



Lesehilfe zu den Qualitätsberichten der Krankenhäuser nach §137 SGB V

Streif R.¹, Jagdfeld F.², Winkler F.³, Bayer K.⁴

Inhaltsverzeichnis:

WARUM EINE LESEHILFE?.....	2
WELCHE INFORMATIONEN BEINHALTET DER BASISTEIL (ABSCHNITTE A BIS C)?.....	3
ALLGEMEINE STRUKTUR- UND LEISTUNGSDATEN DES KRANKENHAUSES (A).....	3
<i>Fachabteilungen (A-1.7 A)</i>	3
<i>Mindestens Top 30 DRG des gesamten Krankenhauses (A-1.7 B)</i>	3
<i>Besondere Versorgungsschwerpunkte und weitere Leistungsangebote (A-1.8)</i>	4
<i>Ambulante Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus (A-1.9)</i>	4
<i>Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaften (A-2.0)</i>	5
<i>Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten (A-2.1)</i>	5
FACHABTEILUNGSBEZOGENE UND –ÜBERGREIFENDE STRUKTUR- UND LEISTUNGSDATEN (B).....	5
<i>Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten (B-1)</i>	5
<i>Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten (B-2)</i>	7
<i>Ambulante Operationen (B-2.2)</i>	7
<i>Personalqualifikation (B-2.4 und B-2.5)</i>	7
QUALITÄTSSICHERUNG (C).....	8
<i>Externe Qualitätssicherung auf Bundesebene (C-1)</i>	8
<i>Externe Qualitätssicherung auf Landesebene (C-3)</i>	9
<i>Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) (C-4)</i>	9
<i>Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (C-5.1)</i>	10
WELCHE INFORMATIONEN BEINHALTET DER SYSTEMTEIL (TEILE D BIS G)?.....	11
QUALITÄTSPOLITIK DER KRANKENHÄUSER (D).....	11
QUALITÄTSMANAGEMENT (E).....	11
<i>Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (E-1)</i>	11
<i>Maßnahmen zur Qualitätsbewertung (E-2)</i>	11
<i>Ergebnisse der externen Qualitätssicherung (E-3)</i>	12
QUALITÄTSMANAGEMENTPROJEKTE IM BERICHTZEITRAUM 2004 (F).....	13
WEITERGEHENDE INFORMATIONEN (G).....	13
FAZIT.....	14

¹ Roland Streif M.Sc., Institut für Medizinische Informationsverarbeitung des Universitätsklinikums Tübingen

² Dr. Frank Jagdfeld, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft

³ Frank Winkler, VdAK / AEV e. V. Landesvertretung Baden-Württemberg

⁴ Dr. Klaus Bayer, Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg



Warum eine Lesehilfe?

Der Qualitätsbericht für ein Krankenhaus müsste eigentlich für sich selbst sprechen. Dies ist jedoch nicht immer der Fall. Der Qualitätsbericht, der Ihnen die Entscheidung für oder gegen ein Krankenhaus erleichtern soll, ist erklärungsbedürftig. Er beinhaltet zumeist ein Vorwort sowie eine Einleitung und gliedert sich dann in einen inhaltlich vorgegebenen „Basisteil“ und in einen so genannten „Systemteil“. Insbesondere im „Basisteil“ sind Strukturdaten des Krankenhauses aufgelistet, die für die jeweilige Zielgruppe mehr oder weniger Informationsgehalt haben. Ansonsten bleiben Sie als Leser/in mit den Informationen auf sich gestellt. Des Weiteren gibt es Begriffe sowohl im Basisteil als auch im Systemteil des Qualitätsberichts, die näher erläutert werden müssen. Was zum Beispiel haben Sie unter „DRG“, was unter einem „D-Arzt“ zu verstehen?

Die vorliegende Lesehilfe soll Ihnen eine Orientierung und eine Hilfestellung geben, die es auch erlaubt, die inneren Zusammenhänge eines Krankenhauses deutlicher zu erkennen. Sie soll zum besseren Verständnis dienen und für mehr Transparenz der komplexen Materie Krankenhaus sorgen. Sie orientiert sich an der [einheitlichen Struktur der Qualitätsberichte \(www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs7/richtlinien/Qualitatsbericht-Anlage1.pdf\)](http://www.g-ba.de/cms/upload/pdf/abs7/richtlinien/Qualitatsbericht-Anlage1.pdf) (entsprechend werden auch die einzelnen Gliederungspunkte jeweils in Klammern genannt) und enthält für Sie Kommentierungen, Anregungen, Tipps und Hinweise. Hierbei wird nur auf die Abschnitte eingegangen, die zum besseren Verständnis einer Erläuterung bedürfen.

