

Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser lesen und verstehen

Herausgegeben vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA)



Berlin, September 2009

Inhaltsverzeichnis

Was ist Qualität und wie wird sie gemessen?	4
Dimensionen der Qualität	4
Was wollen Patientinnen und Patienten wissen?	6
Wie kam es zu den gesetzlichen Qualitätsberichten?	7
Was können die gesetzlichen Qualitätsberichte leisten?	8
Die Teile des Qualitätsberichts	9
Die Einleitung	9
Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses (Teil A)	9
Allgemeine Daten (A-1 bis A-5)	9
Organisationsstruktur (A-6)	10
Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie (A-7)	10
Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte (A-8)	10
Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote (A-9)	10
Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses (A-10)	11
Forschung und Lehre des Krankenhauses (A-11)	11
Anzahl der Betten und Fallzahlen des Krankenhauses (A-12 und A-13)	11
Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten und Fachabteilungen (Teil B) ...	11
Diagnosen nach ICD (B-[X].6)	12
Prozeduren nach OPS (B-[X].7)	12
Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-[X].8)	14
Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft (B-[X].10)	14
Apparative Ausstattung (B-[X].11)	14
Personelle Ausstattung (B-[X].12)	15
Qualitätssicherung (Teil C)	16
Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung (C-1)	16
Leistungsbereiche und Dokumentationsrate (C-1.1)	17
Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren (C-1.2)	18
Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (C-2)	23
Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (C-3)	23
Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung (C-4)	24
Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung (C-5)	24
Umsetzung von Strukturqualitätsvereinbarungen (C-6)	25
Qualitätsmanagement (Teil D)	25
Qualitätspolitik (D-1)	26
Qualitätsziele (D-2)	26
Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (D-3)	27
Instrumente des Qualitätsmanagements (D-4)	27
Qualitätsmanagement-Projekte (D-5)	28
Bewertung des Qualitätsmanagements (D-6)	29
Fazit: Der nächste Schritt auf einem langen Weg	30
Was tun? Einige Ratschläge für informationshungrige Patientinnen und Patienten	32
Qualitätsberichte im Internet	32

Seit 2005 berichten die rund zweitausend Krankenhäuser in Deutschland öffentlich darüber, was sie tun und wie gut sie es tun. Diese sogenannten „strukturierten Qualitätsberichte“ sollen ausdrücklich für Patientinnen und Patienten verständlich formuliert sein. Im Folgenden geht es um die Qualitätsberichte, die Ende 2009 erschienen sind und sich auf die Qualität des Jahres 2008 beziehen. Wir nennen sie die „2009er Qualitätsberichte“.

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 zur Verfügung stellen. Diese müssen die Qualitätsberichte aller Krankenhäuser anschließend im Internet veröffentlichen. In Internetsuchmaschinen finden Sie neben der Leseversion des Qualitätsberichts (PDF-Format) weitere Informationen, die auf einer teilweise umfangreicheren Datenbankversion des Qualitätsberichts beruhen.

Nun ist es aber nicht leicht, die Qualität eines Krankenhauses zu messen. Die Medizin hat es mit komplizierten Systemen zu tun: mit Menschen, die nicht nur aus einem Körper mit vielen Organen bestehen. Die Menschen unterscheiden sich in ihren jeweiligen Bedürfnissen und Erwartungen, im Aufbau ihres Körpers und im Ablauf der Funktionen des Körpers. Deshalb können sie unterschiedlich auf die gleiche medizinische Behandlung reagieren. Darüber hinaus müssen auch seelische, soziale, geistig-mentale und vielleicht auch religiös-spirituelle Dimensionen bedacht werden, um den Menschen mit seiner Krankheit zu verstehen und dem wichtigsten Ziel der Medizin – der Genesung des Menschen – gerecht zu werden. Zu den sozialen Dimensionen gehören beispielsweise die Patientenrechte. So darf etwa keine Behandlung ohne verständliche Aufklärung und Einwilligung 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 wesentlich größere Herausforderung darstellt als zum Beispiel in der Industrie.

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

Was ist Qualität und wie wird sie gemessen?

