

Aus dem Institut für Klinische Epidemiologie und Angewandte Biometrie  
der Universität Tübingen

„Internetpräsenz, Qualitätsziele und Bewertung des  
Qualitätsmanagements von Krankenhäusern in Deutschland“

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der Medizinischen Fakultät  
der Eberhard Karls Universität  
zu Tübingen

vorgelegt von

Bäßler, Julia Christine

2017

Dekan:	Professor Dr. I. B. Autenrieth
1. Berichterstatter:	Professor Dr. M. Eichner
2. Berichterstatter:	Privatdozent Dr. J. Maschmann

Tag der Disputation:	06.02.2017
----------------------	------------

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	3
1.1 Einführung.....	3
1.2 Definitionen und Grundlagen.....	4
1.2.1 Qualitätsmanagement .....	4
1.2.1 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen.....	6
1.3.1 Der strukturierte Qualitätsbericht .....	8
1.3.2 Qualitätsziele.....	10
1.3.3 Internet-Präsenz.....	11
1.3.4 Zertifizierungsverfahren, Zertifikate und Zentren .....	12
1.3 Fragestellung .....	19
2. Empirische Erhebung und Methodik.....	20
2.1 Stichprobenziehung.....	20
2.2 Analysekriterien.....	22
3. Ergebnisse .....	33
3.1 Grunddaten .....	33
3.2 Ergebnisse zur Internetpräsenz.....	36
3.3 Ergebnisse zu Qualitätszielen .....	43
4. Diskussion.....	54
4.1 Methodenbewertung.....	54
4.2 Ergebnisinterpretation und Vergleich mit anderen Arbeiten .....	56
4.3 Bewertung der Ergebnisse .....	61
4.4 Ausblick.....	62
5. Zusammenfassung.....	66
Literaturverzeichnis .....	68
Erklärung zum Eigenanteil und Danksagung .....	72
Lebenslauf.....	73
Abbildungsnachweis.....	74
Tabellennachweis.....	75
Anhang.....	76

## Abkürzungsverzeichnis

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
CIRS	Critical Incident Reporting System
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EEA	EFQM Excellence Award
EFQM	European Foundation for Quality Management
EMAS	Eco-Management and Audit Scheme
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
IQM-Initiative	Initiative Qualitätsmedizin e.V.
imedOn	Initiative Medizin Online
KCQ	Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement
KHV	Deutsches Krankenhausverzeichnis
KISS	Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TZB	Tumorzentrum Berlin
JCI	Joint Commission International
JMP	John's Macintosh Project (Statistik-Software)

# 1. Einleitung

## 1.1 Einführung

„Nur durch Schaden werden wir klug – Leitmotiv der gesamten Evolution.  
Erst durch unzählige, bis ins Unendliche wiederholte leidvolle Erfahrungen  
lernt sich das Individuum zum Meister über sein Leben empor.“

Christian Morgenstern (1871 - 1914), deutscher Schriftsteller

Menschen sind in der Lage, Handlungen zu reflektieren. Was sich als ineffizient oder gar gefährlich herausstellt, kann optimiert oder vermieden werden. Diesem Grundprinzip entsprechend entwickelt sich auch unsere Wirtschaft und Arbeitswelt ständig weiter. Der amerikanische Physiker und Statistiker William E. Deming entwickelte nach dem Zweiten Weltkrieg den Plan-Do-Check-Act-Zyklus, bei dem Prozesse bereits vor der Ausführung genau geplant und durchdacht und nach der Ausführung kontrolliert werden (Zollondz, 2011, S. 86). Die Verbesserung des Prozesses wird durch eine Anpassung der Planung erzielt. (Ertl-Wagner *et al*, 2012, S. 6).

Aber nicht nur in der Wirtschaft spielt diese neue Denkhaltung eine wichtige Rolle. Im Gesundheitswesen wurden Mitte des 20. Jahrhunderts erstmals Prozesse kontrolliert. Seit 1989 gibt es im Gesundheitswesen dazu gesetzliche Regelungen (Ertl-Wagner *et al*, 2012, S.26).

## 1.2 Definitionen und Grundlagen

### 1.2.1 Qualitätsmanagement

Das Wort „Qualitätsmanagement“ setzt sich aus den beiden Substantiven „Qualität“ und „Management“ zusammen, die zunächst beide getrennt voneinander definiert werden. Das Wort „Qualität“ hat seine Wurzeln im lateinischen „qualitas“, das für die „Eigenschaft von Dingen oder Prozessen“ steht (Ertl-Wagner *et al.*, 2012, S. 2). Die englische Bezeichnung „Management“ leitet sich vom lateinischen „manus agere“ ab und bedeutet „an der Hand führen“. Im Deutschen Wörterbuch wird Management mit der Leitung eines kapitalistischen Unternehmens bzw. dessen Geschäftsführung beschrieben (vgl. Bode und Otto, 2011, S. 160ff). Für die Zusammensetzung von Qualität und Management gibt es verschiedene Definitionen, von denen hier zwei vorgestellt werden.

1. Die Qualitätsmanagement-Definition nach DIN EN ISO 9000 lautet:

„Aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität. Anmerkung: Leiten und Lenken bezüglich Qualität umfassen üblicherweise das Festlegen der Qualitätspolitik und der Qualitätsziele, die Qualitätsplanung, die Qualitätslenkung, die Qualitätssicherung und die Qualitätsverbesserung.“ (Piechotta, 2008, S. 8)

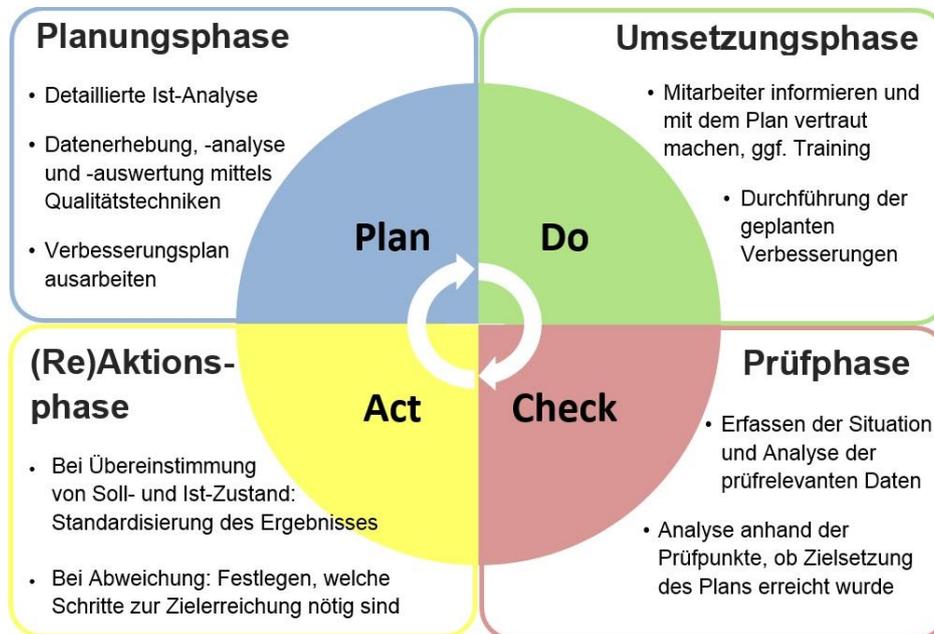
2. Im Zuge dieser Arbeit wird auf die Definition nach Häger (2012, S. 18) zurückgegriffen, der Qualitätsmanagement als das „ernsthafte Bestreben eines Unternehmens beschreibt, seine Prozessqualität zu verbessern, indem Qualitätsziele formuliert, geprüft und gegebenenfalls korrigiert werden“.

Ergänzend nennt Piechotta (2008, S. 8) drei Teile aus denen sich Qualitätsmanagement zusammensetzt:

- Entwicklung von Zielen und deren adäquate Vermittlung an die Mitarbeiter
- Veranlassen und Überwachen von Veränderungsprozessen in Hinblick auf die Ziele
- Einbeziehen von Mitarbeitern in den gesamten Qualitätsmanagement-Prozess

Untrennbar vom Qualitätsmanagement und somit von der Leitung eines Unternehmens soll im Folgenden der PDCA-Zyklus erläutert werden (siehe S. 5).

William E. Deming beschreibt den PDCA-Zyklus (siehe Abb. 1), der laut Deming bereits 1939 von seinem Lehrer Shewhart erarbeitet wurde. (Ertl-Wagner *et al.*, 2012, S. 4f).



**Abbildung 1: PDCA-Zyklus nach Shewart und Deming (eigene Darstellung nach Ertl-Wagner, 2012, S. 6)**

Der PDCA-Zyklus ist ein ständiges Verbesserungssystem, das aus vier Schritten besteht, die immer wiederholt werden: Planen (Plan) – Ausführen (Do) – Prüfen (Check) und Handeln (Act). Zunächst muss in einem ersten Schritt ein Verbesserungsplan ausgearbeitet werden, der im zweiten Schritt umgesetzt wird. Schließlich wird überprüft, ob zum Beispiel ein Prozess angemessen ausgeführt wird. Dabei spielen zahlreiche Faktoren eine Rolle, wie beispielsweise Wirtschaftlichkeit, Zufriedenheit der Kunden und Mitarbeiter oder Anpassung an die strukturellen oder organisatorischen Gegebenheiten. Im letzten Schritt sollen die gefundenen Problempunkte oder verbesserungswürdigen Prozesse fokussiert werden und neue Ziele gesetzt werden. Durch andauerndes Bestreben, diesen Zyklus erfolgreich zu durchlaufen, soll die Qualität kontinuierlich gesteigert werden. Dieser Zyklus ist universell einsetzbar und bietet so auch eine effektive Richtschnur für die Qualitätsverbesserung in Krankenhäusern.

## 1.2.2 Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen

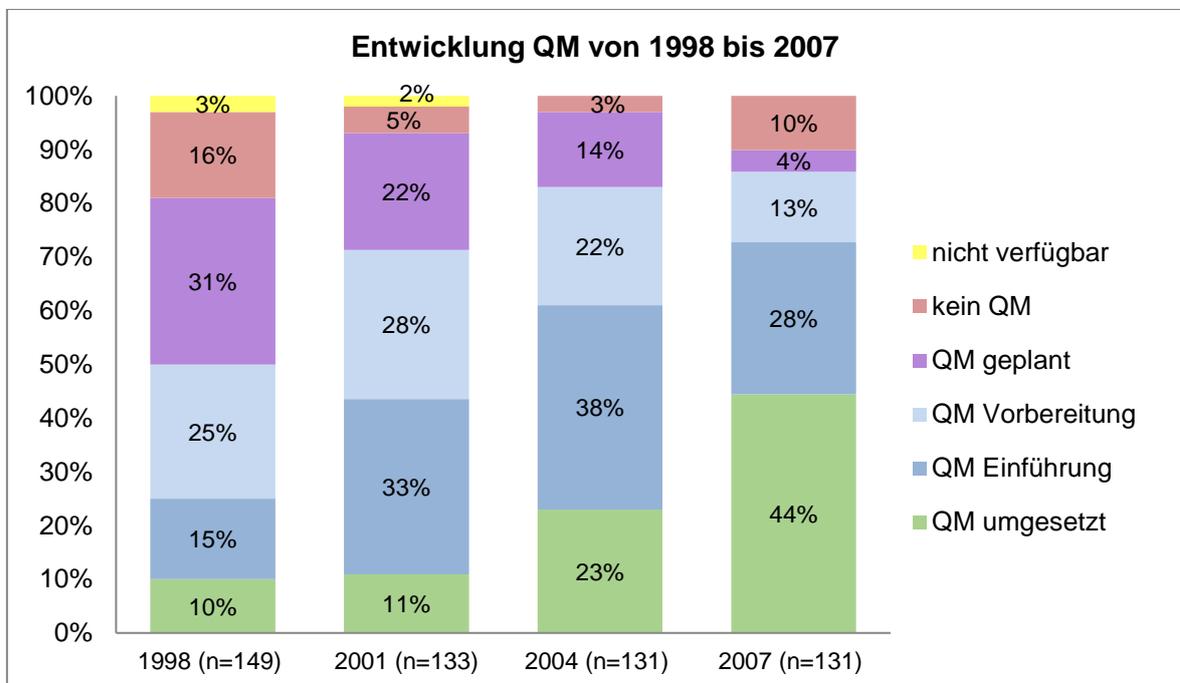
Warum braucht das Gesundheitswesen ein Qualitätsmanagement? Das deutsche Gesundheitssystem steht unter einem zunehmenden finanziellen Druck. Die Gesundheits- und Sozialpolitik hat darauf mit einem entsprechenden Gesetz reagiert, das die Verpflichtung zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems festlegt (Ertl-Wagner *et al*, 2012, S.16).