Die Lesehilfe macht deutlich, dass es für künftige Qualitätsberichte stringentere Absprachen hinsichtlich der Inhalte und der Form der Qualitätsberichte geben wird. So ist schon jetzt zu erwarten, dass die Qualitätsberichte des Jahres 2007 inhaltlich anders aussehen werden als die vorliegenden Qualitätsberichte des Jahres 2005.



Welche Informationen beinhaltet der Basisteil (Abschnitte A bis C)?

Im Basisteil der strukturierten Qualitätsberichte erhalten Sie im Wesentlichen Angaben zu Strukturinformationen des Krankenhauses sowie zum Leistungs- bzw. Versorgungsangebot (Abschnitte A und B). So finden Sie in diesen Abschnitten beispielsweise Angaben zu den Abteilungen des Krankenhauses, den ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, der apparativen Ausstattung sowie zu den therapeutischen Möglichkeiten des Krankenhauses. Bei den Angaben zur Qualitätssicherung (Abschnitt C) finden Sie Informationen darüber, in welchen Leistungsbereichen in einem Krankenhaus Qualitätssicherungsmaßnahmen durchgeführt werden mussten.

Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses (A)

Fachabteilungen (A-1.7 A)

Hier werden die medizinischen Fachabteilungen des Krankenhauses, wie z. B. Innere Medizin oder Chirurgie, in einer ersten Übersicht aufgelistet. Detaillierte Informationen finden Sie für jede einzelne Fachabteilung im Abschnitt B-1 „Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses“. Neben der Anzahl der Betten pro Fachabteilung wird die Zahl der insgesamt durchgeführten Behandlungen angegeben. Darüber hinaus ist ersichtlich, ob es sich bei der betreffenden Fachabteilung um eine Hauptabteilung oder eine **Belegabteilung** handelt.

Hinweis: In einer **Belegabteilung** werden die Patienten durch einen nicht am Krankenhaus angestellten Vertragsarzt (sog. Belegarzt) behandelt. Der Belegarzt kann hierfür die Infrastruktur (Dienste, Einrichtungen und Mittel) des Krankenhauses nutzen. In Belegabteilungen kommt es so zu einer Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung. Belegabteilungen gibt es vor allem in medizinischen Spezialfächern, wie z. B. HNO, Kieferchirurgie, Urologie, Augenheilkunde, Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Mindestens Top 30 DRG des gesamten Krankenhauses (A-1.7 B)

Ebenfalls einen ersten Einblick über das gesamte Leistungsvolumen des Krankenhauses bietet die Auflistung der TOP-30 **DRGs** des Gesamtkrankenhauses im Jahr 2004. Eine detaillierte Auflistung für jede einzelne Fachabteilung findet sich im Abschnitt B (B-1.5). Bei den Top-30 DRGs handelt es sich um die häufigsten Leistungen eines Krankenhauses. Diese Hitliste gibt Ihnen im Wesentlichen Auskunft über Häufigkeiten der abgerechneten Krankheitsfälle. Ein Rückschluss auf einzelne Krankheitsbilder ist nicht für alle DRGs möglich. In viele DRGs fließen zum Teil ganz unterschiedliche Krankheitsbilder ein. Bei



einer gezielten Suche nach einem geeigneten Krankenhaus dürften für Sie in der Regel die Angaben zu behandelten Krankheiten (Diagnosen -> vgl. Abschnitt B-1.6) und angewandten Behandlungsverfahren (Operationen und Eingriffe -> vgl. Abschnitt B-1.7) hilfreicher sein.

Hinweis: DRGs (engl.: Diagnosis Related Groups = "Diagnosebezogene Fallgruppen") bilden die Grundlage für das Vergütungssystem der Krankenhausleistungen, bei dem alle Behandlungsfälle mit pauschalierten Preisen vergütet werden. Die so genannten Fallpauschalen unterscheiden sich dabei nach Krankheitsarten und durchgeführter Behandlung. Unterschiedliche Schweregrade einer Erkrankung werden berücksichtigt.