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

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

Dimensionen der Qualität

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

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

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

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

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

Ein weiteres Beispiel: In einem Krankenhaus werden hauptsächlich ältere Patientinnen und Patienten behandelt, die meist mehrere chronische Krankheiten mitbringen, oder ein Krankenhaus liegt in einem Stadtteil, der durch geringen sozio-ökonomischen Status seiner Bewohnerinnen und Bewohner oder große soziale Spannungen geprägt ist. Patientinnen und Patienten, die in dieses Krankenhaus kommen, sind häufig viel kränker, viel gefährdeter oder sprechen schlechter auf eine bestimmte Therapie an. Ihr Risiko für ein schlechtes Behandlungsergebnis oder Komplikationen ist höher. Wahrscheinlich sind hier die Ergebnisse entsprechend weniger gut als in einem Viertel mit Bewohnerinnen und Bewohnern höheren sozio-ökonomischen Status. Um beide vergleichbar zu machen, muss das unterschiedliche Risiko, das die verschiedenen Patientinnen und Patienten mitbringen, in die Betrachtungen einbezogen werden. Verfahren, die dieses 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. 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 in Ihrem Freundes- und Bekanntenkreis, was den Menschen am wichtigsten ist, wenn sie sich einer Behandlung in einem Krankenhaus unterziehen müssen. Sie werden wahrscheinlich eine Liste bekommen, auf die sich letztlich alle verständigen können, deren Einzelelemente aber von jedem Menschen anders bewertet werden. Alle werden wahrscheinlich die Qualität der medizinischen Behandlung als wichtigstes Kriterium betonen. Darüber hinaus wird die Eine besonderen Wert auf die Freundlichkeit von 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 sollten Sie nicht verwundern, denn es gibt nicht *den* Patienten oder *die* Patientin, sondern jeder Mensch entscheidet selbst, was ihr oder ihm besonders wichtig ist. Wer eine seltene, schwer zu behandelnde Krankheit hat, legt möglicherweise mehr Wert auf die Qualifikation und Erfahrung der behandelnden 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 bekommt. Der Eine lässt sich vielleicht eher in einem großen Krankenhaus, etwa einer Universitätsklinik behandeln, für die Andere wäre das vertraute Krankenhaus in der Nachbarschaft genau das Richtige, sofern beide Krankenhäuser eine gute medizinische Behandlung anbieten.

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

Wir gehen davon aus, dass die meisten 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 ziemlich „weicher“ Hinweis auf die Bemühung um gute medizinische Arbeit gesehen werden. Ein „härterer“, aussagekräftigerer Indikator ist möglicherweise der Umgang mit

Beschwerden: Ein Krankenhaus, das mich als unzufriedene und damit vielleicht unbequeme Person ernst nimmt, meinen Beschwerden nachgeht und erkannte Missestände 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 wussten ein bisschen über die Krankenhäuser ihrer Umgebung, in die sie öfter Patientinnen und Patienten eingewiesen hatten; Krankenkassen wussten einiges über die Qualität der Gesundheitsversorgung, denn sie hatten auch schon vorher Daten über die Leistungen der Krankenhäuser zu Abrechnungszwecken zur Verfügung; Berufs- und Standesorganisationen wie Ärztekammern und Berufsverbände wussten ebenfalls einiges über die Qualität der Arbeit ihrer Mitglieder. Dieses Wissen war allerdings nur schwer für Patientinnen und Patienten zugänglich.

Die strukturierten Qualitätsberichte sind dagegen etwas Neues, da sie jetzt umfangreiche Informationen zu allen Krankenhäusern in einem gleichen Format offen legen und somit für Bürgerinnen und Bürger, Patientinnen und Patienten, einweisende Ärztinnen und Ärzte, Krankenkassen, Krankenhäuser und alle Interessierten zugänglich machen. 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 „Gesundheitsmarkts“ existenzielle Nachteile für einzelne Häuser mit sich bringen. Aus diesem Grund ist der Qualitätsbericht an einigen Stellen ein Kompromiss zwischen den verschiedenen Interessen der Partner im Gesundheitswesen.

Was können die gesetzlichen Qualitätsberichte leisten?