Entwicklung des Qualitätsmanagements im Gesundheitswesen:

- **1989** wird die **erste gesetzliche Regelung** im SGB V verankert, die Krankenhäusern vorschreibt, sich an externen Qualitätsvergleichen zu beteiligen (Willer, 2004, S. 1; Haeske-Seeberg, 2008, S. 38).
- Die **1999** einberufene **Gesundheitsministerkonferenz** spricht die Empfehlung aus, einen zusätzlichen Qualitätsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen, um ein transparentes Qualitätsmanagement gewährleisten zu können (Ertl-Wagner *et al.*, 2012, S. 18).
- Am 1. Januar **2000** tritt das **Gesetzliche Krankenversicherungs-Reformgesetz** (GKV-Reformgesetz) in Kraft und fordert jedes Krankenhaus auf, ein internes Qualitätsmanagement zu etablieren (Willer, 2004, S. 8).
- **2004** beauftragt das **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)** den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) durch das Sozialgesetzbuch V (§ 137, Nr. 6, Satz 3), den Qualitätsbericht zu vereinheitlichen und zu strukturieren. Dem G-BA gehören als Mitglieder die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-Spitzenverband an. Zusätzlich zählen zur „juristischen Person des öffentlichen Rechts“ noch antragsberechtigte, jedoch nicht stimmberechtigte Patientenvertreterinnen und -vertreter (G-BA, 2013b).
- **2005** verpflichtet das **BMG** alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, strukturierte Qualitätsberichte im Abstand von 2 Jahren zu veröffentlichen (Ertl-Wagner *et al.*, 2012, S. 18).
- **16. Mai 2013:** Eine **Pressemitteilung des G-BA** besagt, dass der Qualitätsbericht „künftig jährlich von allen Standorten mit zusätzlichen Informationen“ anzufertigen ist (G-BA, 2013a). Diese zusätzlichen Informationen werden vor allem im Bereich Hygiene gefordert.

Qualitätsmanagement beschränkt sich aktuell nicht nur auf Krankenhausunternehmen, sondern gewinnt auch in Arztpraxen an Bedeutung. So wurde 2010 eine Studie der Stiftung Gesundheit (Gesellschaft für Gesundheitsmarktanalyse) mit dem Titel „Qualitätsmanagement und Patientensicherheit in der ärztlichen Praxis 2010“ durchgeführt. Erforscht wurde dabei, wie niedergelassene Ärzte, Zahnärzte und psychologische Psychotherapeuten zum Qualitätsmanagement stehen, und ob sie das Risikomanagement-System *Critical Incident Reporting System (CIRS)* kennen.

Untersuchungen von Blumenstock *et al.* (Abb. 2) zeigen, dass sich Qualitätsmanagement inzwischen im Gesundheitswesen immer mehr durchsetzt. Während 1998 nur rund 10% der Akutkrankenhäuser nach eigenen Angaben QM umgesetzt hatten, waren es im Jahr 2004 schon über 20% und 2007 sogar über 40%.



**Abbildung 2: Entwicklung des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenhäusern (eigene Darstellung nach Blumenstock *et al.*, 2008, S. 8)**

### 1.2.3 Der strukturierte Qualitätsbericht

In den jährlichen Qualitätsberichten werden neben den allgemeinen Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses auch Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement dargelegt (Ertl-Wagner *et al.*, 2012, S. 18). Der Qualitätsbericht muss den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung übermittelt werden, die den Bericht anschließend im Internet veröffentlichen (G-BA, 2013c). Ob die Kliniken ihren Bericht zusätzlich selbst auf ihrer Website veröffentlichen, liegt in der Entscheidungsgewalt des jeweiligen Hauses.

Der Qualitätsbericht gliedert sich in folgende Teile (vgl. G-BA, 2011, S. 11ff.):

Teil A: Angaben, die für das ganze Krankenhaus gelten:

In diesem Abschnitt geht es um die Grunddaten des Krankenhauses. Neben den Kontaktdaten, der Institutskennzeichnung und der Art des Krankenhausträgers wird hier über die Anzahl der Betten informiert. Anhand der Bettenzahl können beispielsweise Unterschiede des Qualitätsmanagements zwischen großen und kleinen Krankenhäusern aufgezeigt werden.

Teil B: Angaben zu den Fachabteilungen oder Organisationseinheiten

Im Teil B des Qualitätsberichtes erhält man genauere Informationen zur Struktur und Organisation der Fachabteilungen, die in Teil A aufgelistet werden. Die Struktur der Abteilungen wird durch zusätzliche Angaben zu Personal, Behandlungen und Diagnosestellungen ergänzt.

Teil C: Maßnahmen und Projekte der Qualitätssicherung

Dieser Teil des Qualitätsberichtes beinhaltet unter anderem die Teilnahme an externer Qualitätssicherung, die Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung und die Regelung zur Fortbildung am Krankenhaus. So wird beispielsweise die Anzahl der Fachärzte/-innen genannt, die verpflichtet sind, an einer Fortbildung teilzunehmen, und die Anzahl an Ärzten/Ärztinnen, die tatsächlich teilgenommen haben.

Teil D: Internes Qualitätsmanagement

Der letzte Teil des Qualitätsberichtes gibt Aufschluss darüber, wie mit dem Thema Qualitätsmanagement umgegangen wird. Klare Formulierung von Zielen ebenso wie die Darlegung der Zielerreichung sind Indikatoren für ein fortgeschrittenes Qualitätsmanagement. Das interne Qualitätsmanagement ist hier von besonderem Interesse und wurde daher auf ausgewählte Aspekte hin untersucht.

Weitere Einteilung von Teil D:

D-1, Qualitätspolitik: Hier kann sich jedes Krankenhaus eine Prämisse oder eine Art Motto zuschreiben, wie es mit dem Thema Qualität umgeht und welche Werte und Grundsätze dahinter stehen. Als vorbildlich gilt, wenn (konkrete) Ziele genannt werden. Das Leitbild des Karl-Olga-Krankenhauses lautet zum Beispiel: „Qualität ist, was dem Patienten zu Gute kommt und was jeden Einzelnen von uns antreibt, jeden Tag sein Bestes zu geben!“ (Karl-Olga-Krankenhaus GmbH, 2010, S. 179). Hier stehen der Ergebnis-Aspekt und die Patientenzufriedenheit ganz klar im Vordergrund. In der Konsequenz dürfte hier eine regelmäßige Patientenbefragung zur Ergebniskontrolle eine zentrale Rolle spielen.

D-2, Qualitätsziele: Unter diesem Abschnitt können sowohl allgemeine wie auch konkrete Ziele aufgelistet werden unabhängig von einer qualitativen Bewertung. Als allgemeine Ziele gelten Aussagen wie (*hohe*) *Patientenzufriedenheit* oder *Erhöhung der Mitarbeitermotivation*. Da es hierzu keine allgemein gültigen Richtwerte oder Standards gibt, ist unklar, an welchen Maßstäben sich das jeweilige Krankenhaus orientiert. Es ist in diesem Fall nicht ersichtlich, wie die Patientenzufriedenheit bisher war und was für dieses Krankenhaus eine „hohe“ Patientenzufriedenheit überhaupt bedeutet. Werden hingegen konkrete Ziele (wie „Mitarbeitermotivation von durchschnittlich 80%, statt wie bisher 76%“) in diesem Zusammenhang genannt, kann man die Absichten genauer nachvollziehen (vgl. G-BA, 2009, S. 28). Weitere Informationen zu Qualitätszielen werden in Kapitel 1.3.2 vorgestellt.

D-3, Aufbau: In D-3 wird erläutert, welche Instanzen und Personen aus welchen Bereichen für das Qualitätsmanagement zuständig sind. Es ist wichtig, dass Mitglieder aus allen Bereichen und Hierarchien einbezogen werden. Während die Führungskräfte die Mittel und Befugnisse haben, wichtige Maßnahmen entsprechend zu fördern und durchzusetzen, sind die Mitarbeiter in ihrem beruflichen Alltag direkt an Prozessen des Qualitätsmanagements beteiligt.

D-4, Instrumente: Die Basis eines adäquaten Qualitätsmanagements bilden seine Instrumente. Dabei spielen vor allem Qualitätsindikatoren, Befragungen und das Fehler- und Risikomanagement eine entscheidende Rolle. Aber auch Leitlinien und berufsgruppenübergreifende Konferenzen fließen hier mit ein. Beispielsweise lassen sich anhand von Qualitätsindikatoren die unter D-2 festgelegten Ziele konkretisieren und messen. Das Krankenhausunternehmen kann sich dabei an einem vorgegebenen Referenzwert orientieren oder einen besseren Wert anstreben. Wie in den vorherigen Abschnitten (D-1 bis D-3) gilt auch hier: Umso genauer die Instrumente erläutert werden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sich ein Unternehmen intensiv mit seinem Qualitätsmanagement auseinandersetzt.

Allerdings wurde in den Ausfüllhinweisen zum Qualitätsbericht vom 21.02.2007 formuliert, dass „[...] der Teil D im Unterschied zu den Teilen A bis C weniger standardisiert ist und den Krankenhäusern Spielräume in der Themenauswahl und Themendarstellung gibt“ (G-BA, 2007, S. 69).

#### **1.2.4 Qualitätsziele**

Die im Qualitätsbericht unter D-2 verfassten Qualitätsziele sind der erste Schritt im PDCA-Zyklus, auf dem das Grundprinzip von Qualitätsmanagement beruht. Die Planung der Qualitätsziele ist laut Piechotta (2008, S. 8): „[...] ein ständiger Kreislauf, in dem immer wieder das geplante Tun überprüft und die Ergebnisse der Überprüfung als Verbesserung in den Prozess zurückgespeist werden.“ In der G-BA-Veröffentlichung „Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser lesen und verstehen“ vom Juni 2011 heißt es zur Bedeutung der unter D-2 formulierten Qualitätsziele:

„An dieser Stelle soll das Krankenhaus darlegen, welche konkreten Qualitätsziele es verfolgt und welche Maßnahmen getroffen werden, um sie auch zu erreichen. Je präziser die Angaben in diesem Bereich sind, desto eher kann davon ausgegangen werden, dass sich das Krankenhaus aktiv mit Qualitätsverbesserungsprojekten auseinandersetzt“ (G-BA, 2009, S. 28).

### 1.2.5 Internet-Präsenz

Der Duden listet unter dem Begriff Internet-Präsenz folgende Bedeutungen auf:

- Website (digitaler Auftritt eines Unternehmens oder einer Privatperson)
- jede eigene Aktivität im Internet, z.B. Account in einem Social-Media-Netzwerk

Die Frage nach der Internetpräsenz eines Krankenhauses bedeutet damit, ob ein Krankenhaus eine Website besitzt und welche Informationen für die Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Im Jahr 2013 belief sich der Anteil von Internetnutzern auf 76,5% der Gesamtbevölkerung (Initiative D21 e.V., 2013, S. 18), wobei es „merkliche Zuwächse bei Personen ab 50 Jahren“ gab. Die Nutzer zwischen 60 und 69 Jahren wiesen sogar den höchsten Anstieg von +3,3 Prozentpunkten auf (ebd., S. 22). So ist es kaum verwunderlich, dass sich heutzutage immer mehr Patienten, auch fortgeschrittenen Alters, im Internet über Erkrankungen, deren Behandlung und nicht zuletzt über die Krankenhäuser informieren, die diese Erkrankungen behandeln. Um dieser steigenden Nachfrage nach Informationen im Internet gerecht werden zu können, müssen sich Kliniken den Ansprüchen verschiedener Interessensgruppen anpassen. Neben Patienten sind dies auch niedergelassene Ärzte und Krankenkassen. Dabei gilt als Grundlage der Aufbau einer Internetpräsenz mit einer Homepage, also einer übersichtlichen und benutzerfreundlichen Startseite, die auch weniger geübte Internetnutzer bei der Informationssuche unterstützt.

Unter dem Aspekt des Qualitätsmanagements ist es interessant zu untersuchen, ob eine Klinik den gesetzlich verankerten Qualitätsbericht auf ihrer Internet-Präsenz eingestellt hat und dieser im Optimalfall direkt auf der Startseite verlinkt ist. Ansonsten kann man weiter differenzieren, ob der Qualitätsbericht unter einem verwandten Themenbereich wie beispielweise „Qualität“ oder „Qualitätssicherung“ leicht zu finden ist oder ob man schon gezielt über die Suchmaske nach dem Qualitätsbericht suchen muss. Ist überhaupt kein eingestellter Qualitätsbericht zu finden, kann man gegebenenfalls in Bewertungsportalen wie „www.kliniken.de“ nach dem entsprechenden Qualitätsbericht suchen. Es stellt sich jedoch die Frage, warum die Klinik darauf verzichtet, den Qualitätsbericht auf ihrer eigenen Website für die Patienten und sonstige Interessensgruppen unmittelbar zur Verfügung zu stellen.

### 1.2.6 Zertifizierungsverfahren, Zertifikate und Zentren

Das Wort „Zertifizierung“ leitet sich vom lateinischen Adverb „certe“ ab und steht für „gewiss“ oder „sicher“. Eine Zertifizierung ist ein Verfahren, mit dem die Einhaltung bestimmter Anforderungen nachgewiesen werden soll.

