



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser lesen und verstehen

Herausgegeben vom Gemeinsamen Bundesausschuss
(G-BA)

Berlin, Juni 2011



Inhaltsverzeichnis

Was ist Qualität und wie wird sie gemessen?.....	5
Dimensionen der Qualität	5
Was wollen Patientinnen und Patienten wissen?	7
Wie kam es zu den gesetzlichen Qualitätsberichten?.....	8
Was können die gesetzlichen Qualitätsberichte leisten?	9
Wie werden die Erkrankungen und Behandlungen im Qualitätsbericht bezeichnet?	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).....	13
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)	14
Personelle Ausstattung des Krankenhauses (A-14)	14
Apparative Ausstattung (A-15).....	14
Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten und Fachabteilungen (Teil B)	15
Diagnosen nach ICD (B-[X].6)	15
Prozeduren nach OPS (B-[X].7)	16
Zwischenbemerkung: Sie sollen das alles verstehen können!.....	17
Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-[X].8)	17
Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft (B-[X].10).....	18
Personelle Ausstattung (B-[X].11)	18
Qualitätssicherung (Teil C)	19
Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung (C-1)	19
Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (C-2).....	20
Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (C-3)	20
Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung (C-4).....	21
Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung (C-5)	21
Umsetzung von Strukturqualitätsvereinbarungen (C-6)	22

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V.....	22
Qualitätsmanagement (Teil D).....	22
Qualitätspolitik (D-1)	23
Qualitätsziele (D-2)	23
Aufbau des einrichtungswenigen Qualitätsmanagements (D-3)	24
Instrumente des Qualitätsmanagements (D-4).....	24
Qualitätsmanagement-Projekte (D-5).....	25
Bewertung des Qualitätsmanagements (D-6).....	26
Fazit: Der nächste Schritt auf einem langen Weg	27



Seit 2005 berichten die rund 2.000 Krankenhäuser in Deutschland öffentlich darüber, was sie tun und wie gut sie dabei sind. Diese sogenannten „strukturierten Qualitätsberichte“ richten sich z. B. an Patientinnen und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung. Im Folgenden geht es um die Qualitätsberichte, die Anfang 2012 vollständig vorliegen werden und sich auf die Qualität des Jahres 2010 beziehen. Hier werden sie die „2010er Qualitätsberichte“ genannt.

Im Sozialgesetzbuch ist verankert, dass der Qualitätsbericht alle zwei Jahre rückwirkend für das vorangegangene Jahr zu erstellen ist (§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 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 im Internet zur Verfügung stellen. In Internet-Suchmaschinen 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 mit komplizierten „Systemen“ zu tun: nämlich mit Menschen, die nicht nur aus einem Körper mit vielen Organen bestehen, sondern sich in ihren jeweiligen Bedürfnissen und Erwartungen und in der Schwere ihrer Erkrankung bzw. der Zahl und dem Zusammenspiel verschiedener Erkrankungen unterscheiden. Deshalb gibt es auch unterschiedliche Reaktionen auf die gleiche medizinische Behandlung. Darüber hinaus müssen auch seelische, soziale, geistig-mentale und vielleicht auch religiös-spirituelle Dimensionen bedacht werden, um den Menschen mit seiner Krankheit zu verstehen und das wichtigste Ziel der Medizin – der Genesung – zu erreichen. Zu den sozialen Dimensionen gehören beispielsweise die Patientenrechte. So darf etwa keine Behandlung ohne verständliche Aufklärung und Einwilligung der Patientin oder des Patienten erfolgen. Zusätzlich erschweren äußere Faktoren die Messung der Qualität im Krankenhaus. Beispielsweise hat das Krankenhaus auf die medizinische Versorgung *vor* der Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten in der Regel keinen Einfluss. Auch die hohe Komplexität im Aufbau und Funktionieren eines Krankenhauses trägt dazu bei, dass das Messen und Sichern von Qualität hier eine große Herausforderung darstellt.

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

Was ist Qualität und wie wird sie gemessen?

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

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

Dimensionen der Qualität

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

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

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

Qualitätsindikatoren sind Daten und Zahlen, die im Behandlungsgeschehen erfasst werden können und es möglich machen, Qualität indirekt zu messen und damit gleichsam zu bewerten. Beispielsweise beschreibt ein Qualitätsindikator den prozentualen Anteil der Patientinnen und Patienten (z. B. 80 Prozent), die nach dem gelungenen Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks nach kurzer Zeit wieder selbstständig gehen konnten.