Die gesetzlichen Qualitätsberichte geben wichtige Hinweise auf die Qualität eines Krankenhauses, dabei auch auf die Qualität der medizinischen Behandlung. Sie liefern Hinweise auf besonders gute oder besonders schlechte Qualität in vielen Bereichen eines Krankenhauses. Qualitätsberichte stellen Informationen zur Verfügung, die 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.
- Außerdem wird häufig 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.

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

Die Teile des Qualitätsberichts

Die Struktur der 2009er Qualitätsberichte wurde nach den Erfahrungen mit den Berichten über die Jahre 2004 und 2006 überarbeitet. Der Qualitätsbericht besteht aus folgenden Teilen:

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

Im Folgenden werden die einzelnen Kapitel des Qualitätsberichts beschrieben und es wird aufgezeigt, von welchen Informationen Sie als 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. Qualitätsbeauftragte, Patientenfürsprecher, 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 geben, welchen Stellenwert die Qualität dort einnimmt. Differenzierte Angaben zu Ansprechpartnern, beispielsweise mit Telefonnummer oder E-Mail-Adresse, sprechen für Offenheit nach außen. Unpräzise „Werbetexte“ dagegen können eher das Interesse offenbaren, sich möglichst vorteilhaft darzustellen.

Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses (Teil A)

Allgemeine Daten (A-1 bis A-5)

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

Organisationsstruktur (A-6)

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

Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie (A-7)

Regionale Versorgungsverpflichtungen haben psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen, die aufgrund gesetzlicher Vorschriften verpflichtet sind, psychisch erkrankte 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 ein Krankenhaus sich im besonderen Maße konzentriert. Die Angaben beruhen in der Regel auf der Selbsteinschätzung der Krankenhäuser. Meistens arbeiten mehrere Fachabteilungen dabei zusammen. Auch Fachabteilungen können eigene Versorgungsschwerpunkte haben. Diese finden Sie unter B-[X].2. Wenn Sie für eine spezielle Erkrankung ein 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 (oder Ähnliches). 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 Krebsspezialisten betreut mit dem Ziel einer aufeinander abgestimmten Behandlung. In Deutschland gibt es ca. 45 solcher Tumorzentren, die allerdings unterschiedlich organisiert sind. Hinter dem Begriff „-Zentrum“ verbergen sich nicht unbedingt einheitliche Anforderungen an Struktur und Qualität der Einrichtung.

Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote (A-9)

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

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

In diesem Abschnitt geht es um Räumlichkeiten, Verpflegung, Ausstattung der Patientenzimmer und persönliche Betreuung. Ein Krankenhaus kann angeben, ob es z. B. einen Seelsorger oder 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 Krankenhaus 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 243 Betten. Im Jahr 2007 hatten in Deutschland etwa 4 % der Krankenhäuser mindestens 800 Betten, 14 % zwischen 400 und 799 Betten, 50 % zwischen 100 und 399 Betten und rund 32 % weniger als 100 Betten.

Die Fallzahl ist die Anzahl der stationär behandelten Patientinnen und Patienten, das heißt, jede Person wird bei jedem Krankenhausaufenthalt einmal gezählt. Im Jahr 2007 wurden in Deutschland rund 17,2 Millionen Patientinnen und Patienten stationär behandelt.

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

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

Dieser Teil enthält die Struktur- und Leistungsdaten *für die einzelnen Organisationseinheiten und Fachabteilungen* des Krankenhauses, die in Kapitel A-6 bereits im Überblick dargestellt wurden. Wie in Teil A für das gesamte Krankenhaus, werden hier für jede Organisationseinheit und Fachabteilung die

Versorgungsschwerpunkte, das medizinisch-pflegerische Angebot sowie der nicht-medizinische Service (z. B. räumliche Ausstattung, Verpflegung, besondere Einrichtungen und Angebote) dargestellt. Außerdem enthält dieser Teil Tabellen der Krankheiten (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 werden Angaben gemacht über Möglichkeiten ambulanter Behandlung, Ausstattung mit medizinischen Geräten und Qualifikation des Personals.