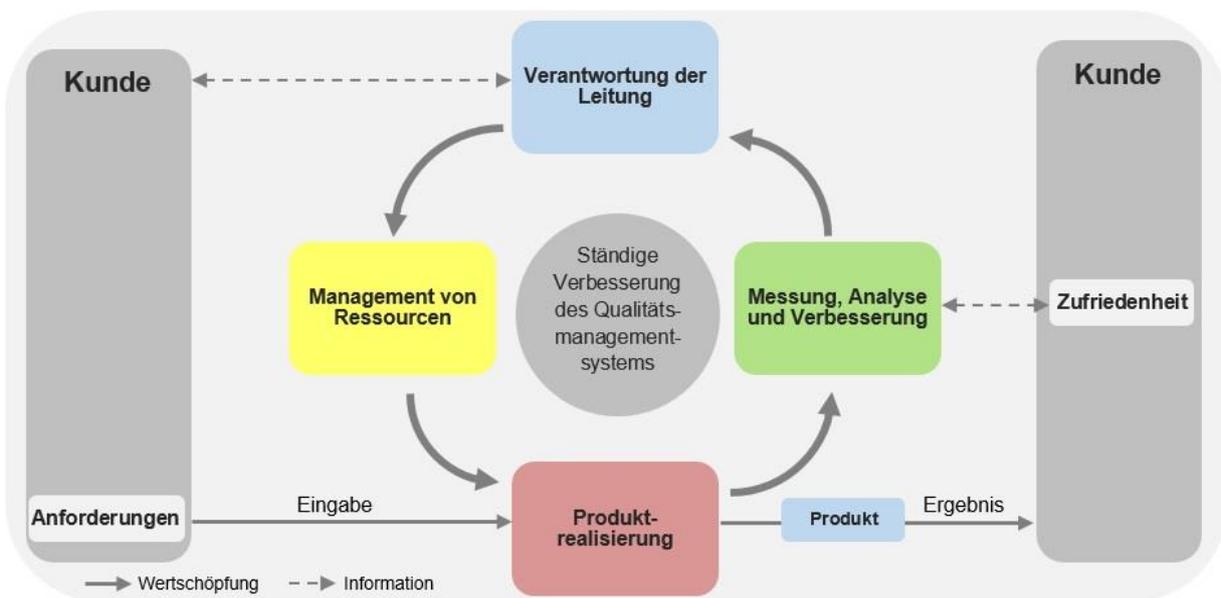
Eine Zertifizierung „erfolgt durch unparteiische, in der Regel nicht hoheitlich gestellte Dritte und bestätigt, dass ein Erzeugnis, ein Verfahren oder eine Dienstleistung definierte Anforderungen erfüllt“ (Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung (KCQ), 2012, S. 267). Nicht zu verwechseln sind dabei jedoch die beiden Begriffe „Zertifizierung“ und „Akkreditierung“. Zertifizierungsstellen können selbst akkreditiert werden und sind somit befugt, Zertifizierungen zu vergeben, da man ihnen diese Autorität und Urteilsbefugnis zuspricht. In anderen Worten bestätigt eine Akkreditierung die Kompetenz einer Zertifizierungsstelle Zertifikate zu vergeben.

In Frankreich sind seit 1999 alle öffentlichen und privaten Krankenhäuser zu einer Zertifizierung verpflichtet. Nach einer initialen Selbstbewertung ist die Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) für die externe Begutachtung zuständig (KCQ, 2012, S. 276). In Deutschland hingegen sind Zertifizierungen an allgemeinen Krankenhäusern - bis zum jetzigen Zeitpunkt – eine freiwillige Entscheidung. Abgrenzen muss man allerdings die Rehabilitationskliniken, die einer gesetzlichen Zertifizierungspflicht unterliegen (Ertl-Wagner *et al.*, 2012, S. 176). Ab 1995 entschieden sich nichtsdestotrotz die ersten allgemeinen Krankenhäuser, eine Zertifizierung durchzuführen (KCQ, 2012, S. 268), und ihre Zahl nimmt vor allem aus zwei Gründen stetig zu. Dies liegt einerseits daran, dass eine Zertifizierung dem positivem Image einer Klinik zu Gute kommt, indem dies im Rahmen der Selbstvermarktung eingesetzt wird. Man möchte sich damit von anderen Kliniken abheben – oder mit anderen mithalten, die vielleicht schon zertifiziert sind. Ein weiterer Grund ist nach Ertl-Wagner *et al.* die „Zertifizierung als Motivationsinstrument“ (2012, S. 176), denn im Zuge der Bemühungen, die Zertifizierung erfolgreich abzuschließen, müssen die Mitarbeiter über die einzelnen Berufsgruppen und Hierarchieebenen hinweg zusammen arbeiten. Dadurch lernen sie die verschiedenen QM-relevanten Prozesse kennen und erhalten einen besseren Überblick über die Zusammenhänge. Hat man die Zertifizierung erfolgreich abgeschlossen, kann dies ein gewisses Gemeinschaftsgefühl erzeugen (vgl. ebd., S. 176).

Um diese Vorteile genießen zu können, müssen die Krankenhäuser ihr Qualitätsmanagement (QM) erfassen, bewerten und weiterentwickeln. Dazu gibt es verschiedene Modelle, die eine Orientierung und Hilfe darstellen. Im Folgenden werden die grundlegenden QM-Modelle, die alle in der Analyse berücksichtigt werden, kurz erläutert.

## DIN EN ISO

Der Begriff der DIN EN ISO-Norm setzt sich zunächst aus drei Teilen zusammen: DIN steht für das Deutsche Institut für Normung e.V., EN steht für europäische Normen, und ISO ist die Abkürzung für die International Organization for Standardization, die 1947 in Genf gegründet wurde. 1951 schloss sich Deutschland mit DIN an (Ertl-Wagner *et al.*, 2012, S. 30). Im DIN EN ISO-Modell wird die ständige Verbesserung des Systems durch die Anforderungen und die Zufriedenheit der Kunden bestimmt. Das Grundsystem beruht im Prinzip auf dem PDCA-Zyklus (siehe Abbildung 1, S. 5). Um ISO zertifiziert zu werden, muss eine externe, unabhängige Zertifizierungsgesellschaft einmal jährlich ein Überwachungsaudit durchführen (siehe Abbildung 3).



**Abbildung 3: Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9000ff. im Gesundheitswesen (eigene Darstellung nach Pfitzinger, 2011, S. 15)**

„Die DIN EN ISO 9001-Zertifizierung [...] weist ein implementiertes und funktionierendes Qualitätsmanagementsystem nach. Die ISO 9001-Zertifizierung ist national und international bekannt. Sie belegt ein systematisches und strukturiertes Vorgehen innerhalb des Krankenhauses mit Wertschätzung der Patienten und der Kooperationspartner.“

Die Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 erfordert eine gegliederte QM-Dokumentation, ein sogenanntes QM-Handbuch, in dem die Inhalte des Qualitätsmanagementsystems [...] dargelegt werden“ (WIESO-CERT, 2013).

## KTQ

Die Kooperation für Transparenz und Qualität (KTQ) im Gesundheitswesen wurde 2001 als gemeinnützige GmbH mit der Absicht gegründet, speziell für Kliniken und Praxen in Deutschland ein freiwilliges Zertifizierungsverfahren zu ermöglichen (vgl. KTQ, o.J.).

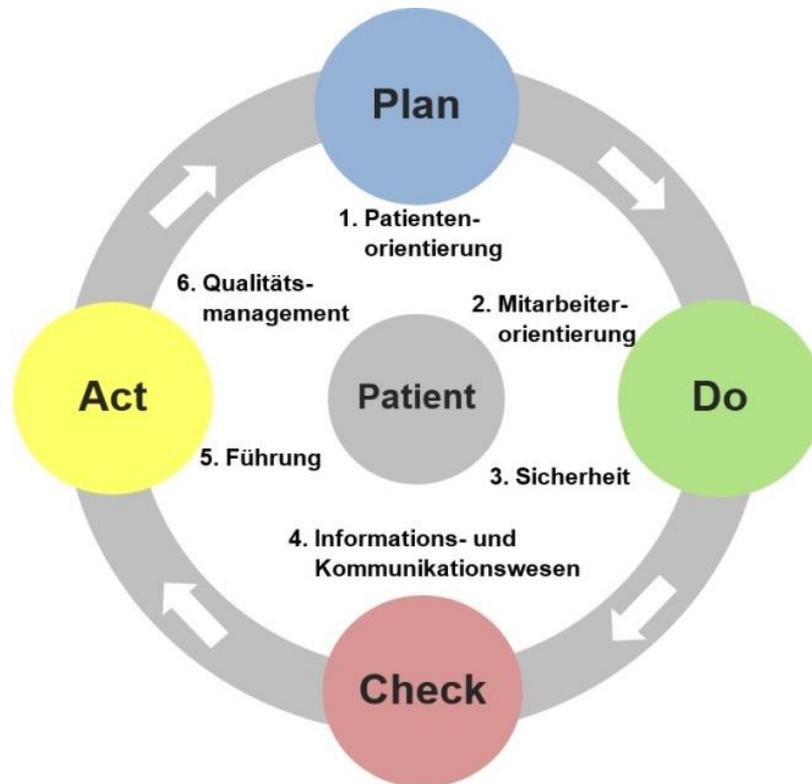


Abbildung 4: KTQ-Modell, eine Weiterentwicklung des PDCA-Zyklus angepasst an das Gesundheitswesen (eigene Darstellung nach Ertl-Wagner, 2012, S. 41)

Gesellschafter der KTQ sind die Spitzenverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Deutsche Pflegerat, sowie der Hartmannbund. KTQ enthält zum einen den PDCA-Zyklus nach Deming, zum anderen sind aber vor allem der Ablauf und die Schritte des KTQ-Verfahrens bestehend aus Selbstbewertung, Fremdbewertung, Zertifizierung und dem KTQ-Qualitätsbericht hier von Bedeutung (siehe Abbildung 4).

### Von den Kliniken wird erwartet:

- Selbstkritische Betrachtung
- Veränderungsbereitschaft

(KTQ, o.J.)

### Besonderes Augenmerk wird gerichtet auf:

- Umgang mit den Patienten
- Arbeitsorganisation
- Stetige Weiterbildung
- Sicherheitsvorkehrungen bei Notfällen

## EFQM

Die European Foundation for Quality Management (EFQM) hat ihren Sitz in Brüssel und wurde 1988 von 14 führenden europäischen Unternehmen gegründet (Ertl-Wagner *et al.*, 2012, S. 43). Es wird geschätzt, dass rund 30.000 Profit- als auch Non-profit Organisationen dieses Qualitätsmanagement-Modell in irgendeiner Form anwenden. Eine zentrale Rolle spielt hier der Begriff „Excellence“, der für das ständige Streben nach Spitzenleistung steht. Die EFQM zeichnet darüber hinaus die erfolgreichsten Unternehmen Europas mit dem EFQM Excellence Award (EEA) aus, bei dem sich auch Krankenhäuser bewerben können. Das EFQM- oder auch Excellence-Modell setzt sich aus neun Hauptkriterien und 32 Teilkriterien zusammen. Die Selbstbewertung spielt hier eine wesentliche Rolle. Die einfachste Methode zur Selbstbewertung erfolgt mittels Fragebögen, es können jedoch auch komplexere Methoden wie Simulationen angewendet werden (siehe Abbildung 5).



Abbildung 5: EFQM-Modell (eigene Darstellung nach Ertl-Wagner, 2012, S. 45)

## Peer Review

„Ärztliches Peer Review ist definiert als kritische (Selbst-) Reflexion des ärztlichen Handelns im Dialog mit Fachkollegen – unter Verwendung eines strukturierten Verfahrens mit dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung“ (Bundesärztekammer, 2013, S. 15).

Das Peer Review gliedert sich in drei Phasen. Die erste Phase dient der Vorbereitung, wofür eine Selbstevaluation durchgeführt werden sollte. Das Kernelement bildet der Peer Besuch durch externe Experten (z.B. den Chefarzt einer anderen Klinik). In der letzten Phase erhält man ein mündliches und schriftliches Feedback (vgl. Eberlein-Gonska, 2009, Folie 11).

## Sonstige

Da nicht alle eingesetzten Verfahren eigenständig erfasst werden können, dient der Unterpunkt „Sonstige“ dazu, weitere Zertifizierungsmodelle aufzunehmen oder eine Aussage darüber machen zu können, wie viele Kliniken ein anderes Zertifikat als die oben genannten besitzen oder sogar zusätzliche aufweisen konnten. Weitere Zertifikate und Anerkennungen sind beispielsweise:

- Joint Commission International (JCI)
- OnkoZert (unabhängiges Institut, das das Zertifizierungssystem zur Überprüfung von Organkrebszentren und Onkologischen Zentren betreut)
- Eco-Management and Audit Scheme (EMAS)
- Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS)
- Initiative Qualitätsmedizin (IQM)
- Initiative Medizin Online (imedOn)
- Chest-Pain-Unit
- Stroke Unit
- Aktion saubere Hände
- Audit berufundfamilie
- Babyfreundliches Krankenhaus
- Selbsthilfefreundliches Krankenhaus
- Schmerzfreies Krankenhaus
- Rauchfreies Krankenhaus
- Krankenhaus für Kinder

## Zentren

Um sich von anderen Kliniken abheben zu können, gibt es in Deutschland neben etablierten Zertifizierungen auch die Möglichkeit der Ausweisung eines Krankenhauses als Zentrum: Brustzentrum, Darmzentrum, Perinatalzentrum und viele mehr. Oft gibt es sogar mehrere Zentren an einem Krankenhaus. Was steckt aber eigentlich hinter diesen Bezeichnungen? Prinzipiell kann jedes Krankenhaus diese Bezeichnungen verwenden, ohne damit eine Aussage über die konkrete Qualität des Angebotes zu machen. Die Zentrenbildung kann also als „Instrument für Patientenmarketing“ (Debatin *et al.*, 2006, S. 19) betrachtet werden.