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

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

alle bekannten Risikofaktoren vollständig berücksichtigt werden. Folglich sind die Ergebnisse immer mit gewissen Unsicherheiten behaftet.

Was wollen Patientinnen und Patienten wissen?

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

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

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

Wir gehen davon aus, dass die meisten Patientinnen und Patienten im Krankenhaus vor allem auf die Qualität der *medizinischen und pflegerischen Behandlung* Wert legen. Gerade die ist jedoch besonders schwer zu beurteilen. Leichter fällt das schon für die „Hotelleistungen“ wie Sauberkeit, Güte des Essens, Ausstattung der Räume und dergleichen. Auch die Freundlichkeit und Zuwendung des Personals ist unmittelbar erlebbar. Diese leichter sichtbaren Aspekte werden dann von vielen Menschen als Ersatz für die schwerer zu beurteilende medizinische Qualität herangezogen – also als indirekte Hinweise auf die Qualität der medizinischen und pflegerischen Behandlung. Dies ist allerdings fraglich: Lässt gutes Essen wirklich auf gute Medizin schließen? Allenfalls könnte man annehmen, ein Krankenhaus, das

sich um gute Qualität der Serviceleistungen bemüht, werde auch bei der medizinischen Behandlung nach besten Kräften um beste Qualität besorgt sein. Die allgemeine Bemühung um das Patientenwohl kann dann wenigstens als „weicher“ Hinweis auf die Bemühung um gute medizinische Arbeit gesehen werden. Ein „härterer“, aussagekräftiger Indikator ist möglicherweise der Umgang mit Beschwerden: Ein Krankenhaus, das Sie als unzufriedene und damit vielleicht unbequeme Person ernst nimmt, Ihren Beschwerden nachgeht und erkannte Missstände abstellt, zeigt seine Offenheit gegenüber Kritik und sein Bemühen um Verbesserung. Beides sind wichtige Voraussetzungen auch für die sorgfältige und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Auch die Bereitschaft eines Krankenhauses, die Qualität seiner Arbeit für Patientinnen und Patienten transparent zu machen, 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 Ärztinnen und Ärzte hatten eher ausschnittsweise Kenntnisse über die Krankenhäuser ihrer Umgebung, in die sie öfter Patientinnen und Patienten eingewiesen hatten. Krankenkassen wussten bereits einiges über die Qualität der Gesundheitsversorgung, denn sie verfügten auch schon vorher zu Abrechnungszwecken über Leistungsdaten der Krankenhäuser. Berufs- und Standesorganisationen wie Ärztekammern und Berufsverbände hatten ebenfalls einige Informationen über die Qualität der Arbeit ihrer Mitglieder. All dieses Wissen war jedoch für Patientinnen und Patienten nur schwer zugänglich.

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

Diese Regelungen nennen drei Ziele der Qualitätsberichte: An erster Stelle steht „Information und Entscheidungshilfe für alle interessierten Personen, insbesondere

im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung“, an zweiter und dritter Stelle folgen dann „eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung von Patientinnen und Patienten insbesondere für Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung und Krankenkassen“ sowie „die Möglichkeit für ein Krankenhaus, seine Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen“. Alle sollen davon profitieren, aber interessierte Personen und unter ihnen die Patientinnen und Patienten stehen an erster Stelle.

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

Was können die gesetzlichen Qualitätsberichte leisten?

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

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

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

- Sie berücksichtigen nicht die vielen Faktoren, die auf die Qualität eines Krankenhauses einwirken und nicht immer durch Risikoadjustierung völlig ausgeglichen werden können.

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

Wie werden die Erkrankungen und Behandlungen im Qualitätsbericht bezeichnet?