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

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

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

In einer Tabelle macht das Krankenhaus Angaben zu den (mindestens) zehn bis (höchstens) 30 häufigsten 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 aufführen, für deren Behandlung es besondere Kompetenz ausweisen möchte oder an denen es ein besonderes (z. B. auch wissenschaftliches) Interesse hat. Das können auch Krankheiten sein, die seltener vorkommen und daher in der Liste der häufigen Diagnosen nicht erfasst werden. Einzelne betrachtet erlaubt die Darstellung einer Leistung als Kompetenzdiagnose noch keine Aussage über die Behandlungsqualität. Sie kann jedoch als Hinweis darauf verstanden werden, dass ein Krankenhaus in dieser Fachabteilung nach seiner Selbsteinschätzung über besondere Erfahrung in der Behandlung des jeweiligen Krankheitsbildes verfügt.

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

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

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

In diesem Kapitel werden die (mindestens) zehn bis (höchstens) 30 häufigsten Prozeduren nach dem OPS dargestellt. Aus Datenschutzgründen kann die Anzahl der 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. Einzelnen 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 sie trotzdem nicht in der Liste der zehn häufigsten Prozeduren auftauchen, weil sie im Vergleich zu anderen, häufig durchgeführten Eingriffen (etwa der Entfernung der Gallenblase) seltener durchgeführt werden. Die Liste der Kompetenzprozeduren ermöglicht es dem Krankenhaus, sein besonderes Leistungsprofil in der Darstellung zu vervollständigen.

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

Über den Zusammenhang zwischen der Anzahl einer bestimmten Operation, die eine Abteilung oder 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 dieses 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 fertig gestellt.

Daher werden nicht in jedem 2009er Qualitätsbericht dieselben Umschreibungen verwendet und auch nicht für alle Begriffe wird eine verständliche Formulierung gefunden.

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

Apparative Ausstattung (B-[X].11)

In der modernen Medizin werden viele Geräte eingesetzt. Die Fachabteilung stellt hier dar, welche Geräte ihr für die Feststellung und Behandlung der Krankheiten ihrer 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 „24h-Notfallverfügbarkeit“ zur Verfügung stehen. Geräte, die zur üblichen Ausstattung eines Krankenhauses gehören, werden hier allerdings nicht angegeben (z. B. Blutdruckmessgeräte, EKG, Blutzuckermessgeräte, Infusionspumpen).

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

Personelle Ausstattung (B-[X].12)

Hier geht es um Anzahl und Qualifikationen der 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%-Stelle zu 1,2 Vollzeitäquivalenten zusammengerechnet.

In der Tabelle **B-[X].12.1** „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].12.2** werden anerkannte Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse und Zusatzqualifikationen des Pflegepersonals angegeben. Dies können beispielsweise ein Diplom oder die Zusatzqualifikation Stomapflege sein. Außerdem können in der Spalte Kommentar/Erläuterung genauere Angaben zur Art der Fachexpertise gemacht werden.

Das Krankenhaus macht unter **B-[X].12.3** 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 beispielsweise die durchschnittliche

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

Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung (C-1)

Die gesetzlich vorgeschriebene „externe Qualitätssicherung“ wird in Deutschland von der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS, Sitz in Düsseldorf) zusammen mit den Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung durchgeführt. Daran müssen sich alle Krankenhäuser beteiligen, die für die Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patientinnen und Patienten zugelassen sind (§ 108 SGB V). Dieses „BQS-Verfahren“ misst die Qualität von etwa 20 % der Krankenhausbehandlungen, und zwar überwiegend von Operationen. Dafür werden

zu mehr als 190 Qualitätsindikatoren aus 26 vom [Gemeinsamen Bundesausschuss](#) festgelegten Leistungsbereichen spezielle Aufzeichnungen geführt. Sie werden jährlich bundesweit zu einem Qualitätsreport zusammengefasst (siehe www.bqs-online.de).

Aus den oben genannten Gründen sind in diesem Report die Daten der einzelnen Krankenhäuser anonymisiert. Als Leserin oder Leser können Sie also die Qualität der Leistung eines bestimmten Hauses nicht erkennen.