Anders verhält es sich mit zertifizierten Zentren. Zum Beispiel möchte die Deutsche Krebsgesellschaft den Patienten mehr Sicherheit geben und zertifiziert Zentren über die Zertifizierungsstelle OnkoZert.

„Eine ganzheitliche Versorgung von Patienten ist nur durch ein Netzwerk von Spezialisten unterschiedlicher medizinischer und pflegerischer Fachrichtungen möglich, in denen die Fachrichtungen ihre Arbeitsweise gegenseitig auf die Bedürfnisse einer optimalen Patientenversorgung ausrichten“ (OnkoZert, 2015).

Am Beispiel von Brustzentren soll im Folgenden gezeigt werden, was es bedeutet, wenn man von einem zertifizierten Brustzentrum spricht. Das Marienhospital Stuttgart war 2003 das erste Krankenhaus, das durch die Deutsche Krebsgesellschaft als Brustzentrum zertifiziert wurde. Inzwischen gibt es 256 entsprechend zertifizierte Kliniken (DKG, 2013). Sie müssen u.a. folgende qualitative Mindeststandards erfüllen (Koch, 2007, S.14):

- Qualitäts-Zertifikat (z.B. ISO 9001)
- Regelmäßige interdisziplinäre Tumorkonferenzen
- Behandlungsrichtlinien der Fachgesellschaft
- Angemessene Wartezeiten
- Aktive, erfahrene Operateure (mind. 50 Brustoperationen pro Jahr)
- Zugang zu brustaufbauenden Operationsverfahren
- Facharzt mit ausreichender Erfahrung (z.B. Gynäkologe mit mindestens 400 durchgeführten Chemotherapien)
- Psychologische Betreuung

Ein **Tumorzentrum** ist ein Zentrum für krebskranke Patienten, ohne Beschränkung auf eine spezifische Krebserkrankung. Das Tumorzentrum Berlin e.V. setzt sich beispielsweise das Ziel „landesweit neue evidenzbasierte Erkenntnisse der Forschung leitlinienkonform in Strategien für Diagnose, Behandlung und Nachsorge umzusetzen, um so dem Patienten eine individuelle und optimale onkologische Versorgung nach dem aktuellen Erkenntnisstand anzubieten“ (TZB, 2015).

Im Pschyrembel findet man zur Definition eines **Perinatalzentrums**: „Medizinische Abteilung für die Betreuung von Frauen mit Risikoschwangerschaft bzw. Risikogeburt und von Frühgeborenen durch spezialisiertes Personal von Frauen- und Kinderklinik“ (Pschyrembel, 2011, S.1584). Seit 2007 existieren hierzu Qualitätskriterien, die erfüllt werden müssen, um die Bezeichnung Perinatalzentrum verwenden zu dürfen. Dabei muss die Klinik unter anderem eine bestimmte Anzahl an Frühgeborenen pro Jahr betreuen. Zusätzlich spielen fachliche Qualifikationen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, bestimmte Ausstattungsmerkmale sowie modernste technische Ausstattung der Klinik eine wichtige Rolle. Im Juni 2013 wurden neue Richtlinien für die Versorgung von Früh- und Neugeborenen durch den G-BA beschlossen, deren „Herzstück die differenzierte Zuweisung nach Risikoprofil des Früh- oder Reifgeborenen in eine Versorgungsstufe“ (G-BA, 2013d) ist. Die Versorgung soll dabei wie bisher in vier Stufen eingeteilt sein, beginnend mit der höchsten Qualifikation:

- Versorgungsstufe I: Perinatalzentrum Level 1
- Versorgungsstufe II: Perinatalzentrum Level 2
- Versorgungsstufe III: Perinataler Schwerpunkt
- Versorgungsstufe IV: Geburtsklinik

Das **Darmzentrum** Ulm stellt ein Beispiel für ein organspezifisches Zentrum dar und behandelt Darmkrebs und seine Vorstufen interdisziplinär gemäß modernsten Methoden und den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen. Regelmäßig überprüft es die Qualität der Behandlung durch internes Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung, zum Beispiel durch die kontinuierliche Weiterbildung seiner Spezialisten. Bei der Erfassung als Darmzentrum wurde es daher mit „ja“ vermerkt. Bezeichnete sich eine Klinik begrifflich hingegen als Bauch- oder Viszeralzentrum, wurde dies als „Darmzentrum: nein“ gewertet, obwohl sich damit wohl einige Erkrankungszuständigkeiten überschneiden mögen.

### 1.3 Fragestellung

In dieser Arbeit wird die Darstellung und Umsetzung des Qualitätsmanagements in deutschen Akutkrankenhäusern untersucht. Dazu werden drei Punkte in der stationären Akutversorgung genauer beleuchtet:

1. Internet-Präsenz der Krankenhäuser
2. Qualitätsziele im Qualitätsbericht
3. Berichtete Zertifizierungsverfahren

Die deutschen Akutkrankenhäuser müssen ihre Strukturen und ihre erbrachten Leistungen in Form eines Qualitätsberichtes darstellen, mit dem Ziel, Qualitätsmanagement transparent zu gestalten. Es soll gezeigt werden, dass die Qualitätsforderungen erfüllt werden. Ein Krankenhaus gilt als transparent, wenn es seinen Kunden (Patienten) möglichst ausführliche und verständliche Informationen, beispielsweise über Behandlungsverfahren oder Erfolgsstatistiken zugänglich macht. Auf welche Art und Weise und in welchem Umfang dies den Kliniken gelingt, soll im Zuge dieser Arbeit analysiert und beantwortet werden.

Ein funktionales Qualitätsmanagementsystem ist die Grundlage für den Erfolg eines Krankenhauses, vergleichbar mit einem Unternehmen, da es das Ziel verfolgt, die Zufriedenheit der Patienten zu steigern, um diese langfristig an sich zu binden (vgl. Piechotta 2008, S. 5). Aber nicht nur Patientenorientierung gehört zu den Qualitätszielen deutscher allgemeiner Krankenhäuser. Es soll anhand von sechs ausgewählten Themenbereichen analysiert werden, welche Ziele mit welcher Häufigkeit verfolgt werden.

In Zeiten schneller Entwicklungen und steigenden Wettbewerbs- und Konkurrenzdrucks zwischen den Kliniken ist es interessant, die jüngste Entwicklung im Bereich des Qualitätsmanagements zu erörtern. Dazu sollen die Qualitätsberichte der Berichtsjahre 2006 und 2010 themenbezogen miteinander verglichen werden. Außerdem ist es bedeutsam, mit welchen Zertifizierungsverfahren die Kliniken arbeiten und wie sie Informationen zu ihrem Qualitätsmanagement im Internet zugänglich machen.

## 2. Empirische Erhebung und Methodik

### 2.1 Stichprobenziehung

Die in dieser Arbeit untersuchten allgemeinen Krankenhäuser sind Häuser, die über Betten in vollstationären Fachabteilungen verfügen, wobei die Betten nicht ausschließlich für psychiatrische, psychotherapeutische und neurologische Patienten und Patientinnen vorgehalten werden (Statistisches Bundesamt, 2014, S. 3). Die Grundanlage wurde an eine Erhebung durch das Deutsche Krankenhaus Institut Düsseldorf angelehnt. Diese wurde im „Krankenhaus Barometer“ im Jahr 2006 veröffentlicht (Blum *et al.*, 2006, S. 73). Das Deutsche Krankenhaus Institut Düsseldorf gliederte seine Krankenhaus-Stichprobe in vier verschiedene Größenklassen und zusätzlich nach der Lage in Ost- oder Westdeutschland (siehe Tabelle 1).

Krankenhausgrößenklasse	alte Bundesländer	neue Bundesländer
< 100 Betten	220	24*
100 bis 299 Betten	200	138*
300 bis 599 Betten	200	76*
≥ 600 Betten	129*	37*
gesamt	<b>749</b>	<b>275</b> *Vollerhebung

**Tabelle 1: Daten zu Stichproben und Vollerhebung des Deutschen Krankenhaus Instituts Düsseldorf, veröffentlicht im Krankenhaus Barometer 2006** (eigene Darstellung nach Blum *et al.* 2006, S. 73)

Das methodische Vorgehen des Deutschen Krankenhaus Instituts Düsseldorf von 2006 mit einer Erhebung von insgesamt 1.024 Krankenhäusern wurde in der vorliegenden Arbeit wie folgt modifiziert (siehe Tabelle 2). Die Erhebungsbasis der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf das *Krankenhausverzeichnis* des Statistischen Bundesamtes (2007).

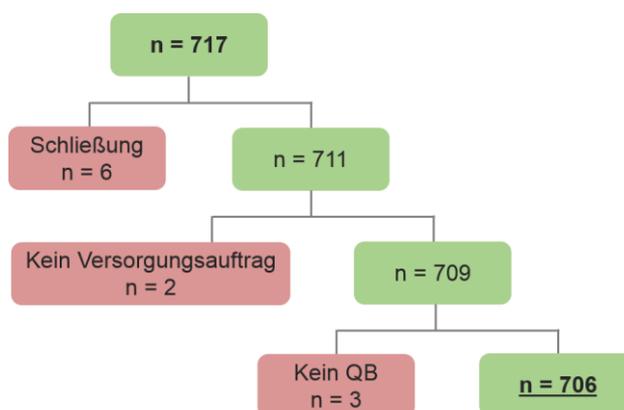
Krankenhausgrößenklasse	alte Bundesländer	neue Bundesländer
< 100 Betten	100	31*
100 bis 299 Betten	100	124*
300 bis 599 Betten	100	74*
≥ 600 Betten	121*	32*
gesamt	+ 35* Westberlin <b>456</b>	<b>261*</b> *Vollerhebung

**Tabelle 2: Eigene Daten zu Stichproben und Vollerhebungen „Internetpräsenz, Qualitätsziele und Bewertung des Qualitätsmanagements von allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland“**

Die Stichproben (alte Bundesländer, <100 Betten, 100-299 Betten und 300-599 Betten) wurden als Zufallsstichprobe unter Verwendung der Statistiksoftware SPSS gezogen. Außerdem erfolgte im Falle von Stichprobenausfällen z.B. infolge zwischenzeitlicher Schließungen im Jahr 2007 einmalig eine Nachziehung. Hieraus resultierte eine Fallzahl von 717 eingeschlossenen Krankenhäusern, was einem Anteil von fast 40% der deutschen allgemeinen Krankenhäuser (n=1.809) des Jahres 2006 entspricht (Statistisches Bundesamt, 2008, S.18) bzw. gemäß dem Deutschen Krankenhausverzeichnis (n =1.815, abzüglich der psychiatrischen Kliniken).

Alle Daten wurden tabellarisch mit dem Ziel der Bewertung des berichteten Qualitätsmanagements erfasst. Mithilfe des Statistikprogramms JMP erfolgte anschließend die Auswertung der Daten (siehe Ergebnisse ab S. 33). Die Grunddaten des Jahres 2006, die zum Vergleich herangezogen werden sollten, sind vom Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie der Universität Tübingen zur Verfügung gestellt worden.

Im Verlauf der Untersuchung kam es aus verschiedenen Gründen zum Ausschluss von 11 Häusern, der im folgenden Flussdiagramm (siehe Abbildung 5) dargestellt wird.



**Abbildung 5: Flussdiagramm zur Untersuchungsstichprobe der Arbeit "Internetpräsenz, Qualitätsziele & Qualitätsmanagement an allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland"**

Die Krankenhausgruppen, die als geschichtete Stichproben erhoben wurden, wurden mittels Gewichtungsfaktoren an die Verteilung der Grundgesamtheit angepasst. Dazu wurde als Korrektur die Anzahl der Krankenhäuser pro Schicht mit dem entsprechenden Faktor multipliziert, sodass man die Anzahl der tatsächlich vorhandenen Kliniken mit dieser Bettenzahl und Trägerschaft erhielt. Die Gewichtungsfaktoren können dem Anhang A.1 entnommen werden.

## 2.2 Analysekriterien

### 2.2.1 Analysekriterien zur Internetpräsenz

Kriterium	Antwortmöglichkeiten		
	Website vorhanden	ja	
Information über QM	keine	direkt (auf der Startseite)	indirekt (nicht auf der Startseite)
QB 2010	eingestellt		nicht eingestellt
Behandlungsverfahren	erklärt		nicht erklärt
Behandlungsergebnisse	dargestellt		nicht dargestellt

Tabelle 3: Analysekriterien zur Internetpräsenz deutscher allgemeiner Krankenhäuser 2010

#### Website vorhanden

Bei der systematischen Analyse der Websites im Zeitraum vom 07.05.2012 bis zum 20.11.2012 wurde zunächst die entsprechende Internetadresse/URL geöffnet und überprüft, ob überhaupt eine Website existiert. Die Gültigkeit dieser Ergebnisse ist auf diesen Zeitraum der Erhebung beschränkt, da es jederzeit Veränderungen auf der Website geben kann. Dies unterscheidet sich von den Qualitätsberichten, die in Form einer PDF-Datei speicherbar sind.