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

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

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

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

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

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

- | | |
|---|---|
| 1 | Diagnostik |
| 3 | Bildgebende Diagnostik |
| 5 | Operationen |
| 6 | Medikamente |
| 8 | Nichtoperative therapeutische Maßnahmen |
| 9 | Ergänzende Maßnahmen |

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

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

Die Teile des Qualitätsberichts

Die Struktur der 2010er Qualitätsberichte wurde nach den Erfahrungen mit den Berichten über die Jahre 2004, 2006 und 2008 erneut überarbeitet. Das hatte zur Folge, dass sich Inhalte und Struktur des Qualitätsberichts leicht verändert haben. Der Qualitätsbericht besteht aus folgenden Teilen:

- A. Angaben, die für das **ganze Krankenhaus** gelten.
- B. Angaben zu den **Fachabteilungen oder Organisationseinheiten**, zu den durchgeführten Behandlungen und den behandelten Krankheiten – jeweils mit Angaben darüber, wie oft etwa eine Operation im Jahr durchgeführt wurde.
- C. Maßnahmen und Projekte der **Qualitätssicherung**, an denen das Krankenhaus teilnimmt.
- 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 Patientin oder 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. Qualitäts- oder Hygienebeauftragte, Patientenforsprecher, Pressereferenten) 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 darauf 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 seine Kontaktdaten per Post, Telefon und E-Mail sowie die 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 einen Überblick 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 Patientinnen und Patienten aus einer bestimmten Region stationär aufzunehmen. Diese Einrichtungen benötigen hierfür eine besondere Fachkompetenz. Selbstverständlich können Sie sich als Betroffene oder Betroffener auch in einem psychiatrischen Krankenhaus in einer anderen Region behandeln lassen.

Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte (A-8)

Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte beschreiben die medizinischen Behandlungen bzw. Operationen, auf die sich ein Krankenhaus im besonderen Maße konzentriert. Die Angaben beruhen in der Regel auf der Selbsteinschätzung der Krankenhäuser. Dabei arbeiten mehrere Fachabteilungen zusammen. Entsprechend können Krankenhäuser, die nur über eine Fachabteilung verfügen, keine fachabteilungsübergreifenden Schwerpunkte haben, wohl aber eigene Versorgungsschwerpunkte. Diese finden Sie unter B-[X].2. Wenn Sie für eine spezielle Erkrankung ein Krankenhaus 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. Sie koordinieren die Betreuung von Krebspatientinnen und Krebspatienten in einer Region und verankern einheitliche Standards für Diagnostik und Therapie. Die Patientinnen und Patienten werden durch Vertreterinnen und Vertreter verschiedener Fachrichtungen (interdisziplinär), etwa der Chirurgie, der Strahlen- und Schmerztherapie sowie durch internistische Krebspezialisten 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. Das gilt auch, wenn die Klinik nur eine Fachabteilung hat.

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 eine Dolmetscherin 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 Kranken-

haus kann auch erwähnen, dass es sich an klinischen Studien beteiligt, in die Patientinnen und Patienten im Rahmen ihrer Behandlung einbezogen werden können.

Krankenhäuser, die an der akademischen Lehre teilnehmen, engagieren sich speziell in der Ausbildung von Nachwuchsmedizinerinnen und Nachwuchsmedizinern, die hier einen Teil ihrer praktischen Ausbildung absolvieren. In diesem Kapitel steht auch, ob ein Krankenhaus in Pflege- oder anderen 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 242 Betten. Im Jahr 2009 hatten die meisten Krankenhäuser in Deutschland weniger als 300 Betten, knapp 5 Prozent hatten jedoch mehr als 800 Betten.

Die Fallzahl ist die Anzahl der stationär behandelten Patientinnen und Patienten, das heißt, jede Person wird bei jedem Krankenhausaufenthalt einmal gezählt. Im Jahr 2009 wurden in Deutschland rund 17,8 Millionen Patientinnen und Patienten vollstationär behandelt.

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

Personelle Ausstattung des Krankenhauses (A-14)

Hier wird angegeben, wie viele Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und spezielles therapeutisches Personal im gesamten Krankenhaus zur Verfügung stehen und über welche Qualifikationen diese Personen jeweils verfügen. Unter der Überschrift „spezielles therapeutisches Personal“ finden Sie Personal, das nicht in jedem Krankenhaus erforderlich ist, aber für spezielle Erkrankungen oder Behandlungen besonders wichtig ist, wie z. B. eine Psychotherapeutin oder ein Ernährungsberater. Die jeweilige personelle Ausstattung der einzelnen Fachabteilung finden Sie unter B-[X]-11.

