wundmanager, Stomatherapeut).

Außerdem macht das Krankenhaus unter **B-[X].12.3** Angaben darüber, welches spezielle therapeutische Personal für die Organisationseinheit/Fachabteilung zur Verfügung steht. Dazu zählen z. B. Altenpfleger, Hebammen, Physiotherapeuten etc.

Das hier dargestellte Personal kann manchmal von ganz besonderer Bedeutung für eine Abteilung sein. Beispielsweise gibt es in der Geburtshilfe weniger Pflegepersonal; dort sind in erster Linie Hebammen beschäftigt.

Wie alle Zahlen im Qualitätsbericht sind auch diese Angaben nur indirekte Hinweise auf Qualität, und nur alles zusammen kann ein annäherndes Bild der Qualität eines Krankenhauses ergeben. Zahlen zur personellen Ausstattung geben Ihnen Auskunft über den Umfang und die Art des Personals, das in dem Krankenhaus beschäftigt ist. Sie sagen jedoch nichts darüber aus, wie beispielsweise die durchschnittliche Personalbesetzung einer Station pro Schicht oder pro Bett ist. Die Angaben sagen Ihnen, welche Fachärzte in einer Abteilung vorhanden sind, damit Sie sicher gehen können, dass ein auf Ihre Erkrankung spezialisierter Arzt dort tätig ist. Sie lassen jedoch keine Rückschlüsse auf die Qualifikation eines bestimmten Mitarbeiters oder dessen spezifische Erfahrungen und Kompetenzen zu, die als Auswahlkriterien bedeutsam sein könnten.

Qualitätssicherung (Teil C)

Das Gesetz verpflichtet (unter anderem) die Krankenhäuser, die Qualität ihrer Leistungen zu sichern und weiterzuentwickeln. Ein wichtiger Teil dieser Qualitätssicherung sind „einrichtungsübergreifende Maßnahmen“, auch „externe vergleichende Qualitätssicherung“ genannt, die die Qualität der Leistungen der Krankenhäuser messen und miteinander vergleichen. Das zeigt den Krankenhäusern, wie gut sie im Vergleich zu den anderen sind. Dadurch können sie sich an den „Besten“ messen und anschließend die Qualität dieser Vorbilder ebenfalls anstreben. Dieses Verfahren wird „Benchmarking“ genannt und führt in der Regel dazu, dass sich bei allen Krankenhäusern die Qualität der verglichenen Leistung verbessert. Um das Vertrauen und die Ehrlichkeit der teilnehmenden Abteilungen und Personen möglichst hoch zu halten, sind Benchmarking-Verfahren fast immer anonym. Für die Qualitätsverbesserung reicht es aus zu wissen, wie gut man selbst im Vergleich zu allen anderen ist. Sie (als Patientin oder Patient) erwarten jedoch möglichst viel Transparenz über die Qualität der Krankenhäuser, und die Qualitätsberichte sollen dazu beitragen. Dadurch entstehen Konflikte: Ergebnisse, die bisher nur die Verantwortlichen der Krankenhäuser kannten, werden öffentlich – und sie werden von den Krankenhäusern verwendet, um sich im Wettbewerb positiv darzustellen. Das könnte ein Anreiz dazu sein, dass ein Krankenhaus, um „gute Zahlen“ zu haben, schlechte Ergebnisse nicht dokumentiert. Und es kann dazu führen, dass Patienten mit hohem Risiko, die im Vergleich der Krankenhäuser wahrscheinlich zu weniger guten Ergebnissen führen würden, gar nicht aufgenommen werden. Das nennt man „Risikoselektion“ – aus Ländern, die diese Entwicklung bereits durchmachen (wie z. B. die USA), wird dieses Problem berichtet.

Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung (C-1)

Die gesetzlich vorgeschriebene „externe Qualitätssicherung“ wird in Deutschland von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS, Sitz in Düsseldorf) zusammen mit den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung durchgeführt. Daran müssen sich alle Krankenhäuser beteiligen, die für gesetzlich krankenversicherte Patienten zugelassen sind (§ 108 SGB V). Dieses „BQS-Verfahren“ misst die Qualität von etwa 20 % der Krankenhausbehandlungen, und zwar überwiegend von Operationen. Dafür werden in 26 Leistungsbereichen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt werden, zu rund 180 Qualitätsindikatoren spezielle Aufzeichnungen geführt. Sie werden jährlich bundesweit zu einem Qualitätsreport zusammengefasst (siehe www.bqs-online.de).

Aus den oben genannten Gründen sind in diesem Report die Daten der einzelnen Krankenhäuser anonymisiert. Als Leser können Sie also die Qualität der Leistung eines bestimmten Hauses nicht erkennen. Die krankenhausesindividuellen Daten waren bisher der Öffentlichkeit nicht zugänglich. In den 2007er Qualitätsberichten werden jedoch erstmals ganz konkrete Ergebnisse zur Qualität aus rund 1.500 deutschen Krankenhäusern einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht (Näheres

hierzu im Kapitel C.1-2 „Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren“).

Wie funktioniert das BQS-Verfahren?

Alle teilnehmenden Krankenhäuser dokumentieren die qualitätsrelevanten Daten und übermitteln für jeden betroffenen Patienten einen Datensatz an eine zentrale Annahmestelle (die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung = BQS gGmbH in Düsseldorf oder entsprechende Stellen auf Landesebene). Dort werden die Daten nach festgelegten Konzepten ausgewertet und die Ergebnisse den Krankenhäusern in Form von Auswertungen und Empfehlungen zur Verfügung gestellt. Die Qualität der erfassten Leistungen wird über ca. 180 Indikatoren abgebildet, für die bundeseinheitliche Richtwerte (Referenzbereiche) festgelegt sind. Liegt ein Krankenhaus mit einem Indikator außerhalb des vorgegebenen Referenzbereichs, gilt es als „rechnerisch auffällig“, und es wird in einem Expertengremium geprüft, ob das Haus im betreffenden Leistungsbereich weitere Auffälligkeiten zeigt. Hierbei werden zum Teil auch die Ergebnisse der Vorjahre berücksichtigt. Mit den rechnerisch auffälligen Krankenhäusern wird durch Fachexperten im sogenannten „Strukturierten Dialog“ die Ursache der Auffälligkeit analysiert. Erst dann stellt sich heraus, ob die Auffälligkeit etwa auf Mängeln in der Dokumentation beruht, durch besonders schwierige medizinische Fälle (hohes Risiko) erklärbar ist oder ob tatsächlich Abweichungen in der Qualität der Leistungserbringung vorliegen. Sollte dies der Fall sein, wird der betroffenen Klinik oder Abteilung eine Beratung angeboten. Führt auch die nicht zu mehr Klarheit, können die Krankenhäuser besucht und die Auffälligkeiten vor Ort aufgeklärt werden. Am Ende dieses Prozesses können Empfehlungen abgegeben, konkrete Ziele zur Verbesserung der Qualität vereinbart oder gar Behandlungsverträge gekündigt werden.