#### Information über QM

Als zweites Analysekriterium wurden die Websites darauf hin untersucht, wie der Hinweis auf Qualität, Qualitätsmanagement oder den Qualitätsbericht dargeboten wird. Dabei wurde zwischen den folgenden drei Stufen unterschieden:

- Informationen direkt auf der Startseite sichtbar
- Informationen indirekt auffindbar (z.B. über Suchfunktion oder nach Öffnen weiterer Seiten)
- keine Informationen sichtbar/auffindbar

Beispiele:

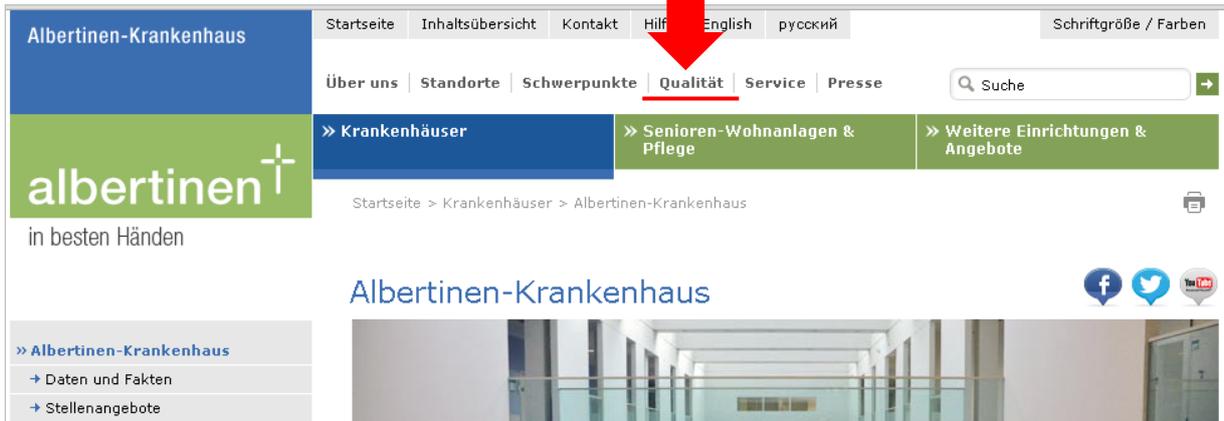


Abbildung 6: Startseite des Albertinen-Krankenhauses in Hamburg mit direktem Hinweis auf „Qualität“ [Stand: 29.11.2014]

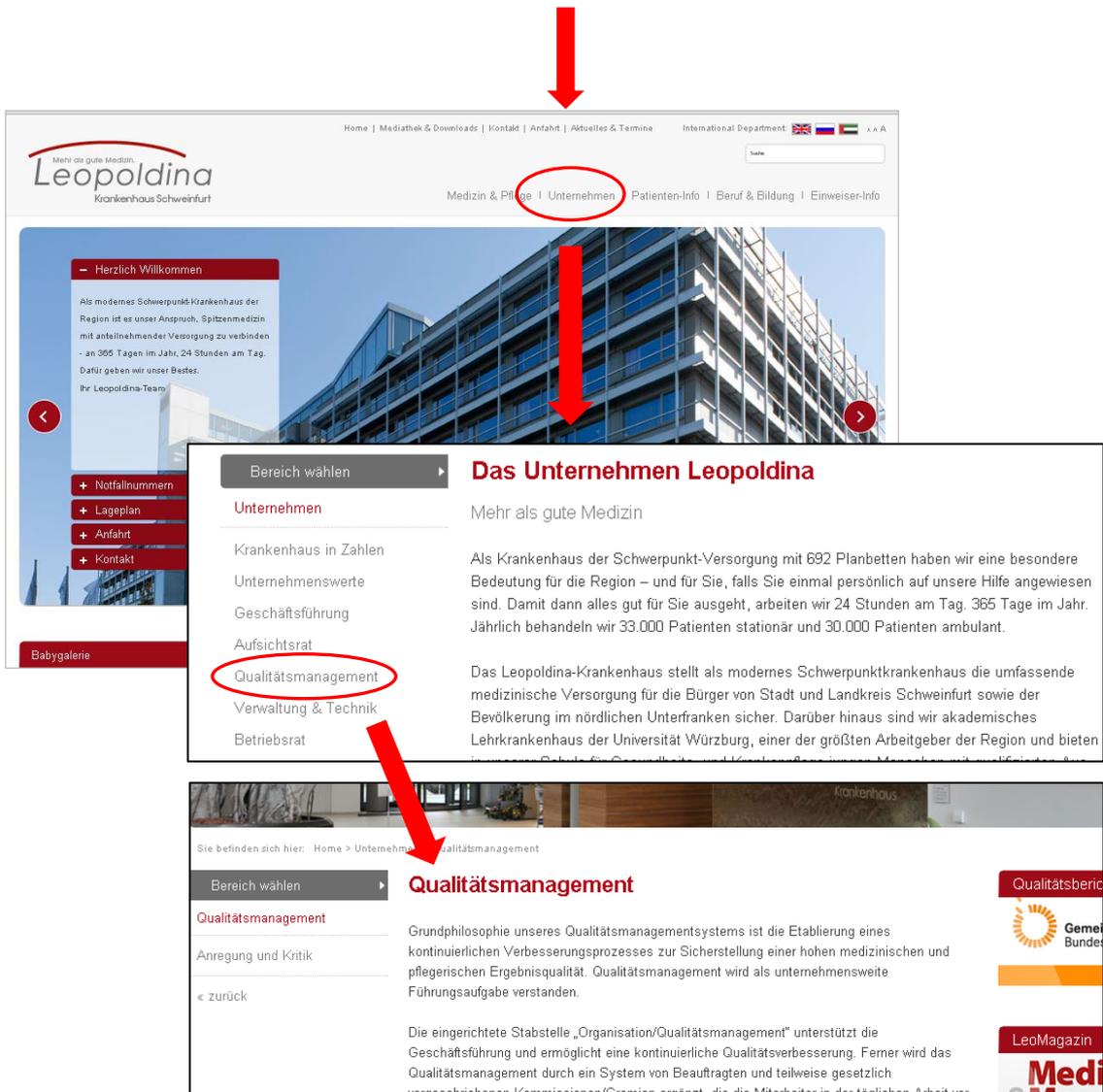


Abbildung 7: Website des Leopoldina-Krankenhauses mit indirektem Hinweis auf "Qualitätsmanagement" [Stand: 29.11.2014]

### QB 2010 eingestellt

Außerdem wurde überprüft, ob der aktuelle Qualitätsbericht auf der Webseite eingestellt wurde. Dabei wurde nicht unterschieden, ob der Bericht direkt auf der Startseite oder an anderer Stelle zu finden war.

### Behandlungsverfahren erklärt

Informationen über Behandlungsverfahren können auf verschiedene Art und Weise präsentiert werden:

- klassischer Fließtext
- Tabellen
- Schaubilder
- Videos

Das Klinikum Ludwigsburg stellt zum Beispiel für jede Fachrichtung unter „Leistungsspektrum“ PDF-Dateien wie z.B. das „Infoblatt Endoprothetik Hüfte“ zur Verfügung. Unabhängig von Form und Umfang wurden bereits kurze Erläuterungen als „Behandlungsverfahren vorhanden“ gewertet.



Abbildung 8: Screenshot der Website des Krankenhauses Ludwigsburg

Die PDF-Datei „Infoblatt Endoprothetik Hüfte“ als Beispiel findet sich im Anhang A.2.

## Behandlungsergebnisse

Neben den Behandlungsverfahren stehen vor allem die Behandlungsergebnisse im Mittelpunkt des Interesses der Patienten. In diesem Bereich stellt sich allerdings die Frage nach den rechtlichen Grundlagen, da Behandlungsergebnisse auch als Mittel für Werbung gesehen werden können und das Werben im Gesundheitswesen gesetzlich in einem deutlich strengeren Rahmen gefasst wird (vgl. Bauer, o.J., S.1ff). Begründet wird dies damit, dass „Erkrankte Menschen [...] aufgrund ihrer gesundheitlichen Lage und dem sich daraus ergebenden Bedürfnis nach Genesung besonders anfällig für Werbeaussagen seien“ (ebd., o.J., S.1ff).



Abbildung 9: Behandlungsergebnisse des Klinikums Krefeld - Sterblichkeitsraten bei diversen Eingriffen

## 2.2.2 Analysekriterien zum strukturierten Qualitätsbericht Teil A

Im folgenden Abschnitt werden die beiden Strukturkriterien dargestellt, die im Qualitätsbericht der Krankenhäuser aus Teil A entnommen wurden. Die Tabelle soll zunächst nur eine Übersicht geben, während die Kriterien im Folgetext genauer erklärt werden.

Kriterium	Antwortmöglichkeiten			
	ja		nein	
Akademisches Lehrkrankenhaus				
Bettenzahl/-klasse	BK 1 (<100)	BK 2 (100-299)	BK 3 (300-599)	BK 4 (≥600)

**Tabelle 4: Analysekriterien zum strukturierten Qualitätsbericht - Teil A**

### Akademisches Lehrkrankenhaus

Im Qualitätsbericht unter Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses (Teil A, A-11) findet sich die Angabe, ob es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus handelt und somit eventuell „spezielle medizinisch-wissenschaftliche Fachkenntnisse oder Spezialisierungen vorhanden sind oder eine besondere technische Ausstattung angeboten wird“ (G-BA, 2012, S.13). Wie die Bezeichnung an sich schon vermuten lässt, wird an einem akademischen Lehrkrankenhaus zukünftiges Krankenhauspersonal, wie Ärztinnen und Ärzte, ausgebildet.

### Bettenzahl

Die Anzahl der Betten dient zur Einordnung der Größe eines Krankenhauses. Bei der Auswertung der Ergebnisse werden die Krankenhäuser nach der Bettenzahl in vier Gruppen eingeteilt, um mögliche Unterschiede im Hinblick auf das Qualitätsmanagement darstellen zu können.

### 2.2.3 Analysekriterien zum strukturierten Qualitätsbericht Teil D

Wie zuvor soll diese Tabelle kurz im Überblick zeigen, welche Analysekriterien – hier im Teil D des strukturierten Qualitätsberichtes – verwendet werden.

Kriterium	Antwortmöglichkeiten		
	keine	allgemein	konkret
Qualitätsziele angegeben			
Methoden zur Messung	ja		nein
Evaluation der Zielerreichung	ja		nein
<b>Formulierte Ziele</b>			
Patientenorientierung	ja		nein
Mitarbeiterorientierung	ja		nein
Einweiserorientierung	ja		nein
Risikomanagement	ja		nein
Hygiene	ja		nein
Wartezeit	ja		nein

Tabelle 5: Analysekriterien zum strukturierten Qualitätsbericht Teil D

#### Qualitätsziele angegeben

Qualitätsziele sind ein Indikator, wie sehr sich das Krankenhaus mit dem Thema Qualitätsmanagement auseinandersetzt. So gibt schon alleine die Formulierung der Qualitätsziele Hinweise darauf, welchen Stellenwert das Qualitätsmanagement im entsprechenden Haus einnimmt. Daher wird überprüft, ob Ziele allgemein oder konkret formuliert werden. Als *konkret* wird zum Beispiel das Qualitätsziel „Patientenbefragung >90% empfehlen unser Klinikum weiter“ oder „durchschnittliche Wartezeit in der stationären Patientenaufnahme <1 Stunde“ des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München gewertet (siehe Abbildung 10, S.28).

**D-2 Qualitätsziele**

Unsere Qualitätsziele beziehen sich auf die Schwerpunkte **Prozessoptimierung, Patienten- und Kundenorientierung** und **Rechtssicherheit**. Für das Jahr 2010 wurden zu den verschiedenen Schwerpunkten folgende konkrete Ziele festgelegt:

**Prozessoptimierung**

- Flächendeckende Einführung von Registerkarten für die Patientenakten zur Vorbereitung der digitalen Patientenakte
- Erhöhte Pünktlichkeit des OP-Begins im OP-Zentrum Süd

**Patienten- und Kundenorientierung**

- Beschwerdemanagement: Keine Antwort später als 14 Tage nach Eingang
- Patientenbefragung: >90% empfehlen unser Klinikum weiter
- Durchschnittliche Wartezeit in der stationären Patientenaufnahme < 1 Stunde

Abbildung 10: Auszug des Qualitätsberichtes 2010, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München

Werden Absichtserklärungen ohne genaue Angaben zu den Zielen oder Zielwerten berichtet, so wird dies als *allgemeines* Qualitätsziel bewertet (siehe Abbildung 11).

**D\_2 Qualitätsziele**

**Strategische/operative Ziele, Messung, Evaluation und Kommunikation der Zielerreichung**

Die strategischen Ziele des Klinikums sind verbindlich vorgegeben und bilden die Ebenen Gesamtstrategie, Medizinstrategie und Strategie des Dienstleistungszentrums (Verwaltung) ab. Hieraus werden in den jährlichen Budgetgesprächen die operativen Ziele abgeleitet und vereinbart. Medizinische Ziele werden mit Hilfe der externen Qualitätssicherung überwacht und evaluiert. Ziele im Prozessablauf werden über Mitarbeiter-, Einweiser- und Patientenbefragungen überprüft und nachbearbeitet.

Abbildung 11: Auszug vom QB 2010, Bürgerhospital Stuttgart

Inhaltlich ist zudem von Interesse, welche Themenbereiche bei den Zielen aufgegriffen werden. Dazu werden die Qualitätsziele hinsichtlich folgender grundsätzlicher Punkte klassifiziert: Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserorientierung, Risikomanagement, Hygiene und Wartezeiten.