Die krankenhausindividuellen Daten waren bis vor Kurzem der Öffentlichkeit nicht zugänglich. In den 2009er Qualitätsberichten werden – wie zuvor schon im Jahr 2007 – ganz konkrete Ergebnisse zur Qualität aus rund 1.600 deutschen Krankenhäusern einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht (Näheres hierzu im Kapitel C.1-2 „Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren“).

Wie funktioniert das BQS-Verfahren?

Alle teilnehmenden Krankenhäuser dokumentieren die qualitätsrelevanten Daten und übermitteln für jede betroffene Patientin und jeden betroffenen Patienten einen Datensatz an eine zentrale Annahmestelle (die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung = BQS gGmbH in Düsseldorf oder entsprechende Stellen auf Landesebene). Dort werden die Daten nach festgelegten Konzepten ausgewertet und die Ergebnisse den Krankenhäusern in Form von Auswertungen und Empfehlungen zur Verfügung gestellt. Die Qualität der erfassten Leistungen wird über ca. 190 Indikatoren abgebildet, für die bundeseinheitliche Richtwerte (Referenzbereiche) festgelegt sind. Liegt ein Krankenhaus mit einem Indikator außerhalb des vorgegebenen Referenzbereichs, gilt es als „rechnerisch auffällig“, und es wird in einem Expertengremium geprüft, ob das Haus im betreffenden Leistungsbereich weitere Auffälligkeiten zeigt. Hierbei werden zum Teil auch die Ergebnisse der Vorjahre berücksichtigt. Mit den rechnerisch auffälligen Krankenhäusern wird durch Fachexperten im sogenannten „[Strukturierten Dialog](#)“ die Ursache der Auffälligkeit analysiert. Erst dann stellt sich heraus, ob die Auffälligkeit etwa auf Mängeln in der Dokumentation beruht, durch besonders schwierige medizinische Fälle (hohes Risiko) erklärbar ist oder ob tatsächlich Abweichungen in der Qualität der Leistungserbringung vorliegen. Sollte dies der Fall sein, wird der betroffenen Klinik oder Abteilung eine Beratung angeboten. Führt auch die nicht zu mehr Klarheit, können die Krankenhäuser besucht und die Auffälligkeiten vor Ort aufgeklärt werden. Am Ende dieses Prozesses können Empfehlungen abgegeben, konkrete Ziele zur Verbesserung der Qualität vereinbart oder gar Behandlungsverträge gekündigt werden.

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

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

Leistungsbereiche und Dokumentationsrate (C-1.1)

In diesem Abschnitt des Qualitätsberichts stellen Krankenhäuser, die an den Maßnahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung teilnehmen, dar, wie hoch die Fallzahlen der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen und die Dokumentationsraten im jeweiligen Leistungsbereich waren. Bei einem

Krankenhaus bzw. einem Krankenhausträger mit mehreren Standorten müssen die Daten für die externe vergleichende Qualitätssicherung in der Regel für jeden Standort separat an die BQS übermittelt werden. Aber auch innerhalb eines Standortes werden manchmal Daten der externen Qualitätssicherung aus mehreren Fachabteilungen getrennt an die BQS übermittelt. In diesen Fällen erhält ein Krankenhaus mehrere Ergebnisse von der BQS.

Da das Krankenhaus die Ergebnisse im Qualitätsbericht so darstellen soll, wie sie von der BQS übermittelt wurden, kann es sein, dass diese Angaben für jeden Standort, jede Betriebsstätte oder jede Fachabteilung/Organisationseinheit separat erfolgen.

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

Gefordert ist eine vollständige Dokumentation (Dokumentationsrate: 100 %). Dokumentationsraten von unter 80 % werden als mangelhaft eingestuft und mit finanziellen Abschlägen „bestraft“. Andererseits ist eine Dokumentationsrate von 100 % kein Beweis für erfolgreiche und komplikationslose Behandlungsergebnisse. Aber sie sagt aus, dass für alle behandelten Fälle Qualitätsdaten dokumentiert wurden. Bei niedrigeren Dokumentationsraten besteht die Möglichkeit, dass Fälle mit nicht so guter Ergebnisqualität nicht dokumentiert wurden. Um das auszuschließen, werden regelmäßig Prüfungen durchgeführt, etwa indem bei denjenigen Krankenhäusern, die gar keine Komplikationen angegeben haben, nachgefragt wird oder indem stichprobenartig Patientenakten mit den angegebenen Qualitätsdaten verglichen werden (das sogenannte [Datenvalidierungsverfahren](#)). Eine vollständige Kontrolle ist allerdings bei Tausenden von Daten pro Krankenhaus weder machbar noch sinnvoll, da der Aufwand im Vergleich zum Nutzen viel zu hoch wäre.