Das bedeutet, dass rechnerisch auffällige Ergebnisse ohne Analyse und Bewertung durch den Strukturierten Dialog mit den Fachexperten noch nicht interpretierbar sind. Es kann sein, dass das Krankenhaus besser ist als vermutet, etwa wenn sich die Auffälligkeit durch den Strukturierten Dialog aufklären lässt. Oder es wird bestätigt, dass die rechnerische Auffälligkeit tatsächlich auf nicht akzeptabler Qualität beruht.

Aber auch auffallend gute Ergebnisse müssen hinterfragt werden. Möglicherweise sind die besonders „guten“ Zahlen dadurch zustande gekommen, dass die weniger guten Ergebnisse nicht dokumentiert wurden.

Leistungsbereiche und Dokumentationsrate (C-1.1)

Diese Tabelle gibt Aufschluss darüber, mit welchen Leistungsbereichen das Krankenhaus am BQS-Verfahren teilgenommen hat und wie hoch die jeweilige Dokumentationsrate war. Wenn hier Angaben fehlen, heißt das noch nicht, dass ein Krankenhaus seine Ergebnisse nicht transparent darstellen möchte. Denn nicht alle deutschen Krankenhäuser erbringen Leistungen in den Bereichen, die der externen Qualitätssicherung unterliegen.

Gefordert ist eine vollständige Dokumentation (Dokumentationsrate: 100 %). Dokumentationsraten von unter 80 % werden als mangelhaft eingestuft und mit finanziellen Abschlägen „bestraft“. Andererseits ist eine Dokumentationsrate von 100 % kein Beweis für erfolgreiche und komplikationslose Behandlungsergebnisse. Aber sie sagt aus, dass für alle behandelten Fälle Qualitätsdaten dokumentiert wurden. Bei niedrigeren Dokumentationsraten besteht die Möglichkeit, dass Fälle mit nicht so guter Ergebnisqualität nicht dokumentiert werden. Um das auszuschließen, werden regelmäßig Prüfungen durchgeführt, etwa indem bei denjenigen Krankenhäusern, die gar keine Komplikationen angegeben haben, nachgefragt wird, oder indem stichprobenartig Patientenakten mit den angegebenen Qualitätsdaten verglichen

werden (das sogenannte Datenvalidierungsverfahren). Eine vollständige Kontrolle ist allerdings bei Tausenden von Daten pro Krankenhaus weder machbar noch sinnvoll, da der Aufwand im Vergleich zum Nutzen viel zu hoch wäre.

Zu bedenken ist, dass mit Veröffentlichung der Daten die Gefahr zunimmt, dass die Krankenhäuser nicht jeden Fehler, nicht jedes Missgeschick, nicht jede schlechte Qualität zugeben könnten, um ihre Position im Wettbewerb nicht zu verschlechtern.

Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren (C-1.2)

In den 2007er Qualitätsberichten werden erstmals konkrete Ergebnisse zur Qualität in rund 1.500 deutschen Krankenhäusern veröffentlicht. Aus zehn Leistungsbereichen werden insgesamt 27 Qualitätsindikatoren für alle Krankenhäuser dargestellt, so dass deren Ergebnisse untereinander vergleichbar sind. Die Darstellung ist für die Krankenhäuser verbindlich. Voraussetzung ist, dass der sogenannte „Strukturierte Dialog“ abgeschlossen ist (siehe „Wie funktioniert das BQS-Verfahren?“).

Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses wählte die BQS aus den rund 180 Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung 27 Indikatoren aus, die für die Veröffentlichung besonders geeignet sind. In diesem Verfahren wird beispielsweise untersucht, wie gut ein Qualitätsindikator „risikoadjustiert“ ist (siehe „Dimensionen der Qualität“). Denn nur so lassen sich anschließend die Endergebnisse sinnvoll miteinander vergleichen. Darüber hinaus hat die BQS die Qualitätsindikatoren zusammen mit den zugehörigen Leistungsbereichen in eine für Patientinnen und Patienten verständliche Sprache übersetzt und für jeden dieser Qualitätsindikatoren Interpretationshilfen erstellt.

Weitere Qualitätsindikatoren werden zur Veröffentlichung eingeschränkt empfohlen bzw. (noch) nicht empfohlen. Die Qualitätsindikatoren dieser drei Kategorien sollen von den Krankenhäusern in drei Tabellen wie folgt dargelegt werden:

Tabelle A:

Diese 27 Qualitätsindikatoren wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Vorschlag der BQS als *uneingeschränkt* zur Veröffentlichung geeignet eingestuft.

Die Ergebnisse dieser Qualitätsindikatoren müssen veröffentlicht werden, wenn kein Strukturierter Dialog erforderlich ist oder die Ergebnisse durch diesen bereits bewertet wurden.

Sie dürfen im Qualitätsbericht nicht veröffentlicht werden, wenn die Bewertung durch den Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist.

Tabelle B:

Diese acht Qualitätsindikatoren wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss *eingeschränkt* zur Veröffentlichung empfohlen.

Die Veröffentlichung der Ergebnisse wird empfohlen, wenn kein Strukturierter Dialog erforderlich ist oder die Ergebnisse durch diesen bereits bewertet wurden.

den. *Sie dürfen jedoch im Qualitätsbericht nicht veröffentlicht werden*, wenn die Bewertung durch den Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist (siehe oben).