Apparative Ausstattung (A-15)

In der modernen Medizin werden viele Geräte eingesetzt. Das Krankenhaus stellt hier dar, welche Geräte ihm für die Feststellung und Behandlung der Krankheiten seiner Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Dabei kann es sich zum Beispiel um spezielle Röntgengeräte oder Magnetresonanztomographen handeln, für die oftmals auch eine umgangssprachliche Bezeichnung angegeben ist. Hier kann auch dargestellt werden, ob ein Schlaflabor zur Verfügung steht. Für einige Geräte muss auch angegeben werden, ob sie rund um die Uhr im Rahmen einer „24-Stunden-Notfallverfügbarkeit“ zur Verfügung stehen. Geräte, die zur üblichen

Grundausstattung eines Krankenhauses gehören, werden hier allerdings nicht angegeben (z. B. Blutdruckmessgeräte, EKG, Blutzuckermessgeräte, Infusionspumpen).

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

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 (Hauptdiagnosen) und Behandlungen (Prozeduren), die in der jeweiligen Fachabteilung am häufigsten vorkommen und in denen das Krankenhaus seine besondere Kompetenz ausweisen möchte (Kompetenzdiagnosen und -prozeduren). Und schließlich finden sich hier Angaben zu Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung und zur Ausstattung mit qualifiziertem Personal.

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

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

In der Leseversion (PDF-Format des Qualitätsberichts) macht das Krankenhaus in einer Tabelle Angaben zu den (mindestens) zehn bis (höchstens) 30 häufigsten Hauptdiagnosen nach ICD, sortiert nach der Anzahl der Patientinnen und Patienten, die aufgrund dieser Erkrankung behandelt wurden. Als *Hauptdiagnose* bezeichnet man die Erkrankung, die hauptsächlich dafür verantwortlich war, dass eine Person ins Krankenhaus kam. Zusätzlich können Sie ablesen, wie oft Patientinnen und Patienten mit dieser Erkrankung behandelt wurden. Aus Datenschutzgründen kann die Anzahl der Personen allerdings nicht angegeben werden, wenn weniger als sechs Patientinnen und Patienten behandelt wurden. Angaben zur selben Diagnose können sich in verschiedenen Fachabteilungen eines Krankenhauses finden.

In der Tabelle der *Kompetenzdiagnosen* kann das Krankenhaus Krankheiten auflisten, 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 Behandlungsquali-

tät. Sie kann jedoch als Hinweis darauf verstanden werden, dass ein Krankenhaus in dieser Fachabteilung nach seiner Selbsteinschätzung über besondere Erfahrung in der Behandlung des jeweiligen Krankheitsbildes verfügt.

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

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

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

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

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 in dieser Fachabteilung 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 diese 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 vollständige Informationen zu den Prozeduren pro Fachabteilung verfügbar.

Über den Zusammenhang zwischen der Anzahl einer bestimmten Operation, die eine Abteilung oder eine Ärztin oder ein Arzt pro Jahr vornimmt, und der Qualität bzw. dem Operationsergebnis sind sich die Expertinnen und Experten nicht einig: Während manche davon ausgehen, dass das Ergebnis umso besser wird, je höher die Leistungsmenge ist (nach dem Motto „was man oft macht, kann man auch

gut“), können wissenschaftliche Untersuchungen dies bisher nur bei einigen Operationen belegen. Es gibt sogar Hinweise, dass die Qualität wieder schlechter werden kann, wenn die Anzahl einer bestimmten Operation besonders hoch ist.

Zwischenbemerkung: Sie sollen das alles verstehen können!

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

Die amtlichen Diagnosen- (ICD) und Prozedurenschlüssel (OPS) werden in der Leseseite (PDF-Format) des Qualitätsberichts 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 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 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.

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-[X].8)

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

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

Personelle Ausstattung (B-[X].11)

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

In der Tabelle **B-[X].11.1** „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ wird angegeben, welche Facharztbezeichnungen und Zusatzweiterbildungen die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte haben.

In den Tabellen zur pflegerischen Fachexpertise der Abteilung unter **B-[X].11.2** werden anerkannte Fachweiterbildungen, zusätzliche akademische Abschlüsse und Zusatzqualifikationen des Pflegepersonals angegeben. Dies können beispielsweise ein Diplom oder die Zusatzqualifikation „Schmerzmanagement“ sein. Außerdem können in der Spalte Kommentar/Erläuterung genauere Angaben zur Art der Fachexpertise gemacht werden.

Das Krankenhaus macht unter **B-[X].11.3** Angaben darüber, welches spezielle therapeutische Personal für die Organisationseinheit/Fachabteilung zur Verfügung steht. Dazu zählt Personal, das z. B. in der Altentherapie, Diätassistenz und Physiotherapie tätig ist.