Organisationen, die Informationen über sich selbst veröffentlichen, sind in gewisser Weise befangen und könnten im Einzelfall zu anderen Ergebnissen kommen als ein außenstehender Betrachter.

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

In den 2009er Qualitätsberichten werden konkrete Ergebnisse zur Qualität in rund 1.600 deutschen Krankenhäusern veröffentlicht. Aus elf Leistungsbereichen werden insgesamt 26 Qualitätsindikatoren für alle Krankenhäuser dargestellt, so dass deren Ergebnisse untereinander vergleichbar sind. Die Darstellung ist für die Krankenhäuser verbindlich. Voraussetzung ist, dass der sogenannte „Strukturierte Dialog“ abgeschlossen ist (siehe „Wie funktioniert das BQS-Verfahren?“).

Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses wählte die BQS aus den rund 190 Qualitätsindikatoren der externen Qualitätssicherung 26 Indikatoren aus, die für die Veröffentlichung besonders geeignet sind. In diesem [Verfahren](#) wird beispielsweise untersucht, wie gut ein Qualitätsindikator „[risikoadjustiert](#)“ ist (siehe „Dimensionen der Qualität“). Denn nur so lassen sich anschließend die Endergebnisse sinnvoll miteinander vergleichen. Darüber hinaus hat die BQS die Qualitätsindikatoren zusammen mit den zugehörigen Leistungsbereichen in eine für Patientinnen und Patienten [verständliche Sprache](#) übersetzt und für jeden dieser Qualitätsindikatoren [Interpretationshilfen](#) erstellt.

Zwei weitere Qualitätsindikatoren werden nur eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlen. Alle anderen sind (noch) nicht zur Veröffentlichung empfohlen. Die Qualitätsindikatoren dieser drei Kategorien sollen von den Krankenhäusern in drei Tabellen wie folgt dargelegt werden:

Tabelle A:

Diese 26 Qualitätsindikatoren wurden vom Gemeinsamen Bundesausschuss auf Vorschlag der BQS als *uneingeschränkt* zur Veröffentlichung geeignet eingestuft.

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

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

Tabelle B:

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

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

Tabelle C:

Dies sind die vom Gemeinsamen Bundesausschuss *nicht* zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren. Sie werden nicht für eine Veröffentlichung empfohlen, da zum Beispiel keine Risikoadjustierung vorgenommen wurde oder weil die Prüfung des jeweiligen Qualitätsindikators durch die BQS noch nicht abgeschlossen ist.

Die Veröffentlichung der Ergebnisse ist freiwillig möglich, wenn kein Strukturierter Dialog erforderlich ist oder die Ergebnisse durch diesen bereits bewertet wurden. Sie dürfen jedoch im Qualitätsbericht nicht veröffentlicht

werden, wenn die Bewertung durch den Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist (siehe oben).

Die Qualitätsindikatoren werden in Tabellen dargestellt.

1 Leistungsbe- reich (LB) und Qualitäts- indikator (QI)	2 Kennzahl- bezeich- nung	3 Bewertung durch Strukt. Dialog	4 Vertrauens- bereich	5 Ergebnis (Einheit)	6 Zähler/ Nenner	7 Referenz- bereich (bundes- weit)	8 Kommentar/ Erläuterung der BQS/LQS	9 Kommentar/ Erläuterung des Kranken- hauses
LB 1: QI 1								
LB 1: QI 2								
LB 2: QI 1								
LB 2: QI 2								
...								