Tabelle C:

Dies sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss *nicht* zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren. Entweder ist die Prüfung durch die BQS noch nicht abgeschlossen, oder sie werden nicht für eine Veröffentlichung empfohlen, da zum Beispiel eine Risikoadjustierung nicht vorgenommen wurde oder nicht möglich ist.

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

Die Qualitätsindikatoren werden in Tabellen dargestellt.

1	2	3	4	5	6	7	8
Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	Kennzahlbezeichnung	Bewertung durch Strukt. Dialog	Vertrauensbereich	Ergebnis (Einheit)	Zähler / Nenner	Referenzbereich (bundesweit)	Kommentar / Erläuterung
LB 1: QI 1							
LB 1: QI 2							
LB 2: QI 1							
LB 2: QI 2							
...							

Erläuterungen zu den Spalten der Tabellen A bis C:

Spalte 1: In einem „Leistungsbereich (LB)“ sind gleiche bzw. ähnliche medizinische und pflegerische Leistungen eines Krankenhauses zusammengefasst. Beispiele für Leistungsbereiche sind: „Geburtshilfe“, „Operationen des Hüft- oder Kniegelenks“, „Einsatz von Herzschrittmachern“ oder „Entfernung der Gallenblase“. In Tabelle A können 10 Leistungsbereiche mit insgesamt 27 Qualitätsindikatoren dargestellt werden. „Qualitätsindikatoren (QI)“ sind Instrumente, mit denen Qualität gemessen und bewertet werden soll, ausgedrückt z. B. als „Komplikationen während oder nach der Operation“, „ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)“ oder „vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Gebärmutterentfernung“.

Spalte 2: Die Kennzahl ist die eigentliche Zahl, die gemessen wird. Manchmal hat ein Qualitätsindikator mehrere Kennzahlen, zum Beispiel wenn einmal die Komplikationsrate bei allen Patienten gemessen wird und einmal nur bei denen, die notfallmäßig behandelt werden mussten. Die „Kennzahlbezeichnung“ ist der Name der Kennzahl in medizinischer Fachsprache, z. B. „perioperative Komplikationen“, „Reinterventionen wegen Komplikation“ oder „Antibiotikaphylaxe bei Hysterektomie“.

Spalte 3: „Bewertung durch Strukturierten Dialog“ bedeutet, dass das Krankenhaus für jeden Qualitätsindikator den „Stand der Prüfung“ eintragen soll. Folgende neun Eintragungsmöglichkeiten stehen hierzu zur Verfügung:

Bewertung durch Strukt. Dialog	Erklärung
0	Derzeit noch keine Einstufung als auffällig oder unauffällig möglich, da der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist.
1	Ergebnis wird nach Prüfung als unauffällig eingestuft.
2	Ergebnis wird für dieses Erhebungsjahr als unauffällig eingestuft, in der nächsten Auswertung sollen die Ergebnisse aber noch mal kontrolliert werden.
3	Ergebnis wird ggf. trotz Begründung erstmals als qualitativ auffällig eingestuft.
4	Ergebnis wird ggf. trotz Begründung wiederholt als qualitativ auffällig bewertet.
5	Ergebnis wird wegen Verweigerung einer Stellungnahme als qualitativ auffällig eingestuft.
6	Ergebnis wird nach Prüfung als positiv auffällig, d. h. als besonders gut eingestuft.
8	Ergebnis unauffällig, kein Strukturierter Dialog erforderlich.
9	Sonstiges (in diesem Fall ist auch der dem Krankenhaus zur Verfügung gestellte Kommentar in die Spalte 8 zu übernehmen).

Der Kommentar (Ziffer 9) wird dem Krankenhaus von der jeweils für den Strukturierten Dialog auf Landesebene verantwortlichen Stelle zur Verfügung gestellt.

Die weiteren Spalten werden im Anschluss an das folgende Beispiel zum Qualitätsindikator „Postoperative Wundinfektion“ bei der Hüftgelenkersatz-Operation erläutert.

1 Leistungsbereich und Qualitätsindikator	2 Kennzahlbezeichnung	3 Bewertung durch Strukt. Dialog	4 Vertrauensbereich	5 Ergebnis (Einheit)	6 Zähler / Nenner	7 Referenzbereich (bundesweit)
Hüftgelenkersatz QI 8: Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Post-operative Wundinfektion	8	0,8 % - 5,8 %	2,5 %	5 / 200	≤ 3 %

Spalte 4: Der „Vertrauensbereich“ ist sehr wichtig und soll angeben, wie genau der eigentliche Ergebniswert (Spalte 5) wirklich die Realität abbilden kann. Ein großer Vertrauensbereich deutet darauf hin, dass diese Sicherheit gering ist, etwa wegen geringer Fallzahlen. In der Regel wird – so auch im Qualitätsbericht – der 95 %-Vertrauensbereich angegeben. Er gibt an, in welchem Bereich sich das tatsächliche Ergebnis unter Berücksichtigung des Zufalls mit einer Wahrscheinlichkeit von 95 % befindet. Das spielt eine Rolle, wenn versucht werden soll, die Krankenhäuser nach der Qualität zu sortieren (englisch *ranking*). Nur wenn sich die 95 %-Vertrauensbereiche zweier Krankenhäuser nicht überlappen, kann gesagt werden,

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

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

Spalte 5: „Ergebnis“: Hier wird das berechnete Ergebnis eingetragen. Von 200 Patienten dieses Krankenhauses, bei denen ein Hüftgelenk eingesetzt wurde, haben fünf eine Entzündung in der Umgebung des künstlichen Gelenks erlitten, das sind 2,5 %.