Das hier dargestellte Personal kann manchmal von ganz besonderer Bedeutung für eine Abteilung sein. Beispielsweise gibt es in der Geburtshilfe weniger Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, denn dort sind in erster Linie Entbindungspfleger und 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 sich beispielsweise die durchschnittli-

che Personalbesetzung einer Station pro Schicht oder pro Bett darstellt. Die Angaben sagen Ihnen, wie viele Ärztinnen und Ärzte mit bestimmten Facharztweiterbildungen in einer Abteilung arbeiten, damit Sie sicher gehen können, dass eine auf Ihre Erkrankung spezialisierte Ärztin oder ein spezialisierter Arzt dort tätig ist. Sie lassen jedoch keine Rückschlüsse auf die Qualifikation eines bestimmten Mitarbeiters oder dessen spezifische Erfahrungen und Kompetenzen zu, die als Auswahlkriterien bedeutsam sein könnten.

Qualitätssicherung (Teil C)

Das [Gesetz](#) verpflichtet die Krankenhäuser dazu, die Qualität ihrer Leistungen zu sichern und weiterzuentwickeln. Ein wichtiger Teil dieser Qualitätssicherung sind „einrichtungsübergreifende Maßnahmen“, auch „externe vergleichende Qualitätssicherung“ genannt, die die Qualität der Leistungen der Krankenhäuser messen und miteinander vergleichen. Das zeigt den Krankenhäusern, wie gut sie im Vergleich zu anderen sind. Dadurch können sie sich an den „Besten“ messen und anschließend die Qualität dieser Vorbilder ebenfalls anstreben. Dieses Verfahren wird „Benchmarking“ genannt und führt in der Regel dazu, dass sich bei allen Krankenhäusern die Qualität der verglichenen Leistung verbessert. Um das Vertrauen und die Ehrlichkeit der teilnehmenden Abteilungen und Personen zu gewährleisten, sind Benchmarking-Verfahren fast immer anonym. Für die Qualitätsverbesserung reicht es aus zu wissen, wie gut man selbst im Vergleich zu allen anderen ist. Sie als Patientin oder Patient 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 Patientinnen und Patienten mit hohem Gesundheitsrisiko, 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 einem fachlich unabhängigen Institut (AQUA-Institut) zusammen mit den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung durchgeführt. Dieses Institut wurde gemäß § 137a SGB V vom Gemeinsamen Bundesausschuss mit dieser Aufgabe beauftragt. Alle Krankenhäuser, die für die Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patientinnen und Patienten zugelassen sind (§ 108 SGB V) müssen sich an diesem Verfahren beteiligen.

Die Veröffentlichung der Ergebnisse dieser bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen aus dem Jahr 2010 erfolgt erst Anfang 2012, so dass die Erläuterungen zu diesem Kapitel erst später erstellt werden.

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 später folgenden 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 zur Behandlung von Brustkrebs, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus Typ 1 und 2), Koronarer Herzkrankheit (inklusive Modul Chronische Herzinsuffizienz), Chronisch obstruktiver Lungenerkrankungen und Asthma. In 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. Patientinnen und Patienten, die an einem DMP teilnehmen und die eine Krankenhausbehandlung benötigen, werden (außer im Notfall) von ihrer behandelnden Ärztin oder ihrem behandelnden Arzt vorrangig in solche Krankenhäuser eingewiesen, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Die an einem DMP teilnehmenden Krankenhäuser verpflichten sich zu einer qualitätsgesicherten Versorgung entsprechend den Vorgaben der Programme und müssen beispielsweise vertraglich festgelegte Qualitätsanforderungen erfüllen. Diese können sich sowohl auf die Ausstattung als auch auf die personellen Qualifikationen beziehen. Darüber hinaus ist im Rahmen der DMP die Kooperation mit den einweisenden Ärztinnen und Ärzten geregelt. Wenn Sie sich also in ein solches Programm Ihrer Krankenkasse eingeschrieben haben, hat der Hinweis des Krankenhauses auf die Beteiligung an einem DMP für Sie eine unmittelbare Bedeutung. Aber auch für diejenigen, die nicht an einem dieser Programme teilnehmen, kann die Tatsache, dass ein Krankenhaus Patientinnen und Patienten im Rahmen eines DMP behandelt, auf bestimmte Qualitätsmerkmale hindeuten.