Möchten Sie sich mehrere Qualitätsberichte aus unterschiedlichen Krankenhäusern anschauen, sollten Sie die dreistellig angegebenen DRG- Bezeichnungen vergleichen, da sich die „Übersetzung“ der fremdsprachlichen Fachausdrücke in verständliche Bezeichnungen (umgangssprachliche Klarschrift) von Krankenhaus zu Krankenhaus unterscheiden kann.

Für Experten ermöglichen die Fallgruppen Vergleiche zwischen den Krankenhäusern hinsichtlich der Fallzahl und Fallstruktur.

Besondere Versorgungsschwerpunkte und weitere Leistungsangebote (A-1.8)

Hier sind gezielt besondere Versorgungsangebote dargestellt, die eine hohe Spezialisierung erfordern, sich aber möglicherweise nicht in hohen Fallzahlen niederschlagen. Sie erhalten zunächst einen Überblick auf der Ebene des gesamten Krankenhauses; detailliertere Informationen zu besonderen Versorgungsschwerpunkten und Leistungsangeboten einzelner Abteilungen finden Sie im Abschnitt B auf der Basis einzelner Fachabteilungen dargestellt (B-1.3 und B-1.4).

Ambulante Behandlungsmöglichkeiten im Krankenhaus (A-1.9)

Der medizinische Fortschritt ermöglicht es vielfach, Behandlungen nicht mehr ausschließlich vollstationär vorzunehmen. Zahlreiche Operationen und Eingriffe können ambulant erbracht werden und die Krankenhäuser sind dazu angehalten, nicht zwingend erforderliche vollstationäre Krankenhausbehandlungen zu vermeiden.

Hinweis: Der Begriff "ambulant" wird für medizinische Leistungen verwendet, bei denen ein Patient das Krankenhaus nur vorübergehend in Anspruch nimmt und spätestens zur Nacht wieder verlässt.



Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaften (A-2.0)

Die Berufsgenossenschaften sind als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung verpflichtet, bei Arbeitsunfällen schnellstmöglich eine sachgemäße Versorgung zu gewährleisten. Hierzu benennen sie so genannte Durchgangsarzte, die nach Diagnosestellung über den weiteren Therapieverlauf entscheiden. Für eine Zulassung müssen Durchgangsarzte 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 und therapeutische Möglichkeiten (A-2.1)

In diesem Abschnitt wird der Zugang zu spezialisierten Diagnose- und Therapieverfahren sowie zu speziellen medizinischen Großgeräten dargestellt, die nicht in jedem Krankenhaus vorhanden sind.

Diese Auflistung hilft Ihnen weiter, wenn Sie wissen, dass ein spezielles Gerät / Therapieverfahren für die Behandlung Ihrer Krankheit erforderlich ist. Jedoch können Sie allein anhand des Umfangs der Liste die Qualität eines Krankenhauses nicht erkennen.

Fachabteilungsbezogene und –übergreifende Struktur- und Leistungsdaten (B)

Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten (B-1)

Das Leistungsspektrum wird unter drei verschiedenen Perspektiven, jeweils mit der Angabe der Fallzahlen, betrachtet:

1. Diagnosen (Abschnitt B-1.6): Welche Erkrankungen waren hauptsächlich dafür verantwortlich, dass der Patient im Krankenhaus behandelt wurde?
2. Behandlungsverfahren (Abschnitt B-1.7): Welches sind die häufigsten Behandlungsmaßnahmen der jeweiligen Fachabteilung?
3. die vom Krankenhaus abgerechneten Fallpauschalen (DRG) (Abschnitt B-1.5).



Wenn Sie sich nach einem geeigneten Krankenhaus umschauchen, dürften vor allem die Angaben zu den behandelten Erkrankungen ([Hauptdiagnosen / ICD-10 Nummer](#)) und Behandlungsverfahren ([Operationen und Eingriffe / OPS-301 Nummer](#)) für Sie von Interesse sein.

Hinweis: Die "[International Classification of Diseases](#)" (ICD) ist eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene internationale Klassifikation der Krankheiten. Die aktuell gültige Ausgabe der ICD wird als ICD-10 bezeichnet. Krankenhäuser sind gesetzlich zur Diagnoseverschlüsselung nach der ICD-10 verpflichtet. Als Hauptdiagnose bezeichnet man diejenige Erkrankung, die hauptsächlich dafür verantwortlich war, dass ein Patient im Krankenhaus behandelt wurde.