Spalte 6: „Zähler/Nenner“ bedeutet, dass hier Patientenzahlen eingetragen werden: Im Zähler die Anzahl der Patienten, die in unserem Beispiel eine postoperative Wundinfektion erlitten haben, und im Nenner die Gesamtzahl aller mit einem neuen Hüftgelenk versorgten Patienten (mit und ohne postoperative Wundinfektion). Auch dieser Bruch (Quotient) gibt schon einen Hinweis darauf, wie groß der Einfluss des Zufalls auf das berechnete Ergebnis (Spalte 5) ist: Je größer der Nenner (im Beispiel: 200), desto kleiner der Einfluss des Zufalls und desto genauer stimmte das berechnete Ergebnis mit dem tatsächlichen überein (desto enger ist auch der 95 %-Vertrauensbereich).

Spalte 7: Der „bundesweite Referenzbereich“ dient dazu, dass das Krankenhaus seinen eigenen Wert (hier 2,5 %) mit diesem (hier ≤ 3 %) vergleichen kann. Im Beispiel spricht es für gute Qualität, wenn in einem Krankenhaus bei weniger als 3 % der Patienten eine Entzündung am künstlichen Hüftgelenk auftritt; die Entzündungsrate von 2,5 % liegt noch im Bereich von „guter Qualität“.

Mit diesen Tabellen ist es zwar noch nicht besonders leicht, aber immerhin schon ansatzweise möglich, die Wahl eines Krankenhauses auf objektive Daten über die Leistungsqualität zu stützen – wenigstens in den Leistungsbereichen, für die Qualitätsindikatoren und Ergebnisse veröffentlicht werden. Das ist ein Anfang. Vieles wird noch dazukommen müssen, beispielsweise externe Qualitätssicherung im vertragsärztlichen Bereich. Die externe Qualitätssicherung wird allerdings immer nur einen Ausschnitt des Leistungsspektrums der Medizin untersuchen können.

Außerdem brauchen Patienten Instrumente, die ihnen eine Suche quer durch die Qualitätsberichte verschiedener Krankenhäuser ermöglichen. Die Berichte helfen erst weiter, wenn die Auswahl in Frage kommender Häuser schon sehr stark eingegrenzt ist. Solche Instrumente wurden in den letzten Jahren entwickelt, zum Beispiel Krankenhaus-Suchmaschinen im Internet (siehe letztes Kapitel).

Für diejenigen, die es genau wissen wollen, stehen bei der BQS die Informationen über die Qualitätsindikatoren im Gesamtüberblick zur Verfügung (www.bqs-outcome.de, www.bqs-qualitaetsindikatoren.de).

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

Auf der Landesebene sind möglicherweise weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgeschrieben (§ 112 SGB V). In diesem Fall werden hier die entsprechenden Leistungsbereiche aufgelistet. Das Krankenhaus kann zusätzliche Angaben dazu machen, etwa darüber, welche Ergebnisse es erzielt hat oder welche Qualitätsverbesserungen erreicht werden konnten. Das kann für Sie interessant sein, wenn Ihre Erkrankung nur auf Landesebene in die externe Qualitätssicherung einbezogen ist. Bei der Bewertung von Ergebnissen sind natürlich auch die Erläuterungen zu C-1.2 zu beachten.

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

Disease-Management-Programme (DMP) sind spezielle strukturierte Behandlungsprogramme für chronische Krankheiten, die auf gesetzlicher Grundlage (§ 137f SGB V) seit 2002 von den Krankenkassen angeboten werden. Mit ihnen sollen die Behandlungsabläufe und die Qualität der Behandlung chronisch Kranker verbessert werden. Die Krankheiten, für die solche Programme eingeführt werden können, legt der Gesetzgeber aufgrund von Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses fest. Derzeit gibt es in Deutschland DMP zu den Indikationen Brustkrebs, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ I und II), Koronare Herzkrankheit, Chronische Bronchitis (COPD) und Asthma. In Disease-Management-Programmen (DMP) sind weitere Qualitätssicherungsmaßnahmen vorgesehen.

Das Krankenhaus kann in dieser Tabelle angeben, an welchen Disease-Management-Programmen (DMP) es im Berichtsjahr teilgenommen hat. Das kann für Sie bedeutsam sein, wenn Sie an einer chronischen Krankheit leiden, für die ein solches Programm existiert. Patienten, die an einem DMP teilnehmen und die eine Krankenhausbehandlung benötigen, werden (außer im Notfall) von ihrem behandelnden Arzt vorrangig in solche Krankenhäuser eingewiesen, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Die an einem DMP teilnehmenden Krankenhäuser verpflichten sich zu einer qualitätsgesicherten Versorgung entsprechend den Vorgaben der Programme und müssen beispielsweise vertraglich festgelegte Qualitätsanforderungen erfüllen. Diese können sich sowohl auf die Ausstattung als auch auf die perso-

nellen Qualifikationen beziehen. Darüber hinaus ist im Rahmen der DMP die Kooperation mit den einweisenden Ärzten geregelt. Wenn Sie sich also in ein solches Programm Ihrer Krankenkasse eingeschrieben haben, hat der Hinweis des Krankenhauses auf die Beteiligung an einem DMP für Sie eine unmittelbare Bedeutung. Aber auch für diejenigen, die nicht an einem dieser Programme teilnehmen, kann die Tatsache, dass ein Krankenhaus Patienten im Rahmen eines DMP behandelt, auf bestimmte Qualitätsmerkmale hindeuten.

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

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

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

Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung (C-5) und ergänzende Angaben nach der Ausnahmeregelung (C-6)

Hier muss beschrieben werden, wie die Mindestmengenvereinbarung (§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V) umgesetzt wird. Bei einigen planbaren Leistungen wird davon ausgegangen, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistung abhängt. Die Auffassung „Übung macht den Meister“ liegt dem zugrunde, und ein Haus, das eine Operation beispielsweise nur viermal im Jahr durchführt, hat möglicherweise darin nicht viel Erfahrung. Wissenschaftler und Politiker streiten jedoch heftig darüber, ob die „Menge“ einer Behandlung ein brauchbares Kennzeichen, also ein Indikator für gute Qualität ist.

Zukünftig dürfen Krankenhäuser, die die festgelegten Mindestmengen pro Krankenhaus nicht erfüllen, diese Eingriffe nur noch ausführen, wenn andernfalls eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung gefährdet wäre und dies von der zuständigen Landesbehörde genehmigt wird. Denn die Einführung von Mindestmengen hat zur Folge, dass zumindest die bisher definierten seltenen Eingriffe nur noch an spezialisierten Krankenhauszentren erbracht werden.