Erläuterungen zu den Spalten der Tabellen A bis C:

Spalte 1: In einem „Leistungsbereich (LB)“ sind gleiche bzw. ähnliche medizinische und pflegerische Leistungen eines Krankenhauses zusammengefasst. Beispiele für Leistungsbereiche sind: „Geburtshilfe“, „Operationen des Hüft- oder Kniegelenks“, „Einsatz von Herzschrittmachern“ oder „Entfernung der Gallenblase“. In Tabelle A können 11 Leistungsbereiche mit insgesamt 26 Qualitätsindikatoren dargestellt werden. „Qualitätsindikatoren (QI)“ sind Instrumente, mit denen Qualität gemessen und bewertet werden soll, ausgedrückt z. B. als „Komplikationen während oder nach der Operation“, „ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)“ oder „vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Gebärmutterentfernung“.

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

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

Bewertung durch Strukt. Dialog	Erklärung
0	Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.
1	Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.
2	Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.
3	Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ

	auffällig eingestuft.
4	Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.
5	Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.
8	Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturiertes Dialog erforderlich.
9	Sonstiges (in diesem Fall ist auch der dem Krankenhaus zur Verfügung gestellte Kommentar in die Spalte 8 zu übernehmen).
13	Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.
14	Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

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

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

1 Leistungsbe- reich (LB) und Qualitäts- indikator (QI)	2 Kennzahl- bezeich- nung	3 Bewertung durch Strukt. Dialog	4 Vertrauens- bereich	5 Ergebnis (Einheit)	6 Zähler/ Nenner	7 Referenz- bereich (bundes- weit)	8 Kommentar/ Erläuterung der BQS/LQS	9 Kommentar/ Erläuterung des Kranken- hauses
Hüftgelenkersatz QI 8: Entzündung des Operations- bereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion	8	0,8% - 5,8%	2,5%	5 / 200	≤ 3%		

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

Im Beispiel der Tabelle (Entzündung des künstlichen Hüftgelenks nach der Operation) ist der Vertrauensbereich: 0,8%-5,8%; das bedeutet, dass das berechnete Ergebnis (Spalte 5) zwar 2,5% beträgt, aber das tatsächliche (wahre) Ergebnis mit hoher (95%iger) Wahrscheinlichkeit zwischen 0,8% und 5,8% liegt. Wenn ein anderes Krankenhaus ein

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

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

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

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

Spalte 8: In dieser Spalte können die mit der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen eine über die Bewertung in der Spalte 3 hinausgehende Kommentierung des Ergebnisses vornehmen.

Spalte 9: Hier erhalten die Krankenhäuser die Möglichkeit ergänzende Informationen aufzunehmen. Beispielsweise kann hier der Bundes- oder Landesdurchschnitt für diesen Qualitätsindikator aufgenommen werden, um die Aussagekraft des ermittelten Wertes zu stärken und zu objektivieren. Darüber hinaus kann das Krankenhaus hier sein Ergebnis kommentieren und erläutern.

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

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

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

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

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

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

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

Das Krankenhaus kann in dieser Tabelle angeben, an welchen Disease-Management-Programmen (DMP) es im Berichtsjahr teilgenommen hat. Das kann

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

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

Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung (C-5)

Hier muss beschrieben werden, wie die Mindestmengenvereinbarung nach § 137 umgesetzt wird. Bei einigen planbaren Leistungen wird davon ausgegangen, dass die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistung abhängt. Die Auffassung „Übung macht den Meister“ liegt dem zugrunde, und ein Haus, das eine Operation beispielsweise nur viermal im Jahr

durchführt, hat möglicherweise darin nicht viel Erfahrung. Wissenschaftler und Politiker streiten jedoch heftig darüber, ob die „Menge“ einer Behandlung ein brauchbares Kennzeichen, also ein Indikator für gute Qualität ist.

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 das Elbehochwasser). Denn die Einführung von Mindestmengen hat zur Folge, dass zumindest die bisher definierten seltenen Eingriffe nur noch an spezialisierten Krankenhauszentren erbracht werden. In der Tabelle C-5 stellt das Krankenhaus dar, wie häufig es die Leistungen im Berichtsjahr durchgeführt hat, und vergleicht diese Zahlen mit der geforderten Mindestmenge. Hat es Leistungen erbracht, ohne die erforderliche Mindestmenge zu erreichen, muss es in der Spalte „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.