Hinweis: Der [Operationsschlüssel](#) nach § 301 des 5. Sozialgesetzbuchs ([OPS-301](#)) ist eine Klassifikation der Operationen, Eingriffe (z.B. Herzkatheter) und sonstigen Prozeduren (z.B. diagnostische Untersuchungen) in der Medizin. Krankenhäuser sind gesetzlich zur Verschlüsselung der Leistungen nach dem OPS-301 verpflichtet.

In den Angaben zu den am häufigsten behandelten Fallgruppen ([DRGs – s. S. 4](#)) werden häufig mehrere Erkrankungen und auch unterschiedliche Behandlungsverfahren zusammengefasst. Daher ermöglichen die im Abschnitt B-1.5 dargestellten DRGs keine exakten Rückschlüsse auf die einzelnen Erkrankungen oder durchgeführten Behandlungen eines Krankenhauses. Die angegebenen Fallzahlen dürften für Sie insofern wenig aussagekräftig sein.

Insgesamt werden in den Abschnitten B-1.5 bis B-1.7 ausschließlich Angaben zur Häufigkeit der Leistungen gemacht. Einzelnen betrachtet, erlaubt die Häufigkeit noch keine Aussage über die Qualität der Leistungserbringung, sie kann jedoch als Hinweis darauf verstanden werden, dass eine Klinik über Erfahrung in der Behandlung des jeweiligen Krankheitsbildes verfügt.

Aufgrund der Vorgabe, im strukturierten Qualitätsbericht nur die häufigsten Leistungen anzugeben (mindestens TOP-10 DRG, mindestens die häufigsten 10 Hauptdiagnosen und Operationen), müssen Sie bei Krankenhausvergleichen beachten, dass einzelne Leistungen evtl. nicht angemessen dargestellt sind. Dies betrifft einerseits Leistungen, die im Vergleich zu anderen Krankenhäusern zwar häufig erbracht werden, jedoch nicht zu den häufigsten Leistungen dieser Fachabteilung bzw. des Krankenhauses zählen. Andererseits werden seltene Krankheiten dadurch oft nicht dargestellt.



Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten (B-2)

In diesem Abschnitt werden Angaben für das gesamte Krankenhaus gemacht, die nicht ausschließlich auf einzelne Fachabteilungen bezogen sind. Als Konkretisierung der im Abschnitt A-1.9 allgemein dargestellten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, wird in den Abschnitten B-2.1 und B-2.3 die Gesamtfallzahl der ambulanten Leistungen ausgewiesen.

Ambulante Operationen (B-2.2)

Hier finden Sie eine „Hitliste“ der (mindestens) fünf häufigsten ambulanten Operationen im Jahr 2004.

Die Einteilung der ambulanten Operationen erfolgt anhand einer anderen Systematik als im stationären Bereich. Während stationär durchgeführte Operationen im Abschnitt B-1.7 anhand der sog. OPS-Ziffern (s. S. 6) aufgelistet werden, sind ambulante Operationen im Abschnitt B-2.2 nach der Systematik der für die ambulante Abrechnung gültigen Gebührenordnung EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) dargestellt.

Personalqualifikation (B-2.4 und B-2.5)

An dieser Stelle finden Sie Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter mit den jeweiligen Qualifikationen im Ärztlichen Dienst und im Pflegedienst.

Bei den Angaben zur Anzahl der Ärzte bzw. Pflegekräfte ist zu beachten, dass keine eindeutige Vorgabe existiert, ob an dieser Stelle die reine Anzahl der Mitarbeiter (Personen) oder die Anzahl der Vollkräfte / Stellen einzutragen ist. Bei Krankenhausvergleichen ist daher zu berücksichtigen, ob im jeweiligen Qualitätsbericht die Personenzahl oder die Zahl an Vollkräften angegeben ist.

Einzelnen betrachtet, erlauben die Angaben zur Anzahl der Mitarbeiter keine Aussage über die Qualität der Leistungserbringung. Wenn Sie zusätzlich die Anzahl der Betten in der betreffenden Fachabteilung berücksichtigen (diese Angabe finden Sie im Abschnitt A-1.7 A), können Sie die Mitarbeiterzahl pro Bett in der Fachabteilung ermitteln. Diese gibt Ihnen einen besseren Hinweis auf die Personalstruktur der Abteilung.