In der Tabelle C-5 stellt das Krankenhaus dar, wie häufig es die Leistungen im Berichtsjahr durchgeführt hat, und vergleicht diese Zahlen mit der geforderten Mindestmenge. Hat es Leistungen erbracht, ohne die erforderliche Mindestmenge zu erreichen, muss es in der Spalte „Ausnahmeregelungen“ die Gründe dafür darstellen und dies beim folgenden Punkt (C-6) näher erläutern. Für diese Leistungen muss es hier außerdem angeben, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität dann sichergestellt wird.

Qualitätsmanagement (Teil D)

In der Industrie werden seit Jahrzehnten Arbeitsabläufe und Prozesse verbessert. Wesentliche Grundprinzipien sind dabei: zielorientierte Unternehmensleitung, Kundenorientierung, Mitarbeiterentwicklung, kontinuierliche Verbesserung, präventive Fehlervermeidung und Prozessoptimierung.

Auch Krankenhäuser sind seit einigen Jahren gesetzlich verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement (QM) einzuführen. Professionelles Management, geeignete Strukturen, gut ausgebildete Mitarbeiter und verbesserte Verfahren sollen zu hoher Qualität und zur Zufriedenheit der Patienten beitragen. Im Qualitätsbericht soll jedes Krankenhaus seine Qualitätspolitik darlegen, indem es nicht nur seine „Philosophie“ darstellt und Ziele formuliert, sondern indem es auch präzisiert, mit welchen Maßnahmen diese umgesetzt werden.

Je konkreter im Abschnitt D des Qualitätsberichts z. B. die Qualitätsziele des Krankenhauses beschrieben sind oder Maßnahmen berichtet werden, die die Patientenzufriedenheit ermitteln und verbessern können (z. B. Befragungen, Beschwerdemanagement), desto mehr kann dies als Hinweis gewertet werden, dass das Krankenhaus Qualitätsmanagement bereits eingeführt hat oder sich aktiv darum bemüht.

Im Gegensatz dazu sprechen unkonkrete und allgemeine Angaben im Abschnitt D möglicherweise eher für Absichtserklärungen und weniger für die praktische Umsetzung von Qualitätsmanagement. Qualitätsziele wie „Leistungserbringung auf höchstem Niveau“ oder „Hohe Mitarbeiterzufriedenheit“ ohne genauere Beschreibung deuten eher auf vage Absichtserklärungen hin.

Keine oder wenige Erläuterungen im Abschnitt D sprechen möglicherweise dafür, dass sich das Krankenhaus erst wenige Gedanken zum internen Qualitätsmanagement gemacht hat.

Qualitätspolitik (D-1)

Hier wird dargelegt, was als Grundverständnis und Richtung der Qualitätspolitik eines Krankenhauses definiert wird, eine Art übergeordnete Ausrichtung, die in der oberen Führungsebene festgelegt wird. Ein Krankenhaus könnte zum Beispiel seine Qualitätsphilosophie aufzeigen, sein Leitbild oder die Grundsätze des Unternehmens, oder wie es mit Fehlern umgeht, welche Maßnahmen zur Fehlervermeidung entwickelt werden oder wie es die Qualitätspolitik des Hauses seinen Mitarbeitern vermittelt.

In diesem Kapitel werden Ansprüche formuliert, an denen man das Krankenhaus auch messen kann, etwa bei einer Beschwerde. Ein Krankenhaus, das sich hier beispielsweise bestimmten Wertvorstellungen verpflichtet, muss diese im Umgang mit seinen Patienten auch umsetzen.

Qualitätsziele (D-2)

An dieser Stelle soll das Krankenhaus darlegen, welche konkreten Qualitätsziele es verfolgt und welche Maßnahmen getroffen werden, um sie auch zu erreichen. Je präziser die Angaben in diesem Bereich sind, desto eher kann davon ausgegangen werden, dass sich das Krankenhaus aktiv mit Qualitätsverbesserungs-Projekten auseinandersetzt.

Es spricht beispielsweise viel für ein „fortgeschrittenes“ Qualitätsmanagement, wenn nicht nur Qualitätsziele konkret definiert werden, sondern wenn dann auch systematisch beschrieben wird, wie die Ergebnisse konkret gemessen werden, also ob diese Ziele auch erreicht wurden.

Ein positives Beispiel könnte lauten: „Unsere Patientenbefragung im Jahr 2006 hat ergeben, dass nur ca. 60 % der Patienten zufrieden sind mit den Informationen, Verhaltensregeln und Hinweisen, die sie bei der Entlassung aus unserem Krankenhaus erhalten. Unser Qualitätsziel für diesen Bereich soll daher sein: »Die Patientenzufriedenheit im Zusammenhang mit der Entlassung soll im Jahr 2007 auf mindestens 80 % ansteigen«. Im Rahmen eines Projektes sollen folglich Problemursachen analysiert und Lösungsvorschläge erarbeitet werden.“

Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (D-3)

In diesem Abschnitt D-3 sollten die hauseigenen Qualitätsmanagement-Strukturen erläutert werden, beispielsweise ob eine Stabsstelle Qualitätsmanagement bei der Geschäftsführung eingerichtet wurde, ob Qualitätskonferenzen abgehalten werden, bei denen auch die Leitungsebenen einbezogen sind, ob Teams über Berufsgruppen und Hierarchiestufen hinweg in allen Abteilungen und Funktionsbereichen eines Krankenhauses eingerichtet wurden oder ob Mitarbeiter in den Methoden des Projekt- und Qualitätsmanagements ausgebildet wurden.

Damit internes Qualitätsmanagement funktionieren kann, sind angemessene strukturelle Voraussetzungen erforderlich. So genügt es nicht, nur einen Mitarbeiter mit der Qualitätssicherung zu beauftragen; vielmehr müssen alle Hierarchieebenen beteiligt werden. Ohne finanzielle, personelle und organisatorische Investitionen ist Qualitätsmanagement kaum realisierbar. Eine Führungsmannschaft, die im Qualitätsmanagement engagiert und erfahren ist, weiß um diese Voraussetzungen und stellt die erforderlichen Mittel bereit.