Da zum Beispiel Kundenorientierung (hier hauptsächlich Patientenorientierung) zum modernen Qualitätsmanagement gezählt wird (Piechotta, 2008, S. 9), kann man erwarten, dass ein hoher Prozentsatz der Krankenhäuser die Patientenzufriedenheit als ein zumindest allgemeines Ziel verfolgen. Nach Piechotta zählt auch die Mitarbeiterorientierung zu den zentralen Zielen.

## Methoden zur Messung

Ein weiteres Kriterium ist, ob Methoden zur Messung der Ziele genannt werden. Ein Beispiel ist das Instrument der Patientenbefragung, das illustriert, wie der Teil *Check* des Qualitätsmanagements/PDCA-Zyklus konkret in Form einer Umfrage umgesetzt wird.

## Evaluation der Zielerreichung

Außerdem werden die Qualitätsberichte systematisch darauf hin untersucht, ob berichtet wird, inwieweit die zuvor genannten Ziele auch erreicht wurden oder nicht. Hier werden Angaben wie „diese Ziele wurden im Jahr 2010 alle erreicht.“ (siehe Abbildung 12) oder auch „Ziele konnten bisher nicht umgesetzt werden“ (in diesem Sinn) erfasst und gewertet.

Um zu sehen, welche Ziele sich die Krankenhäuser setzen, wurden wichtige Prinzipien des Qualitätsmanagements ausgewählt und gezielt betrachtet, worauf sich die Einrichtungen im Detail spezialisieren.

Strukturierter Qualitätsbericht 2010 gemäß § 137 SGB V

**AKH GRUPPE**

### D-2 Qualitätsziele

Für die Entwicklung der strategischen und operativen Ziele wurde im AKH Celle ein eigener Führungsprozess definiert, der letztlich in der Erstellung des Wirtschaftsplanes und dessen Umsetzung mündet.

Aus dem Zielkatalog für 2010 sind hier beispielhaft einige Qualitätsziele genannt:

- **Zertifizierung der Chest Pain Unit des AKH Celle**
- **Rezertifizierung der Endoskopie**
- **Labor-Akkreditierung nach DIN EN ISO 15189 bei der ZGL aufrechterhalten. (Damit u.a. Erfüllung der neuen Labor-Richtlinie der BÄK)**
- **Zertifizierung als überregionales Trauma-Zentrum .**
- **Eingliederung des ehemaligen Krankenhauses St. Josef-Stift in die Struktur des Allgemeinen Krankenhauses Celle mit Umgliederung und räumlicher Neuordnung verschiedener Bereiche**
- **Aufbau und in Betriebnahme einer neuen Zentralen Sterilgutversorgungsabteilung für die Versorgung des AKH Celle inklusive des Bereiches des ehemaligen Krankenhauses St. Josef-Stift und der Klinikum Peine gGmbH**
- **Einführung einer OP-Checkliste zur Verbesserung der Patientensicherheit**

Diese Ziele wurden im Jahr 2010 alle erreicht.

**Diese Ziele wurden im Jahr 2010 alle erreicht.**

Abbildung 12: Auszug aus dem QB 2010 des allgemeinen Krankenhauses Celle

### Patientenorientierung (Beschwerdemanagement, Befragungen)

Da im Gesundheitswesen der Patient als Kunde gesehen werden kann, lässt sich die Patientenorientierung zu den Grundprinzipien des modernen Qualitätsmanagements an Krankenhäusern zählen. In der DIN EN ISO-Norm wird Kundenorientierung als erster von acht Grundsätzen genannt (vgl. Ertl-Wagner *et al.*, 2012, S. 88). „Tatsächlich bedeutet Patientenorientierung partnerschaftliche Interaktion (zwischen Leistungserbringern und Patienten und ggf. deren Familien) mit dem Ziel der Sicherstellung, dass Versorgungsentscheidungen Patientenwünsche, -bedürfnisse und -präferenzen berücksichtigen und Patienten informell (edukativ) in die Lage versetzt werden, entsprechende Entscheidungen treffen und beim Versorgungsprozess aktiv teilnehmen zu können.“ (KCQ, 2012, S. 48)

### Mitarbeiterorientierung

An dritter Stelle wird in der DIN EN ISO-Norm die „Einbeziehung der Mitarbeiter“ aufgeführt. So können Mitarbeiter aller Disziplinen am Qualitätsmanagement mitwirken und auch Interessen der Mitarbeiter vertreten. Piechotta bezeichnet die Mitarbeiter als „wertvollste Ressource einer Organisation, sie kennen Stärken und Schwächen der Arbeitsabläufe und sind kompetente Partner für Verbesserung“ (Piechotta, 2008, S. 10).

### Einweiserorientierung

Trotz steigender Anzahl an Informationsquellen im Internet nutzen laut Schaeffer (2006, S. 5) immer noch die meisten Patienten ihren Hausarzt bzw. behandelnden Arzt als Informationsquelle für ihre Krankenhauswahl. Gestützt wird diese Annahme durch die Ergebnisse einer Untersuchung von Loos-Elßner/Sichermann (2003), die zeigte, dass an erster Stelle mit circa 30% der befragten Patienten die Empfehlung des Arztes zur Krankenhauswahl herangezogen wird. In einer Umfrage von Geraedts (2006) stimmten dieser Antwort sogar 40% der Befragten voll zu, wohingegen die Hälfte immerhin teilweise zustimmte. Um also vor allem auch die einweisenden Ärzte und Ärztinnen über die Qualität des Krankenhausbetriebes zu informieren und so auf deren Empfehlung zu bauen, ist auch eine Einweiserorientierung als wichtiges Qualitätsziel zu sehen.

### Fehler- bzw. Risikomanagement

Bei einem so wertvollen Gut wie dem menschlichen Leben ist es unerlässlich, Risiken zu minimieren und Fehlern vorzubeugen oder durch „offensiven Umgang und Maßnahmen“ (G-BA) zu verhindern, dass Fehler wiederholt werden. Nach Ertl-Wagner *et al.* (2012, S. 159) ist Risikomanagement kaum von „einem funktionierenden Qualitätsmanagement“ wegzudenken. Ziel des Risikomanagement ist es, Fehler zu erkennen, zu analysieren und letztlich zu vermeiden. Auch um dem steigenden und veränderten Anspruchsverhalten der Patienten gerecht werden zu können, „muss Risikomanagement von fundamentalem Interesse für jedes Krankenhaus bzw. jede Gesundheitseinrichtung sein“.

### Hygiene

Wie wichtig dieser Punkt für Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen ist, wurde durch den Beschluss des G-BA 2013 nochmals unterstrichen. So besteht nun eine zusätzliche Informationspflicht zum Thema Hygiene, wie zum Beispiel genaue Angaben zu den beschäftigten Hygienefachkräften und der Personalanzahl in den einzelnen Fachabteilungen.

### Wartezeiten

In einer Literaturanalyse der Bertelsmann Stiftung von 2006 wird beschrieben, Patienten sei es wichtig, dass bei der Klinikaufnahme sowie im Krankenhaus lange Wartezeiten vermieden werden sollen, die die Patienten zusätzlich belasten könnten. Aus diesem Grund wird auch dieser Unterpunkt in die thematische Analyse der Ziele mit aufgenommen (vgl. Schaeffer, 2006, S. 13).

## 2.2.4 Analyse zu Zertifizierungsverfahren, Zertifikaten und Zentren

Wie in den vorherigen Kapiteln sind die Analysekriterien zunächst als tabellarische Übersicht dargestellt.

Kriterium	Antwortmöglichkeiten	
<b>Zertifizierungsverfahren/Zertifikate</b>		
DIN EN ISO	ja	nein
KTQ	ja	nein
EFQM	ja	nein
Peer Review	ja	nein
Sonstige	Freitext	
<b>Zentren</b>		
Brustzentrum	ja	nein
Tumorzentrum	ja	nein
Perinatalzentrum	ja	nein
Darmzentrum	ja	nein

**Tabelle 6: Analyse zu Zertifizierungsverfahren, Zertifikate und Zentren**

Im Rahmen dieser Doktorarbeit wurde erfasst, wie viele Kliniken nach DIN EN ISO vorgehen und zertifiziert sind. Dabei ist zu beachten, dass ein gesamtes Krankenhaus mit „ja“ gewertet wurde, auch wenn nur eine Abteilung des Hauses zertifiziert wurde.

Bei der Datenerhebung wurde beim KTQ-Verfahren zusätzlich proCum Cert hinzugerechnet. Es handelt sich dabei um eine konfessionelle Zertifizierungsgesellschaft, die durch die KTQ akkreditiert ist und das Standard-Zertifizierungsverfahren im Sinne christlicher Werte ergänzt.

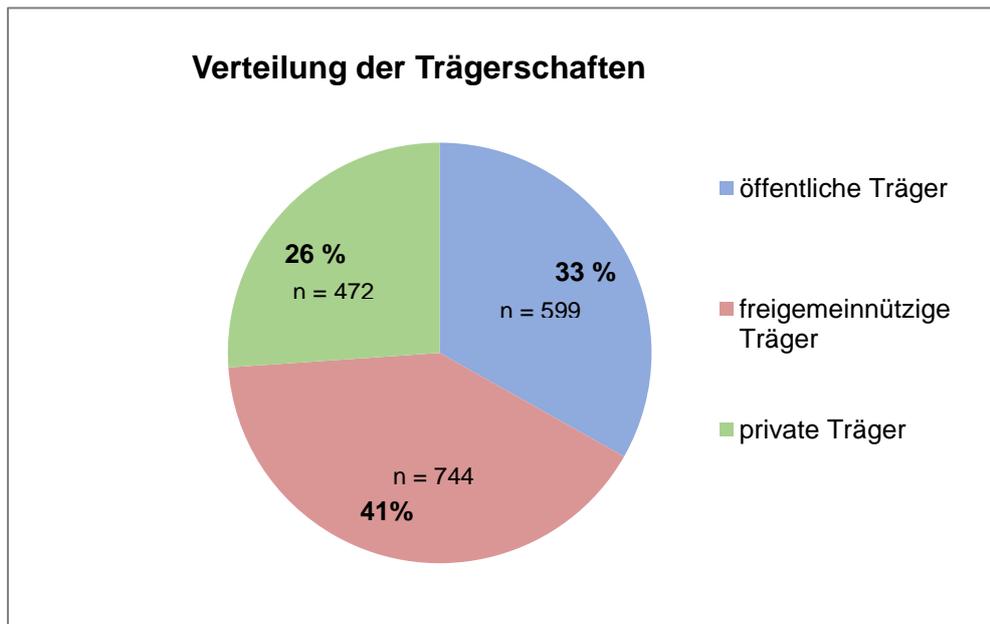
Da weder in den Vorgaben zum Qualitätsbericht noch auf den Webseiten der deutschen allgemeinen Krankenhäuser eine einheitliche Systematik bzw. ein Layout für die Angaben über Zertifizierungen oder Zentren am entsprechenden Haus vorliegen, wurde für die Begriffssuche auf die Suchfunktion zurückgegriffen, um auf der Homepage oder im Qualitätsbericht zu den gewünschten Informationen zu gelangen.

### 3. Ergebnisse

Nach Abschluss der systematische Erhebung und der Erfassung der Ausprägungen der Analysekriterien erfolgte die Auswertung. Dazu wurde das Statistikprogramm JMP 10.0 verwendet, mit dem man sowohl einfache Merkmalsverteilungen darstellen als auch komplexere Abhängigkeiten untersuchen kann.