Qualitätsmanagement (Teil D)

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

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

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

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

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

Qualitätspolitik (D-1)

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

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

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

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

Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (D-3)

In diesem Abschnitt D-3 sollten die hauseigenen Qualitätsmanagement-Strukturen erläutert werden, beispielsweise, ob eine Stabsstelle Qualitätsmanagement bei der Geschäftsführung eingerichtet wurde, ob Qualitätskonferenzen abgehalten werden, bei denen auch die Leitungsebenen einbezogen sind, ob Teams über Berufsgruppen und Hierarchiestufen hinweg in allen Abteilungen und Funktionsbereichen eines Krankenhauses eingerichtet wurden oder ob 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 krankenhausesintern 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 dies aussehen kann:

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

Bewertung des Qualitätsmanagements (D-6)

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

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

Wer solche Zertifikate anstrebt, muss nachweisen, dass definierte Elemente des Qualitätsmanagements vorhanden sind (z. B. die Kenntnis über die internen Prozesse) und dass er das Ziel verfolgt, seine Qualität ständig zu verbessern.

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

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

Die Wahl für ein oder mehrere Bewertungskonzept(e) trifft jedes Krankenhaus individuell in Abhängigkeit von seinen Vorstellungen oder Situationen. Entscheidend ist daher nicht, welches Bewertungsverfahren gewählt, sondern welches Ziel damit verfolgt wird und wie mit den Ergebnissen umgegangen wird. Beispielsweise ist das Ziel, ein Zertifikat um des Zertifikates willen oder zu Zwecken des Marketings zu 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

Mit den 2009er-Qualitätsberichten über das Berichtsjahr 2008 liegt nun die „dritte Runde“ der Qualitätsberichte vor. Im Vergleich zu den vorangegangenen Qualitätsberichten wurden Struktur und Inhalte der Berichte weiterentwickelt und verbessert. Durch begriffliche Vereinheitlichungen – zum Beispiel bei den ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, der apparativen Ausstattung, den

Qualifikationen der behandelnden Berufsgruppen – können leichter Vergleiche zwischen den Informationen der Qualitätsberichte verschiedener Krankenhäuser gezogen werden.

Im Vergleich zur 2007er-Version (Berichtsjahr 2006) werden im Kapitel Qualitätssicherung erstmals die Behandlungsergebnisse nicht mehr von den Krankenhäusern, sondern von den auswertenden Stellen selbst angegeben. So können Fehler, die sich aus der Spezifikation der Datenübermittlung und den damit verbundenen eigenen Rechnungen, die Krankenhäuser durchführen müssten, von Beginn an ausgeschlossen werden. Grundsätzlich gilt: Je offener ein Krankenhaus seine Qualitätsinformationen darlegt, einschließlich eventuell vorhandener Probleme und Mängel, desto positiver ist dies einzuschätzen.

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 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 dafür 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.

Was tun? Einige Ratschläge für informationshungrige Patientinnen und Patienten

Qualitätsberichte im Internet

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

Die Qualitätsberichte werden auf verschiedenen Homepages angeboten:

- www.weisse-liste.aok.de für Versicherte der AOK und die Öffentlichkeit
- www.klinik-lotse.de für Versicherte des Verbands der Ersatzkassen (vdek)
Die einzelnen Ersatzkassen bieten darüber hinaus noch eigene Internetsuchmaschinen auf ihrer Homepage an.
- www.bkk-klinikfinder.de für Versicherte der Betriebskrankenkassen
- www.ikk.de über die Suchmaschine "Klinik-ProFi" für Versicherte der Innungskrankenkassen
- www.knappschaft.de über die Suchmaschine "Klinik-ProFi" für Versicherte der Knappschaft-Bahn-See
- www.lsv.de über die Suchmaschine "Klinik-ProFi" für Versicherte der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- www.derprivatpatient.de/krankenhaus-info/kh-suchmaschine.html
Krankenhausportal der Privaten Krankenversicherung
- www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de Krankenhausportal der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Länderkrankenhausgesellschaften
- www.weisse-liste.de Krankenhausportal der Bertelsmann Stiftung in Kooperation mit Patientenorganisationen

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