Wenn ein Qualitätsbericht hier keine oder wenige Informationen zu den Voraussetzungen, den Strukturen und dem Personaleinsatz des Qualitätsmanagements enthält, spricht dies möglicherweise für Zurückhaltung der Krankenhausleitung bei der Einführung von Qualitätsmanagement. Wenn der Qualitätsbericht detaillierte Informationen zur Verfügung stellt, spricht dies eher für Erfahrung der Krankenhausleitung im Qualitätsmanagement.

Instrumente des Qualitätsmanagements (D-4)

Zur systematischen Planung und Durchführung von Qualitätsverbesserungsprojekten steht eine Vielzahl von Instrumenten zur Verfügung:

- **Qualitätsindikatoren** zur Messung und Bewertung der Qualität. Sie sollen Hinweise auf gute bzw. verbesserungsbedürftige Qualität geben. Sie spielen auch in der externen Qualitätssicherung eine wichtige Rolle. Aber auch krankenhauserntwickelte Qualitätsindikatoren sind zur Messung und Bewertung von Aspekten der Qualität geeignet.
- **Befragungen** von Patienten, einweisenden Ärzten, Mitarbeitern oder Bürgern der Region können ebenfalls das Ziel haben, Qualitätsprobleme oder Schwachstellen in Erfahrung zu bringen (und zu beseitigen).
- **Beschwerdemanagement** nennt man ein systematisches Instrument, um akute, dringende oder schwerwiegende Probleme zu erkennen und schnell lösen zu können.
- Fehler- und **Risikomanagement** soll einerseits vorbeugend Fehler, Risiken und (Beinahe-)Schäden erkennen und vermeiden und andererseits – wenn Fehler aufgetreten sind – zum offensiven Umgang und zu Maßnahmen anregen, damit Fehler nicht erneut auftreten.
- Orientierung an medizinischen und pflegerischen **Leitlinien oder Standards**, die sicherstellen sollen, dass die Behandlungsabläufe und -ergebnisse dem aktuellen wissenschaftlichen Stand entsprechen (Beispiele: Leitlinie zur Feststellung und Behandlung von Brustkrebs, pflegerische Expertenstandards zur Vermeidung von Druckgeschwüren und Stürzen, also Dekubitusprophylaxe und Sturzprophylaxe).
- **Berufsgruppenübergreifende Konferenzen** und Besprechungen zur Information und Beratung über die aktuellen oder durchgeführten Behandlungen.
- Systematische Maßnahmen zur umfassenden **Information und Aufklärung** der Patienten in allen Phasen des Krankenhausaufenthaltes einschließlich der Zeiten vor der Aufnahme und nach der Entlassung.

Qualitätsmanagement-Projekte (D-5)

Qualitätsmanagement-Projekte sind systematische und strukturierte Projekte, die ein Krankenhaus durchführt, um seine Qualität nachweislich zu verbessern. Gut durchgeführte QM-Projekte orientieren sich an der systematischen Herangehensweise des international bekannten PDCA-Zyklus (Plan–Do–Check–Act). Er ist durch folgende Schritte gekennzeichnet:

- Beschreibung des Problems
- Messung des Problem-Ausmaßes (Ist-Analyse)
- Formulierung der Ziel-Erreichung („Soll“)
- Klärung der Ursachen der Probleme
- Maßnahmen zur Beseitigung der Probleme und deren Umsetzung
- Evaluation (Ermittlung des Erfolgs) der Maßnahmen

- Messung der Beseitigung der Probleme: Ziel nachweislich (= gemessen) erreicht?

Ein einfaches Beispiel soll zeigen, wie dies aussehen kann:

- Beschreibung des Problems: zu hohe Rate an neu entstandenen Druckgeschwüren (Dekubitusrate) von 5 % bei Patienten mit Hüftgelenkersatz
- Messung des Problems: Dokumentation im BQS-Verfahren
- Formulierung der Ziel-Erreichung: Senkung der Dekubitusrate auf die Hälfte (2,5 %) innerhalb von sechs Monaten
- Klärung der Ursachen der Probleme: Beobachtung der Abläufe nach der Operation
- Maßnahmen zur Beseitigung der Probleme und deren Umsetzung: frühzeitige Mobilisation von Patienten, Einsatz von Lagerungsmaterialien, Anleitung der Patienten zur Eigenbewegung, ggf. Einsatz von Spezialmatratzen
- Evaluation: Sonderauswertung der BQS-Daten nach sechs Monaten
- Grad der Zielerreichung: Dekubitusrate bei 2,0 % durch konsequente Umsetzung der oben genannten Maßnahmen.

Bewertung des Qualitätsmanagements (D-6)

An dieser Stelle des Qualitätsberichts können die Krankenhäuser beschreiben, ob sie ihr internes Qualitätsmanagement nur selbst bewerten oder zusätzlich von außen bewerten lassen, ob sie ein Zertifikat (Gütesiegel) anstreben und welche Verfahren sie hierzu einsetzen. Viele zum Teil verwirrende Begriffe werden in diesem Zusammenhang gerne verwendet (z. B. DIN ISO, KTQ, proCum Cert, EFQM). Im Folgenden werden einige von ihnen kurz erläutert.

- In vielen industriellen oder dienstleistenden Unternehmen ist es seit Jahren üblich, sein internes Qualitätsmanagement – eigentlich das QM-System – von einer externen, unabhängigen Stelle bewerten zu lassen. Das Ergebnis der Bewertung ist in der Regel ein Zertifikat, das bescheinigt, dass das QM-System in Übereinstimmung mit festgelegten Regeln aufgebaut ist. Das Zertifikat alleine sagt noch nichts darüber aus, wie gut das QM-System im Einzelfall funktioniert. In der Industrie ist das „allgemeine“, branchenunabhängige und international abgestimmte Zertifizierungskonzept nach **DIN EN ISO 9001:2000** verbreitet. Es wird auch in manchen Krankenhäusern, einzelnen Abteilungen oder Laboratorien eingesetzt.
- Für Krankenhäuser in Deutschland wurde mit **KTQ[®]** (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) ein spezielles krankenhausspezifisches Zertifizierungskonzept entwickelt. Für Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft wurde ein zu KTQ ergänztes Zertifikat mit Namen proCum Cert entwickelt, in dem zusätzlich auch Eigenschaften eines christlich geprägten Qualitätsmanagements Berücksichtigung finden.