Ein hoher Anteil an examinierten Pflegekräften bzw. Pflegepersonal mit entsprechender Fachweiterbildung kann ein Hinweis auf eine gute Qualität in der Pflege sein.



Qualitätssicherung (C)

Externe Qualitätssicherung auf Bundesebene (C-1)

Für jedes Krankenhaus bietet sich mit dem Verfahren der externen Qualitätssicherung die Chance, den eigenen Leistungsstand im Vergleich mit allen Krankenhäusern kennen zu lernen und konkrete Ansätze für die Qualitätsverbesserung zu entwickeln.

Alle für die gesetzliche Krankenversicherung zugelassenen Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung verpflichtet. „Externe vergleichende Qualitätssicherung“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sich Krankenhäuser über die [Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung \(BQS\) \(www.bgs-qualitaetsindikatoren.de\)](http://www.bgs-qualitaetsindikatoren.de) im Jahr 2004 - in bis zu 19 Leistungsbereichen (z.B. Herzschrittmacheroperationen, Hüftgelenkoperationen, Geburtshilfe, Gallenblasenentfernungen,...) mit anderen Krankenhäusern verglichen haben. Sie haben dabei überprüft, ob auch im Vergleich mit anderen gute Ergebnisse erzielt wurden.

Im Qualitätsbericht teilt das Krankenhaus an dieser Stelle mit, welche Leistungen, die der externen Qualitätssicherung unterliegen, im Krankenhaus erbracht werden. Für diese Leistungen ist angegeben, ob sich das Krankenhaus an den entsprechenden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligt hat und wie hoch die **Dokumentationsrate** im Krankenhaus je Leistungsbereich im Vergleich zur bundesweiten Dokumentationsrate war.

Hinweis: Die **Dokumentationsrate** berechnet sich als Quotient aus folgenden Werten: "Anzahl der gelieferten Datensätze" durch "Anzahl der erwarteten Datensätze". Die Dokumentationsrate wird in Prozent angegeben.

Im Abschnitt C-1 werden ausschließlich die Leistungsbereiche unter Angabe der Dokumentationsrate beschrieben, in denen Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchgeführt werden. Ergebnisse der Qualitätssicherung werden an dieser Stelle nicht dargestellt. Im Systemteil (Abschnitt E-3) können Krankenhäuser Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen.

Alle Krankenhäuser dokumentieren dazu qualitätsrelevante Daten für bestimmte Leistungsbereiche und schicken für jeden betroffenen Patienten einen Datensatz an eine zentrale Annahmestelle. Die Annahmestelle wertet die Daten nach festgelegten Konzepten aus und stellt die Ergebnisse den Krankenhäusern in Form von Berichten und Empfehlungen zur Verfügung. In Baden-Württemberg wird diese Aufgabe von der [Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus \(GeQiK\) \(www.geqik.de\)](http://www.geqik.de) erfüllt, auf deren Homepage auch weitere Informationen zum Verfahren zur Verfügung stehen.



Das Verfahren der externen Qualitätssicherung bildet die Qualität bestimmter Leistungen über zahlreiche Kennzahlen ab. In der Regel sind für diese Kennzahlen bundeseinheitliche Vergleichswerte festgelegt. Liegt ein Krankenhaus mit mindestens einer Kennzahl außerhalb des vorgegebenen Bereichs, wird in einem Expertengremium geprüft, ob die Einrichtung im betreffenden Leistungsbereich weitere Auffälligkeiten zeigt. Hierbei werden zum Teil auch die Ergebnisse der Vorjahre berücksichtigt. Eine geringe Abweichung in einem einzelnen Kennwert ist auch aufgrund einer zufälligen Streuung möglich und nicht in erster Linie ein Hinweis auf schlechte Qualität.

Mit den statistisch auffälligen Krankenhäusern wird im sogenannten strukturierten Dialog die Ursache der Auffälligkeit analysiert. Erst dann wird klar, ob tatsächlich Abweichungen in der Qualität der Leistungserbringung vorliegen.

Sollte dies der Fall sein, wird der betroffenen Klinik oder Abteilung eine Beratung angeboten. Ggf. können die Krankenhäuser begangen / besichtigt werden. Es können Empfehlungen abgegeben oder konkrete Ziele zur Verbesserung der Qualität vereinbart werden.