#### 3.1 Grunddaten

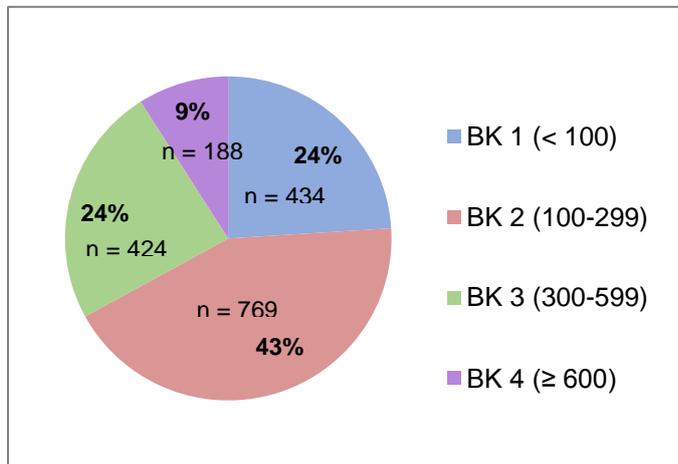
Die Verteilung der deutschen allgemeinen Krankenhäuser auf die verschiedenen Trägerarten und Bettenzahlklassen kann als Ausgangspunkt für Vergleiche dienen. Für die Verteilung nach Trägerschaft resultiert nach den Angaben der Qualitätsberichte von 2010 das in Abbildung 13 dargestellte Ergebnis:



**Abbildung 13: Verteilung der Trägerschaften (in Prozent) nach Angabe der Qualitätsberichte 2010 der deutschen allgemeinen Krankenhäuser (n = 1.815 [nach Gewichtung])**

### Bettenklassen, Anzahl der Betten nach §108/109 SGB V

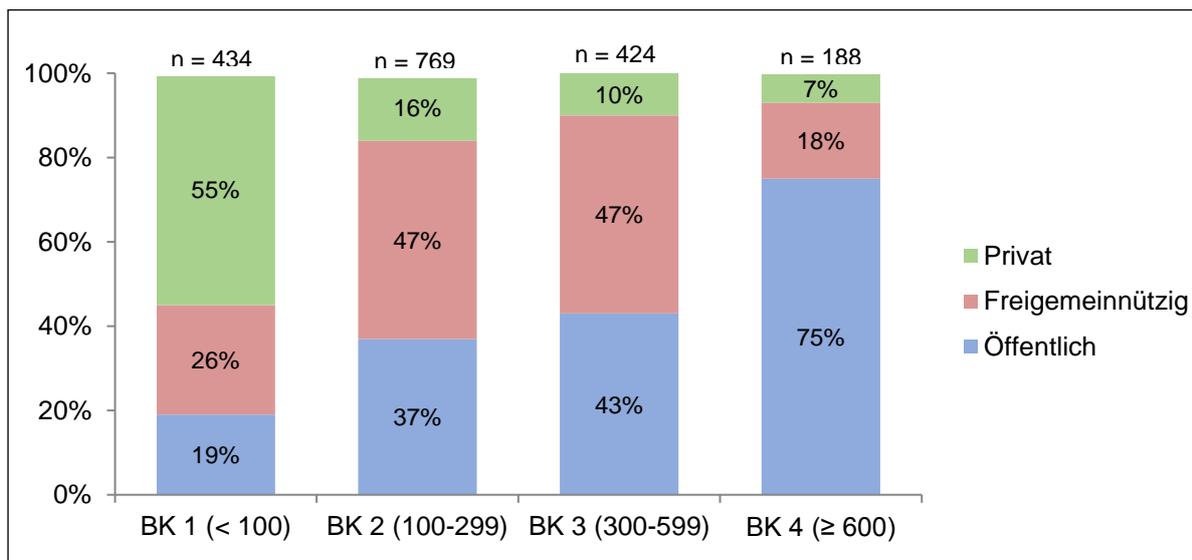
Neben dem möglichen Regionalbezug nach Bundesländern liegt auch die Einteilung der deutschen allgemeinen Krankenhäuser in Bettenklassen nach den Angaben der Qualitätsberichte, Kapitel A-12 vor.



**Abbildung 14: Verteilung der Bettenklassen (in Prozent) nach Angabe der Qualitätsberichte 2010 der deutschen allgemeinen Krankenhäuser (n = 1.815 [nach Gewichtung])**

Es zeigt sich, dass der größte Anteil der Kliniken der Bettenklasse 2 mit 100-299 Betten angehört (Abbildung 14), gefolgt von den Bettenklassen 1 und 3, die beide mit rund einem Viertel an zweiter Stelle liegen. Den deutlich kleinsten Anteil machen die Kliniken mit einer Bettenzahl von mehr als 600 Betten aus.

### Bettenklassen und Trägerschaft



**Abbildung 15: Verteilung der Trägerschaften je Bettenklasse (in Prozent) nach Angabe der Qualitätsberichte 2010 der deutschen allgemeinen Krankenhäuser (n = 1.815 [nach Gewichtung])**

Krankenhäuser der Bettenklasse 1 werden meist von privaten Trägern geführt (55%). In den Bettenklassen 2 und 3 machen die freigemeinnützigen Träger den größten Anteil aus und in der Bettenklasse 4 sind die öffentlichen Träger am stärksten vertreten (75%).

Mehr als die Hälfte der privaten allgemeinen Krankenhäuser haben weniger als 100 Betten. In der Bettenklasse 2 und 3 sind die freigemeinnützigen Kliniken am stärksten vertreten, und von den Kliniken der Bettenklasse 4 wird der Hauptanteil öffentlich geführt.

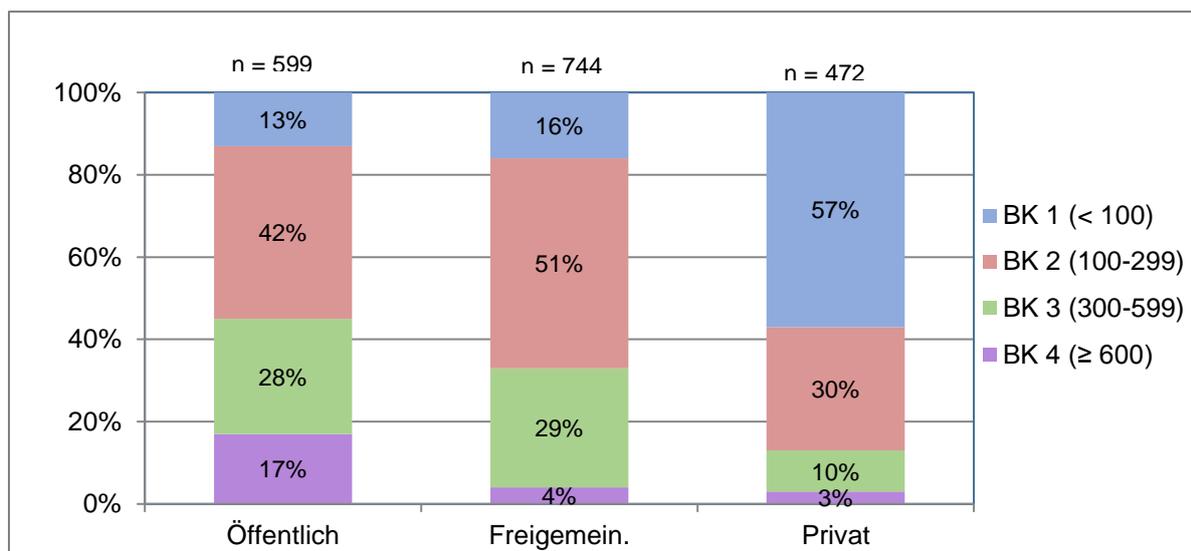


Abbildung 16: Verteilung der Bettenklassen je Trägerschaft (in Prozent) nach Angabe der Qualitätsberichte 2010 der deutschen allgemeinen Krankenhäuser (n = 1.815 [nach Gewichtung])

### Akademische Lehrkrankenhäuser

Die Anzahl der akademischen Lehrkrankenhäuser in Deutschland hat von 2006 bis 2010 um fast 10% zugenommen. Waren es im Jahr 2006 noch 31%, so sind inzwischen 39% der Kliniken auch akademische Lehrkrankenhäuser.

Betrachtet man den Prozentsatz je Bettenklasse, so kann man feststellen, dass der größte Anteil an Krankenhäusern, die Lehrkrankenhäuser sind, Krankenhäuser mit 300-599 Betten und über 600 Betten sind. Ein kleiner Anteil (5% und 13%) aller Lehrkrankenhäuser hat eine Bettenzahl von unter 300 Betten.

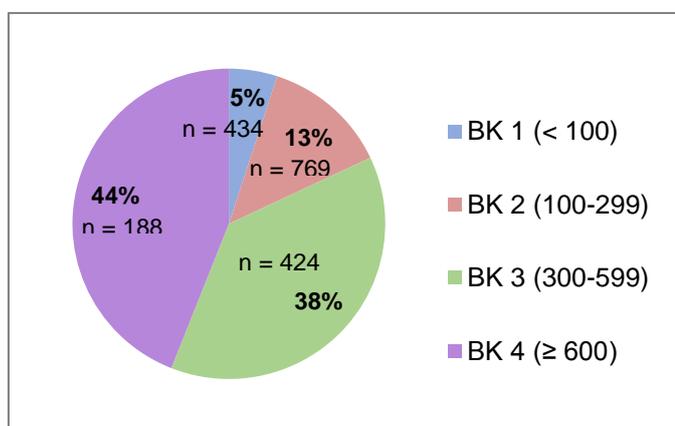


Abbildung 17: Verteilung der Bettenklassen auf die Akademischen Lehrkrankenhäuser (in Prozent) nach Angabe der Qualitätsberichte 2010 der deutschen allgemeinen Krankenhäuser (n = 1.815 [nach Gewichtung])

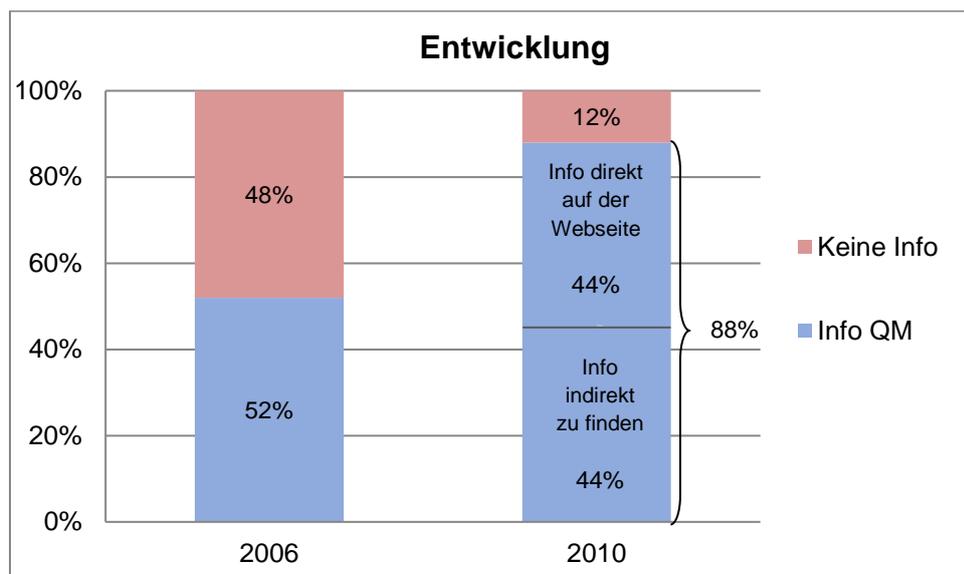
## 3.2 Ergebnisse zur Internetpräsenz

### Website

Wie schon für das Jahr 2006 kann auch für 2010 gezeigt werden, dass bis auf wenige Ausnahmen jedes deutsche allgemeine Krankenhaus über eine Webseite verfügt. Heute stellt sich nicht mehr die Frage, ob ein Krankenhaus über eine Internetseite verfügt, sondern viel mehr, wie sich das Krankenhaus auf dieser Plattform präsentiert.

Ergänzend soll erwähnt werden, dass die geringe Anzahl (<1%) der Kliniken ohne Internetseite überwiegend (ca. 90%) auch keinen Qualitätsbericht veröffentlicht haben. Von diesen 12 Krankenhäusern werden zwei von einer öffentlichen Trägerschaft und zehn von einer privaten Trägerschaft geführt. Alle freigemeinnützigen Krankenhäuser verfügen über eine Webseite.

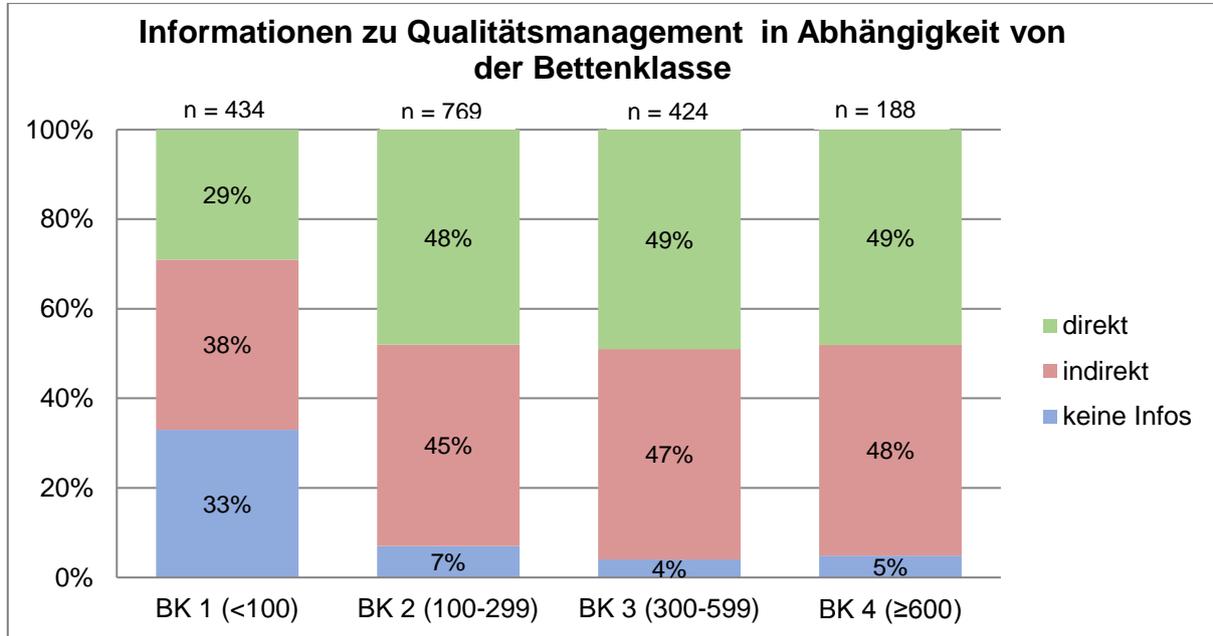
### Information über Qualitätsmanagement auf der Webseite



**Abbildung 18: Entwicklung der Informationen über Qualitätsmanagement auf den Webseiten deutscher Kliniken (2006 und 2010; n = 1.815 [nach Gewichtung] deutsche allgemeine Krankenhäuser)**

Im Vergleich zum Jahr 2006 (52%) informieren im Jahr 2010 (88%) wesentlich mehr Kliniken auf ihrer Webseite über ihr Qualitätsmanagement. Von den 88% teilen sich ein direkter und ein indirekter Zugang zu QM-Informationen in zwei gleiche Hälften mit je 44 Prozentpunkten auf. Somit werden bei 44% der Klinikwebseiten entweder der strukturierte Qualitätsbericht oder ein Navigationspunkt wie „Qualität“ oder „Qualitätsmanagement“ direkt auf der Startseite eingestellt.