Wer solche Zertifikate anstrebt, muss nachweisen, dass definierte Elemente des Qualitätsmanagements vorhanden sind und dass er das Ziel verfolgt, seine Qualität ständig zu verbessern.

- Seit einiger Zeit entstehen im Krankenhausbereich sogenannte **Zentren**, in denen, meist berufsgruppenübergreifend, spezielle Erkrankungen besonders gut erkannt und behandelt werden können („Brustzentren“ beispielsweise sind mittlerweile häufig etablierte Einrichtungen). Wenn sie definierte Qualitätsanforderungen erfüllen, etwa von wissenschaftlichen Fachgesellschaften, können sie dafür ein Zertifikat erhalten. Allerdings ist der Begriff „Zentrum“ nicht geschützt. Nicht in jedem Fall ist der Begriff ein Garant für standardisierte und gesicherte Qualität. Ein Beispiel dafür sind die sogenannten Tumorzentren.
- Unter **Peer Review** versteht man eine ständige, systematische und kritische Besprechung und Beratung durch externe Angehörige der eigenen Berufsgruppe über die eigene Leistungsfähigkeit. In strukturierten Prozessen wird dabei die Qualität der Patientenversorgung kontinuierlich verbessert.
- Eine weitere Möglichkeit, Qualitätsmanagement umfassend in einer gesamten Organisation zu bewerten, bietet das sogenannte **EFQM-Modell** (European Foundation for Quality Management) oder Excellence-Modell. Es ist Grundlage für eine Auszeichnung, den sogenannten EFQM-Excellence Award.

Wenn Sie dieses Kapitel in den Qualitätsberichten lesen, achten Sie darauf, ob Angaben zur Bewertung des Qualitätsmanagements eher Absichtserklärungen sind, ob schon konkrete Vorbereitungen sichtbar sind oder ob eine Bewertung bereits abgeschlossen ist. Auch wenn Angaben in diesem Abschnitt fehlen oder noch nicht möglich sind, muss das nicht gegen das Krankenhaus sprechen, denn eine Bewertung des internen QM ist letztlich nur dann sinnvoll, wenn das Krankenhaus bereits konkret dabei ist, QM einzuführen oder weiterzuentwickeln.

Die Wahl für ein oder mehrere Bewertungskonzept(e) trifft jedes Krankenhaus individuell in Abhängigkeit von seinen Vorstellungen oder Situationen. Entscheidend ist daher nicht, welches Bewertungsverfahren gewählt, sondern welches Ziel damit verfolgt wird und wie mit den Ergebnissen umgegangen wird. Beispielsweise ist das Ziel, ein Zertifikat um des Zertifikates willen oder zu Zwecken des Marketings zu erlangen, weniger hoch einzuschätzen als die Absicht, die Ergebnisse der Zertifizierung zur konsequenten Weiterentwicklung des internen Qualitätsmanagements zu nutzen. Angaben hierzu deuten auf ein fortgeschrittenes Qualitätsverständnis hin.

Fazit: Der zweite Schritt eines langen Weges

Mit den 2007er Qualitätsberichten für das Berichtsjahr 2006 liegt nun die „zweite Runde“ der Qualitätsberichte vor. Im Vergleich zu den Qualitätsberichten des Jahres 2005 (Berichtsjahr 2004) wurden Struktur und Inhalte der Berichte weiterentwickelt und verbessert. Durch begriffliche Vereinheitlichungen – z. B. bei den medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten, den Versorgungsschwerpunkten, den Serviceangeboten, der apparativen Ausstattung, den Qualifikationen der Ärzte, der Pflegekräfte sowie anderer therapeutischer Berufsgruppen – können leichter Vergleiche zwischen den Informationen der Qualitätsberichte verschiedener Krankenhäuser gezogen werden.

Als wesentlicher Fortschritt im Vergleich zur 2005er Version (Berichtsjahr 2004) sind im Kapitel Qualitätssicherung jetzt erstmals standardisierte und verpflichtende Angaben zur Prozess- und Ergebnisqualität enthalten. Mit den hier angegebenen Qualitätsindikatoren und ihren Ergebnissen sind Behandlungsergebnisse erstmals zwischen den Krankenhäusern vergleichbar. Damit ist ein wichtiger Meilenstein in Richtung Transparenz der Qualität von Krankenhausleistungen erreicht. Dies hat insbesondere für die Orientierung und Entscheidung der Versicherten und Patienten große Bedeutung.

Auch das Kapitel „Qualitätsmanagement“ wurde durch straffere Vorgaben konkretisiert. Leitend für diese Vorgaben war das Ziel, möglichst klare und belegbare Informationen zu erhalten über konkrete Qualitätsstrategien, Qualitätsziele und Qualitätsverbesserungen des Krankenhauses. Je konkreter die Angaben sind, die in diesen Bereichen gemacht werden, desto mehr spricht dies für die Glaubwürdigkeit und für das Engagement des Krankenhauses in Bezug auf ein „richtig“ verstandenes, umfassendes Qualitätsmanagement.

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

Wenn Sie nun gefragt werden, ob Ihnen diese Qualitätsberichte der „zweiten Generation“ bei der Suche nach einem *guten* bzw. für Sie *richtigen* Krankenhaus *ausreichende* Informationen geben, wird die Antwort vermutlich immer noch zurückhaltend ausfallen. Sie werden eventuell Angaben vermissen, die für Sie persönlich wichtig sind, die aber in den Qualitätsberichten nicht unbedingt enthalten sind, zum Beispiel wie viele Zweibettzimmer eine Station hat, ob es spezielle Speiseangebote (koscher, vegetarisch, glutenfrei) gibt, wie die Besetzung der einzelnen Schichten mit examinierten Pflegekräften ist, wie das Arzt-Patientenverhältnis bewertet wird, ob es eine organisierte Nachsorge durch ambulante Dienste gibt. Schließlich werden Patienten für jedes Krankenhaus wissen wollen, wie zufrieden *andere* Patienten damit waren. Da der Qualitätsbericht als Teil der Qualitätssicherung im Krankenhaus auch ein „lernendes System“ ist, ist damit zu rechnen, dass die Berichte mit jeder Veröffentlichung aussagekräftigere Informationen enthalten werden.