Externe Qualitätssicherung auf Landesebene (C-3)

In Baden-Württemberg werden darüber hinaus verpflichtend für die Bereiche Neonatologie (Neugeborenenenerhebung) und Schlaganfallversorgung flächendeckende Qualitätssicherungsverfahren auf Landesebene umgesetzt.

Auch im Abschnitt C-3 werden ausschließlich die Leistungsbereiche benannt, in denen Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchgeführt wurden. Ergebnisse der Qualitätssicherung werden an dieser Stelle nicht dargestellt.

Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen von Disease-Management-Programmen (DMP) (C-4)

Seit dem Jahr 2002 werden in der gesetzlichen Krankenversicherung speziell strukturierte Behandlungsprogramme (sog. Disease Management Programme - DMP) entwickelt, um die Versorgung bei chronischen Erkrankungen (wie z.B. bei Diabetes mellitus, koronarer Herzkrankheit, Asthma oder Brustkrebs) zu verbessern.

Krankenhäuser die an diesen Behandlungsprogrammen teilnehmen, müssen im Hinblick auf ihre personelle und strukturelle Ausstattung besondere Qualitätsanforderungen erfüllen.

Im Rahmen der Programme werden Behandlungsverfahren eingesetzt, die in wissenschaftlichen Untersuchungen auf Wirksamkeit, Sicherheit und Nutzen überprüft worden sind. Daneben ist eine umfangreiche Dokumentation der Behandlung zur medizinischen Qualitätssicherung vorgesehen.

Ferner können Patienten von der verbesserten Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus etc.), die die Programme mit sich bringen, profitieren.



Im Jahr 2004, dem Berichtsjahr des strukturierten Qualitätsberichtes, konnten Krankenhäuser in Baden-Württemberg an Disease Management Programmen zur Behandlung von Brustkrebs und Diabetes mellitus teilnehmen.

Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (C-5.1)

Die Mindestmengenvereinbarung umfasst eine Reihe sehr komplexer Eingriffe, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses besonders stark von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt. Die Mindestmengenvorgabe bedeutet, dass nur solche Krankenhäuser diese Operationen durchführen dürfen, die eine bestimmte Zahl an Eingriffen nachweisen können. Hierunter fallen Transplantationen und komplexe Eingriffe an Bauchspeicheldrüse und Speiseröhre. Kliniken, die diese Operationsleistungen anbieten, müssen neben der Anzahl der durchgeführten Operationen auch Angaben über aufgetretene Komplikationen im Qualitätsbericht dokumentieren. Sollten Leistungen erbracht worden sein, obwohl die erforderliche Mindestmenge nicht erreicht wurde, muss das Krankenhaus im Abschnitt C-5.2 darstellen, welche Ausnahmeregelungen vorliegen.



Welche Informationen beinhaltet der Systemteil (Teile D bis G)?

Qualitätspolitik der Krankenhäuser (D)

Der erste Abschnitt des Systemteils in den Qualitätsberichten wird von den Krankenhäusern genutzt, um ihre Ziele und Strategien darzustellen. Diese beschriebenen Ziele und Strategien können ganz allgemeinen Charakter haben, z.B. „Leistungserbringung auf höchstem Niveau“ oder „Hohe Mitarbeiterzufriedenheit“. Teilweise wird auch sehr genau beschrieben, wie ein Krankenhaus ein Ziel erreichen will, z.B. indem es eine „Hygienekommission“ einsetzt oder „Schmerzkonferenzen“ durchführt. Dieser Abschnitt kann sich über mehrere Seiten erstrecken. Es ist grundsätzlich positiv zu werten, wenn ein Krankenhaus sich Qualitätsziele setzt und viel dafür unternimmt, diese zu erreichen. Dennoch sind dies zunächst Absichtserklärungen, die den möglichen Zukunftsweg eines Krankenhauses aufzeigen sollen. Schlussendlich hängen die Behandlungsergebnisse davon ab, wie die entsprechenden Qualitätsziele umgesetzt werden.