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

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

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

Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung (C-5)

Hier muss beschrieben werden, wie die Mindestmengenvereinbarung nach § 137 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 Einführung von Mindestmengen hat zur Folge, dass zumindest diese planbaren Leistungen nur noch an darauf spezialisierten Krankenhauszentren erbracht werden. In der Wissenschaft und Politik wird jedoch heftig darüber gestritten, ob die „Menge“ einer Behandlung ein brauchbares Kennzeichen, also ein Indikator für gute Qualität ist.

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

Auch wenn keine offiziellen Ausnahmetatbestände angeführt werden können, mag es verständliche und akzeptable Gründe für das Nichterreichen der vorgeschriebenen Mindestmenge geben (z. B. Umbauten und Renovierungen einzelner Abteilungen oder andere außergewöhnliche Situationen wie beispielsweise Hochwasser).

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

Umsetzung von Strukturqualitätsvereinbarungen (C-6)

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

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

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

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

Diese Tabelle gibt Informationen zu der Anzahl von Personen, die im Berichtsjahr 2010 zur Fortbildung verpflichtet waren und die Berichtspflicht erfüllt haben.

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 dazu verpflichtet, ein internes Qualitätsmanagement (QM) durchzuführen. Professionelles Management, geeignete Strukturen, gut ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und verbesserte Verfahren sollen zu hoher Qualität und zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten beitragen. Im Qualitätsbericht soll jedes Krankenhaus seine Qualitätspo-

litik darlegen, indem es nicht nur seine „Philosophie“ darstellt und Ziele formuliert, sondern 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 höchsten Führungsebene festgelegt wird. Ein Krankenhaus könnte zum Beispiel seine Qualitätsphilosophie aufzeigen, sein Leitbild oder die Grundsätze des Unternehmens. Es könnte zeigen, wie es mit Fehlern umgeht, welche Maßnahmen zur Fehlervermeidung entwickelt wurden oder wie es die Qualitätspolitik des Hauses seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vermittelt.

In diesem Kapitel werden Ansprüche formuliert, an deren Erfüllung man das Krankenhaus messen kann. Ein Krankenhaus, das sich hier beispielsweise bestimmten Wertvorstellungen verpflichtet, muss diese im Umgang mit seinen Patientinnen und 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 Qualitätsverbesserungsprojekten auseinandersetzt.

Es spricht beispielsweise viel für ein „fortgeschrittenes“ Qualitätsmanagement, wenn nicht nur Qualitätsziele klar definiert werden, sondern wenn im weiteren Verlauf auch systematisch beschrieben wird, wie die Ergebnisse gemessen werden und ob die gesetzten Ziele auch erreicht wurden.

Ein positives Beispiel könnte so aussehen: „Unsere Patientenbefragung im Jahr 2010 hat ergeben, dass nur ca. 60 Prozent der Patientinnen und Patienten mit den Informationen, Verhaltensregeln und Hinweisen zufrieden sind, die sie bei der Entlassung aus unserem Krankenhaus erhielten. Unser Qualitätsziel für diesen Bereich soll daher sein: »Die Patientenzufriedenheit im Zusammenhang mit der Entlassung soll im Jahr 2011 auf mindestens 80 Prozent ansteigen«. Im Rahmen eines Projektes sollen die Problemursachen analysiert und Lösungsvorschläge erarbeitet werden.“

Aufbau des einrichtungswenigen Qualitätsmanagements (D-3)

In diesem Abschnitt D-3 sollen 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 Mitarbeiterinnen und 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 eine Mitarbeiterin oder 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 krankenhauserweitert entwickelte Qualitätsindikatoren sind zur Messung und Bewertung von Aspekten der Qualität geeignet.
- **Befragungen** von Patientinnen und Patienten, einweisenden Ärztinnen und Ärzten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oder Bürgerinnen und 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 (z.B. mittels Fehlermeldesystem) 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 Patientinnen und 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 das aussehen kann:

- Beschreibung des Problems: Die Rate der Patientinnen und Patienten, die nach Hüftgelenkersatz ein Druckgeschwür bekamen (Dekubitusrate), ist mit 5 Prozent zu hoch.
- Messung des Problems: Dokumentation im Verfahren gemäß QSKH-Richtlinie (vgl. Berichtsteil C-1.2).
- Formulierung eines Ziels: Senkung der Dekubitusrate auf die Hälfte (2,5 Prozent) innerhalb von sechs Monaten.
- Klärung der Ursachen: Beobachtung der Abläufe nach der Operation