Gemessen am Stand der Dinge bis zum Herbst 2005 ist die nun vorliegende Informationsfülle auf jeden Fall ein großer Schritt in die richtige Richtung. Allerdings ist davon auszugehen, dass Sie sich in der Regel nicht alleine im „Datenschwungel“ zurechtfinden werden und die Qualitätsberichte nicht immer ohne fachkundige Hilfe verstehen können. Ein Grund dafür ist auch, dass sich die Berichte gleichzeitig an mehrere Adressaten richten (Patienten, einweisende Ärzte, Krankenkassen und weitere), und ihre Inhalte wie auch der Umfang den Laien manchmal eher abschrecken könnten. Darüber hinaus werden die Berichte nur im Internet veröffentlicht und sind für alle, die dieses Medium nicht nutzen, nur sehr schwer verfügbar. Es ist allerdings zu erwarten, dass viele Krankenhäuser die Gelegenheit nutzen werden und die Berichte auch in gedruckter Form herausgeben. Eine weitere Schwierigkeit ist die Verständlichkeit der Berichte. Obwohl an vielen Stellen die Übersetzung medizi-

nischer Fremdworte in Umgangssprache vorgenommen wird, bleiben doch noch viele Wendungen und Fachbegriffe übrig, die nicht ohne Vorkenntnisse zu verstehen sind.

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

Was tun? Einige Ratschläge für informationshungrige Patienten

Qualitätsberichte im Internet

Im Internet finden Sie die Qualitätsberichte aller etwa zweitausend deutschen Krankenhäuser im pdf-Format. Über eine Suchfunktion können Sie Krankenhäuser über ihren Namen, den Ort oder die Postleitzahl suchen. Überdies können Suchbegriffe eingegeben werden, in manchen Suchmaschinen ist auch eine differenzierte Suche nach einzelnen Inhalten der Qualitätsberichte im Krankenhausvergleich möglich.

Die Qualitätsberichte werden auf verschiedenen Homepages angeboten:

- **www.BKK-Klinikfinder.de**, die Internet-Suchmaschine der Betriebskrankenkassen
- **www.klinik-konsil.de** der AOK für Ärzte und das medizinische Fachpublikum
- AOK-"Krankenhaus-Navigator" unter **www.aok.de** für Versicherte der AOK
- **www.klinik-lotse.de** der Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV)
Die einzelnen Ersatzkassen bieten darüber hinaus noch eigene Internetsuchmaschinen auf ihrer Homepage an.
- Deutsche Krankenhaus TrustCenter und Informationsverarbeitung GmbH (DKTiG), **www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de**
- Eine Bewertung von Internet-basierten Krankenhaus-Suchmaschinen ist bei der Verbraucherzentrale Hamburg erhältlich (**www.vzhh.de**).
- **www.ikk.de** für die Suchmaschine "Klinik-ProFi" der Innungskrankenkassen
- **www.kbs.de/DE/klinikprofi** für die Suchmaschine der Knappschaft-Bahn-See
- **www.lsv.de** für die Suchmaschine "Klinik-ProFi" der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- **www.derprivatpatient.de/krankenhaus-info/kh-suchmaschine.html** des PKV-Verbandes

Die Grundlage der gesetzlichen Qualitätsberichte aller Krankenhäuser sind die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Sie finden sich im Internet unter **www.g-ba.de**. “

- II. Die Lesehilfe wird ab dem 20. Dezember 2007 im Internet veröffentlicht. Die Internetadresse lautet: www.g-ba.de

Siegburg, den 18. Dezember 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 Abs. 7 SGB V

Der Vorsitzende

Polonius

Herausgeber:

Bundesministerium der Justiz
Postanschrift: 11015 Berlin
Hausanschrift: Mohrenstraße 37, 10117 Berlin
Telefon: (0 30) 18 580-0

Anschrift der Redaktion:

Bundesamt für Justiz
– Schriftleitung Bundesanzeiger –
Postfachanschrift: Postfach 20 40, 53010 Bonn
Hausanschrift: Adenauerallee 99–103, 53113 Bonn
Telefon: (02 28) 99 410-40

„Amtlicher Teil“:

Verantwortlich: Regierungsamtmannt Manfred Halstenbach
Anschrift der Redaktion: siehe Bundesamt für Justiz

„Nichtamtlicher Teil“:

Verantwortlich: Rainer Diesem
Anschrift der Redaktion: siehe Verlag

Der Abdruck aus dem „Nichtamtlichen Teil“ bedarf der Zustimmung des Verlages.

„Gerichtliche und sonstige Bekanntmachungen“ sowie „Jahresabschlüsse und

Hinterlegungsbekanntmachungen“:

Verantwortlich: Rainer Diesem
Anschrift der Redaktion: siehe Verlag

Verlag: Bundesanzeiger Verlagsges.mBH.

Hausanschrift: Amsterdamer Straße 192, 50735 Köln
Postfachanschrift: Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon: Köln (02 21) 9 76 68-0
Die Gesellschaft ist eingetragen beim Amtsgericht Köln unter HRB 31 248.

Satz: Online Cross Media GmbH, Dortmund

Druck und buchbinderische Verarbeitung: SZ-Druck, Sankt Augustin

Beilagen zum Bundesanzeiger werden nur im Rahmen eines Abonnements ohne Aufpreis ausgeliefert. Im Einzelbezugspreis des Bundesanzeigers sind Beilagen nicht enthalten.

DPAG – Postvertriebsstück – Entgelt bezahlt – G 1990

Nr. 94a/2008