Qualitätsmanagement (E)

Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement (E-1)

Die Krankenhäuser sind gesetzlich zu einem internen Qualitätsmanagement verpflichtet. Das Qualitätsmanagement innerhalb von Einrichtungen / Krankenhäusern soll den Kliniken helfen, ihre Lücken zu schließen und ihre Probleme zu beheben. Eine Vielzahl von Tätigkeiten, Anwendungen von Verfahren oder Methoden wird hier beschrieben. Beschreibt ein Krankenhaus in seinem Qualitätsbericht das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement einmal nicht, sollten Sie aufmerksam werden.

Maßnahmen zur Qualitätsbewertung (E-2)

Hier stellt das Krankenhaus dar, was es gemacht hat, um verschiedene Gesichtspunkte der Qualität zu erfassen und zu bewerten. Sie müssen wissen, dass es das Qualitätsmanagement in dieser Form noch nicht sehr lange in den Krankenhäusern gibt und sich weiterhin im Aufbau befindet.

Manchmal finden sich hinter vielen Worten nur wenige Fakten. Achten Sie darauf, was die Krankenhäuser konkret mehr machen als gesetzlich vorgegeben ist. Diese Informationen finden Sie im nächsten Abschnitt „Qualitätsmanagementprojekte“ (F). Zum Teil werden sie aber auch schon an dieser Stelle mit aufgeführt.



Ergebnisse der externen Qualitätssicherung (E-3)

Der letzte Teil in diesem Abschnitt ist der interessanteste des ganzen Systemteils der Qualitätsberichte. Viele der Kliniken haben darauf verzichtet, hier ihre Daten zu veröffentlichen. Die möglichen Gründe reichen von „nicht teilgenommen“ bis hin zur Sorge, zu schlechte Zahlen zu haben. Sicherlich ist die Kritik vieler Kliniken zu der Vergleichbarkeit der Daten in weiten Teilen berechtigt. Es wird noch viel darüber diskutiert, ob und wie die Ergebnisse von Krankenhäusern verglichen werden können. So könnte ein Krankenhaus allein aufgrund der Tatsache, dass es mehr ältere oder schwerer erkrankte Menschen behandelt als ein anderes Krankenhaus, bei einem Vergleich ungerechtfertigt schlechter abschneiden, obwohl sich die Krankenhäuser in der Behandlungsqualität nicht unterscheiden. Doch darf es als positiv angesehen werden, wenn ein Krankenhaus offen mit seinen Ergebnissen umgeht.

Nehmen Sie sich einmal die Zeit und gehen Sie auf die Homepage der [Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung \(BQS\) \(www.bqs-qualitaetsindikatoren.de\)](http://www.bqs-qualitaetsindikatoren.de). Hier finden Sie alle Merkmale zu den verschiedenen Krankheitsbildern, die erfasst werden. Vergleichen Sie diese Merkmale mit den Angaben, die Ihr Krankenhaus tatsächlich macht. Beobachten Sie, ob Ihr Krankenhaus nur die Merkmale nennt, bei denen es „gut“ oder „sehr gut“ ist. Das heißt nicht unbedingt, dass das Krankenhaus bei den anderen Merkmalen „mangelhaft“ abschneidet. Dennoch dürfen Sie das Krankenhaus hier um eine Erklärung bitten.

In diesem Teil „externe Qualitätssicherung“ können Sie auch Informationen finden, mit denen Sie problemlos Krankenhäuser vergleichen können. Die Dokumentationsrate gibt Auskunft darüber, ob eine Klinik alle behandelten Patienten zu einer bestimmten Erkrankung auch vollständig zur Qualitätssicherung erfasst. Dies sollten die Krankenhäuser zu 100% machen.

Sie können ebenfalls Informationen zu der Häufigkeit der Behandlung bestimmter Erkrankungen miteinander vergleichen.

Schwieriger wird der Vergleich von Krankenhäusern bei anderen Merkmalen. Manche Krankenhäuser veröffentlichen zusätzlich oder anstelle der Ergebnisse aus der externen Qualitätssicherung Daten zur Sterblichkeit, Ergebnisse zu Patientenbefragungen o.ä.. Lassen Sie sich bei der Bewertung von Ihrem gesunden Menschenverstand leiten und werden Sie aufmerksam, wenn der Qualitätsunterschied zweier Krankenhäuser besonders groß ist.