- Maßnahmen zur Beseitigung des Problems: Frühzeitige Mobilisation der Patientinnen und Patienten, Einsatz von Lagerungsmaterialien, Anleitung der Patientinnen und Patienten zur Eigenbewegung, ggf. Einsatz von Spezialmatratzen.
- Evaluation: Sonderauswertung der Daten zur externen Qualitätssicherung (vgl. Berichtsteil C-1) nach sechs Monaten.
- Grad der Zielerreichung: Dekubitusrate bei 2 Prozent 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 dabei einsetzen. Viele für medizinische Laien oft unbekannte Begriffe und Abkürzungen werden in diesem Zusammenhang häufig verwendet (z. B. DIN ISO, KTO, proCum Cert, EFQM). Im Folgenden werden einige 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 allein sagt noch nichts darüber aus, wie gut das QM-System im Einzelfall funktioniert. In der Industrie und im Dienstleistungssektor ist das „allgemeine“, branchenunabhängige und international abgestimmte Zertifizierungskonzept nach **DIN EN ISO 9001:2010** verbreitet. Es wird auch in manchen Krankenhäusern, einzelnen Abteilungen oder Laboratorien eingesetzt.
- Für Krankenhäuser in Deutschland wurde mit **KTO®** (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) ein spezielles krankenhausspezifisches Zertifizierungskonzept entwickelt. Für Krankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft wurde ein zu KTO 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 (z. B. die Kenntnis über die internen Prozesse) und dass er das Ziel verfolgt, die 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 oder ob schon konkrete Vorbereitungen sichtbar sind oder 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. Entscheidend ist dabei nicht, welches Bewertungsverfahren gewählt, sondern welches Ziel damit verfolgt und wie mit den Ergebnissen umgegangen wird. Beispielsweise ist das Ziel, ein Zertifikat um des Zertifikates willen oder zu Zwecken des Marketings zu erringen, 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 nächste Schritt auf einem langen Weg

Im Vergleich zu den vorangegangenen Qualitätsberichten wurden Struktur und Inhalte der Berichte weiterentwickelt und verbessert.

Da der Qualitätsbericht als Teil der Qualitätssicherung im Krankenhaus auch ein „lernendes System“ ist, ist damit zu rechnen, dass die Berichte mit jeder „weiteren Runde“ aussagekräftigere Informationen enthalten werden. Systematische Untersuchungen über die vergangenen Qualitätsberichte haben bereits aufgezeigt, welche Inhalte Patientinnen und Patienten die Suche nach einem guten bzw. für sie richtigen Krankenhaus erleichtern können. Dieses Wissen hat zu einer Verbesserung der [Regelungen](#) zum Qualitätsbericht beigetragen. So werden in den Qualitätsberichten der „dritten Generation“ beispielsweise die Qualifikation des ärztlichen und pflegerischen Personals sowie die Serviceangebote der Klinik noch ausführlicher als bisher dargestellt.

Durch die vielen Informationen in den Qualitätsberichten kann es passieren, dass Sie sich nicht alleine im „Datenschwungel“ zurechtfinden werden und die Qualitätsberichte nicht immer ohne fachkundige Hilfe verstehen können. Ein Grund da-

für ist auch, dass sich die Berichte gleichzeitig an mehrere Adressaten richten (Patientinnen und Patienten, einweisende Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen und weitere), und ihre Inhalte wie auch der Umfang den Laien manchmal eher abschrecken könnten. Darüber hinaus werden die Berichte bisher nur im Internet veröffentlicht und sind für alle, die dieses Medium nicht nutzen, nur sehr schwer verfügbar. Eine weitere Schwierigkeit ist die Verständlichkeit der Berichte. Obwohl an vielen Stellen die Übersetzung medizinischer 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, Ihre behandelnde Ärztin oder Ihren behandelnden Arzt, Ihre Krankenkasse, eine Patientenberatungsstelle oder eine Patienten- bzw. Selbsthilfeorganisation um Hilfe zu bitten, falls Sie etwas nicht verstehen oder in den Qualitätsberichten nicht die Informationen finden können, die Ihnen wichtig sind. Auf diese Weise können die Qualitätsberichte ihr Ziel erreichen, Ihnen eine wichtige Hilfestellung bei der Suche nach einem guten bzw. für Sie richtigen Krankenhaus zu sein.

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

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