Es gibt Kliniken, die schon vor der gesetzlichen Verpflichtung Qualitätsberichte veröffentlichten und darin Angaben zur externen Qualitätssicherung (z.B. nach Vorgaben der BQS seit 2001 oder der Landesvorgaben in Baden-Württemberg seit 1997) machten. Vergleichen Sie die Merkmale eines Krankenhauses über mehrere Jahre. So können Sie erken-



nen, ob die ganzen Bemühungen, die ein Krankenhaus unternimmt, auch wirklich die Qualität verbessern.

Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum 2004 (F)

Die „Landschaft“ der Projekte reicht von reinen betrieblichen oder krankenhausesinternen Strukturen und Prozessen ohne direkte Einbeziehung von Patienten über konkrete medizinische oder krankheitsbildbezogene Projekte bis zu krankenhausesübergreifenden Kooperationen, z.B. mit Hausärzten. Achten Sie auf Projekte innerhalb des Qualitätsmanagements mit dem Bezug zu Themen wie: Qualitätskonferenz, Beschwerdemanagement, Patientenbefragungen, Risikomanagement, Leitlinien für ärztliche / pflegerische Versorgung oder Komplikationskonferenzen. Diese Kurzvorstellungen beinhalten allerdings häufig nur knappe Informationen zu den Ergebnissen und zum Stand in den Projekten. Sollten Sie an einem Projekt besonderes Interesse haben, so scheuen Sie sich nicht davor nachzufragen.

Weitergehende Informationen (G)

In diesem letzten Abschnitt des Qualitätsberichtes können Sie die Kontaktdaten der Autoren, Kooperationspartner wie Selbsthilfegruppen oder andere wichtige Adressen und Telefonnummern rund um das Krankenhaus finden.

Für den Fall einer Beschwerde oder gar eines Streites, auch über die Art einer Behandlung, gibt es in den meisten Krankenhäusern einen Ombudsmann oder Patientenführsprecher. Diesen können Sie zu Ihrem Problem befragen. Der Patientenführsprecher soll Ihnen helfen, Ihre Patienteninteressen dem Krankenhaus gegenüber zu vertreten.

Auskünfte zu den verantwortlichen Personen sollten Sie auch an der Pforte, beim Sekretariat der Geschäftsführung oder von den Sekretariaten der Chefärzte erhalten können.



Fazit

Informationen zu dem für Sie am interessantesten Bereich der Ergebnisqualität sind in den 2005er Qualitätsberichten noch oft sehr spärlich gesät. Die für Sie hilfreichsten Informationen zur Strukturqualität erhalten Sie vorzugsweise in Abschnitt B-2 - Personalqualifikation. Prozess- und Ergebnisqualität stellen die Krankenhäuser in der Regel nur in Abschnitt E - Qualitätsmanagement dar.

Ein perfekter Vergleich von Krankenhäusern wird Ihnen nur schwerlich gelingen. Natürlich gibt es in den Qualitätsberichten Informationen, die vergleichbar sind, wie z.B. Personalqualifikationen (ein Krankenhaus mit mehr examiniertem Pflegepersonal könnte Sie in Ihrer Auswahl positiv beeinflussen), Mengenangaben (ein Krankenhaus mit einer deutlich höheren Behandlungszahl eines Krankheitsbildes / Operation wird Sie positiv beeinflussen) oder die Angaben zur externen Qualitätssicherung. Die Problematik dieser Daten wurde in den einzelnen obigen Abschnitten erläutert.

Grundsätzlich gilt für die Abschnitte D bis F, dass sie genau auf die verwendeten Worte achten müssen. So sagt „...ein ständiges Weiterbildungsangebot...“ nichts darüber aus, wie viele Mitarbeiter sich weitergebildet haben oder ob sie sich überhaupt weitergebildet haben. Es wird ja nur von einem „Angebot“ gesprochen.

Andere Beispiele:

- „...ein neues Verfahren...eingeführt.“ heißt nicht automatisch, dass es überprüft wurde, ob es angewendet wird oder welche Verbesserungen es gegenüber dem bisherigen Verfahren mit sich bringt.
- „... wurde versucht, die Prozesse zu optimieren.“ gibt keinen Hinweis darauf, ob es auch wirklich gelungen ist, die Prozesse / Abläufe zu verbessern.

Als Faustregel gilt: Je offener ein Krankenhaus mit seinen Informationen – insbesondere auch über eventuell bestehende Mängel – umgeht, desto positiver ist dies zu werten.

Scheuen Sie sich nicht davor, direkt Fragen an das Krankenhaus zu stellen.