Daraus lässt sich ableiten, dass das Angebot für Interessierte deutlich sichtbarer geworden ist und dass bis auf die verbleibenden 12%, die weder den Qualitätsbericht eingestellt haben noch anderweitig über ihr Qualitätsmanagement informieren, größtenteils über das hauseigene Qualitätsmanagement berichtet wird.



**Abbildung 19: Informationen über QM auf der Klinikhomepage 2010 in Abhängigkeit der Bettenklasse (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] deutsche allgemeine Krankenhäuser)**

33% der Kliniken mit unter 100 Betten (siehe Abbildung 19) nutzen das Internet nicht, um über ihr Qualitätsmanagement zu informieren. Zwischen den weiteren drei Bettenklassen zeigen sich kaum Unterschiede: keine Informationen über QM (alle zwischen 4% und 7%) bzw. direkt oder indirekte Informationen (alle zwischen 45% und 49%).

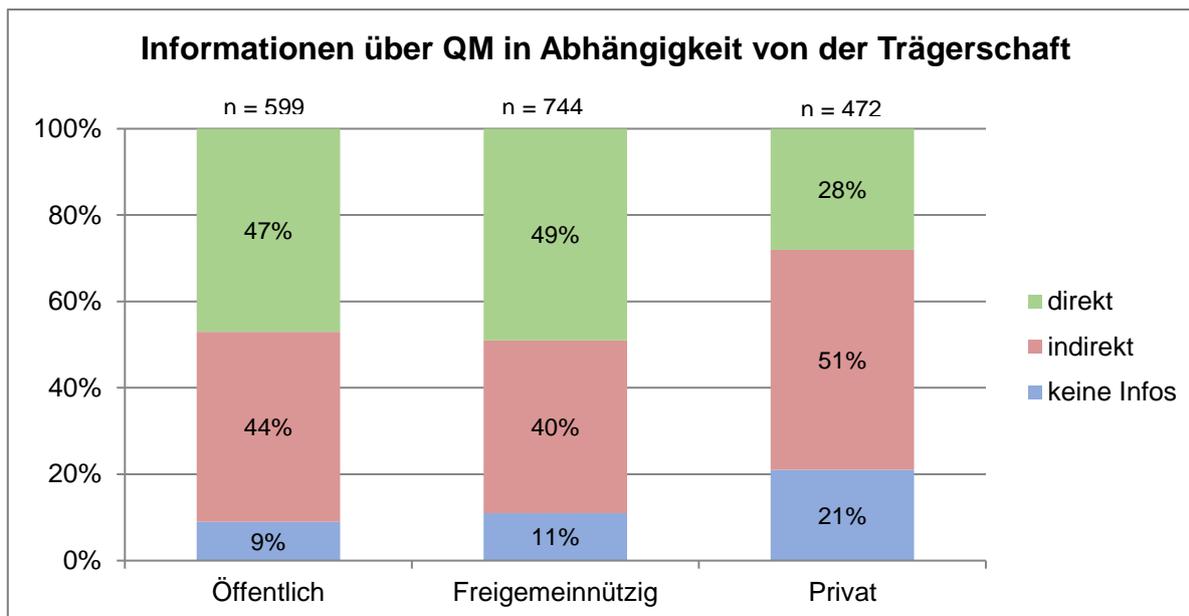


Abbildung 20: Informationen über QM auf der Klinikhomepage 2010 in Abhängigkeit der Trägerschaft (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] deutsche allgemeine Krankenhäuser)

Bei den Ergebnissen zu den Informationen über QM in Abhängigkeit der Trägerschaft entsprechen die Verteilungen der öffentlichen und freigemeinnützigen Häuser in etwa der Gesamtverteilung in 2010 (siehe Abbildung 20). Bei den privaten Trägern fällt auf, dass hier immerhin 21% gar keine Informationen über QM auf ihrer Website zur Verfügung stellen und nur 28% Informationen direkt auf der Startseite präsentieren.

### Qualitätsbericht

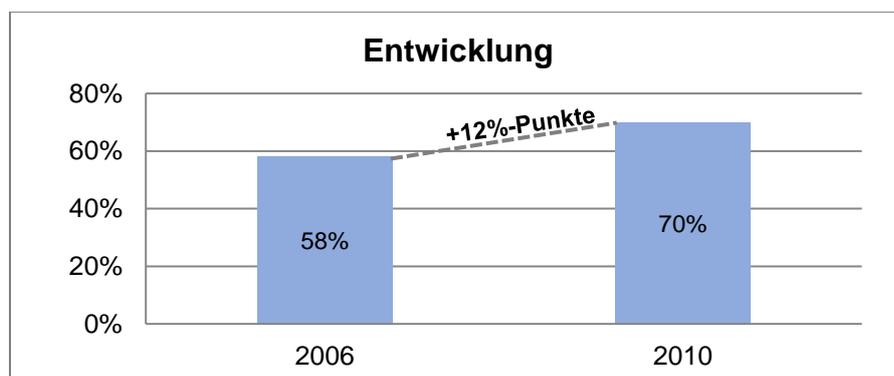


Abbildung 21: Entwicklung ob der Qualitätsbericht auf der Webseite eingestellt ist, in den Jahren 2006 und 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] deutsche allgemeine Krankenhäuser)

Manche Kliniken stellen den Qualitätsbericht auf der Startseite als PDF-Dokument zur Verfügung. Ansonsten findet sich der Qualitätsbericht oft auf einer Unterseite unter „Qualitätsmanagement“ oder „Qualität“. Auch unter Verwendung der Suchoption der Internetseite findet sich in manchen Fällen ein Treffer. In den Jahren 2006 und 2010 haben jeweils mehr als die Hälfte, 2010 sogar mehr als zwei Drittel aller Krankenhäuser, in einer der

oben genannten Formen den Qualitätsbericht auf ihrer Internet-Präsenz veröffentlicht. Dies entspricht einer Zunahme von 12 Prozentpunkten innerhalb von vier Jahren (siehe Abbildung 21, S. 38).

Zwischen den drei verschiedenen Trägerarten ergeben sich für das Einstellen der Qualitätsberichte auf der Krankenhaus-Webseite keine wesentlichen Unterschiede (siehe Abbildung 22). Als einzige Besonderheit sei erwähnt, dass die öffentlichen Kliniken von 2006 auf 2010 zu fast 20 Prozentpunkten häufiger Qualitätsberichte auf ihrem Internetauftritt veröffentlicht haben. Bei den freigemeinnützigen und privaten war jeweils eine Zunahme um rund 10 Prozentpunkte zu verzeichnen.

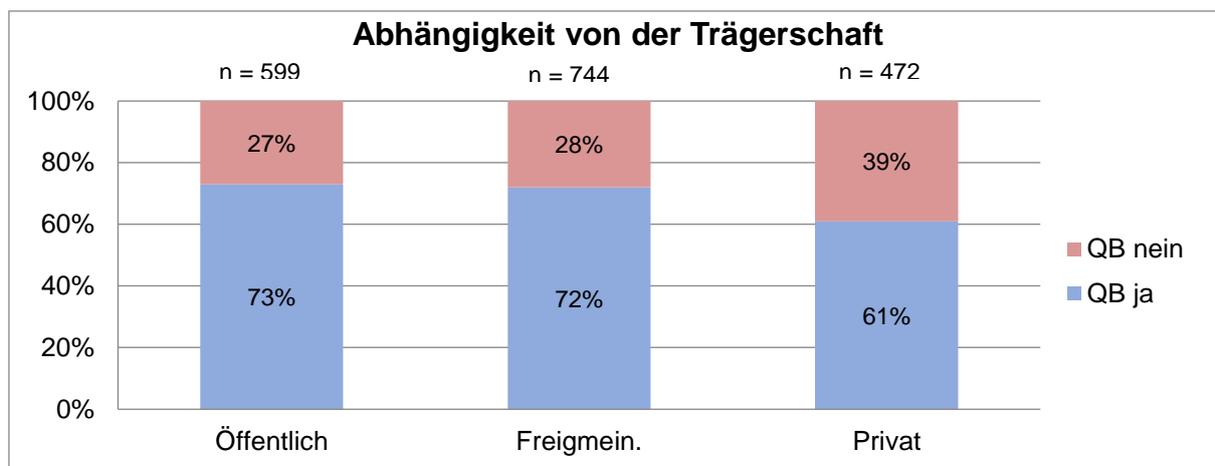


Abbildung 22: Qualitätsbericht 2010 auf der Webseite in Abhängigkeit der Trägerschaft (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] deutsche allgemeine Krankenhäuser)

Ob ein Krankenhaus einen Qualitätsbericht auf seiner Website für Interessierte zur Verfügung stellt, hängt deutlich mit der Krankenhausgröße zusammen: Während weniger als die Hälfte der Krankenhäuser der Bettenklasse 1 den Qualitätsbericht selbst online stellen, sind es bei den großen Häusern mit über 600 Betten mehr als 90% (siehe Abbildung 23).

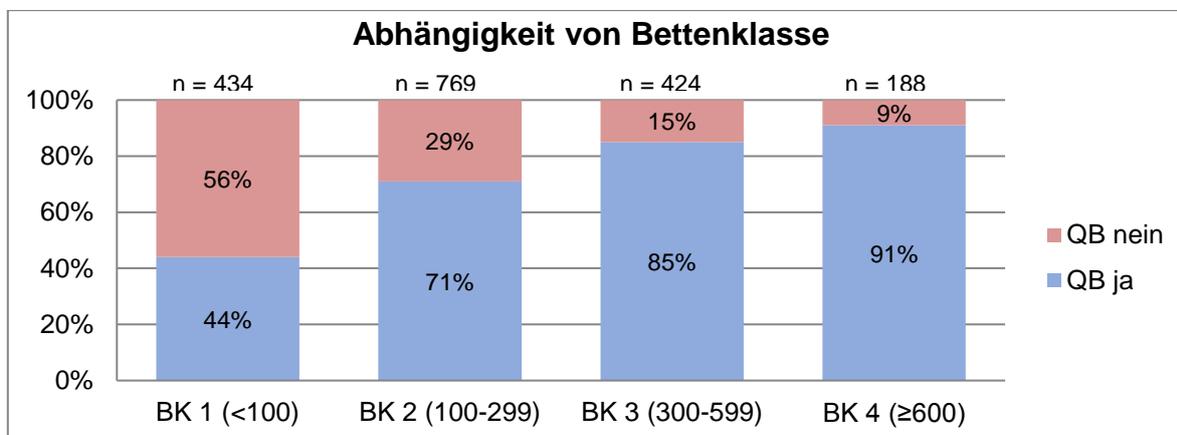


Abbildung 23: Qualitätsbericht auf der Webseite in Abhängigkeit der Bettenklasse (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] deutsche allgemeine Krankenhäuser)

## Behandlungsverfahren

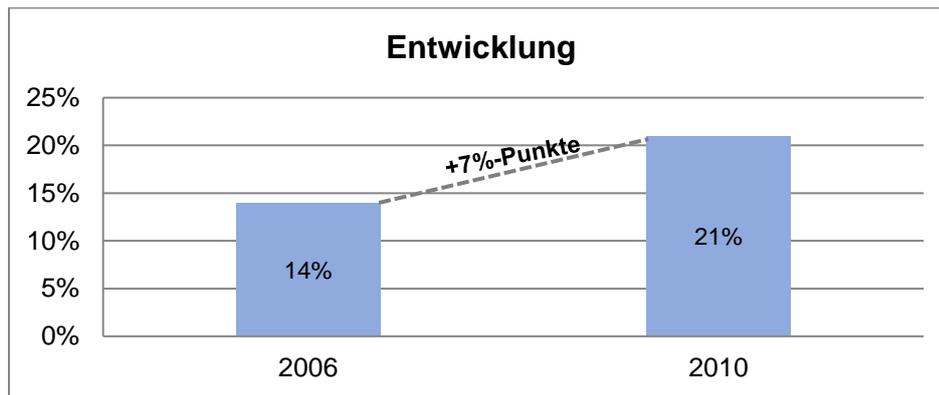


Abbildung 24: Entwicklung der Angaben zu Behandlungsverfahren auf den Klinikwebseiten in den Jahren 2006 und 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] deutsche allgemeine Krankenhäuser)

Obwohl im Jahr 2010, verglichen mit 2006, mehr Krankenhäuser auf ihrer Website über Behandlungsverfahren informieren, ist es immer noch nur rund ein Fünftel aller deutschen allgemeinen Krankenhäuser, die so ihren Patienten oder einweisenden Ärzten die Möglichkeit bieten, Details zum Behandlungsangebot zu erfahren (siehe Abbildung 24).

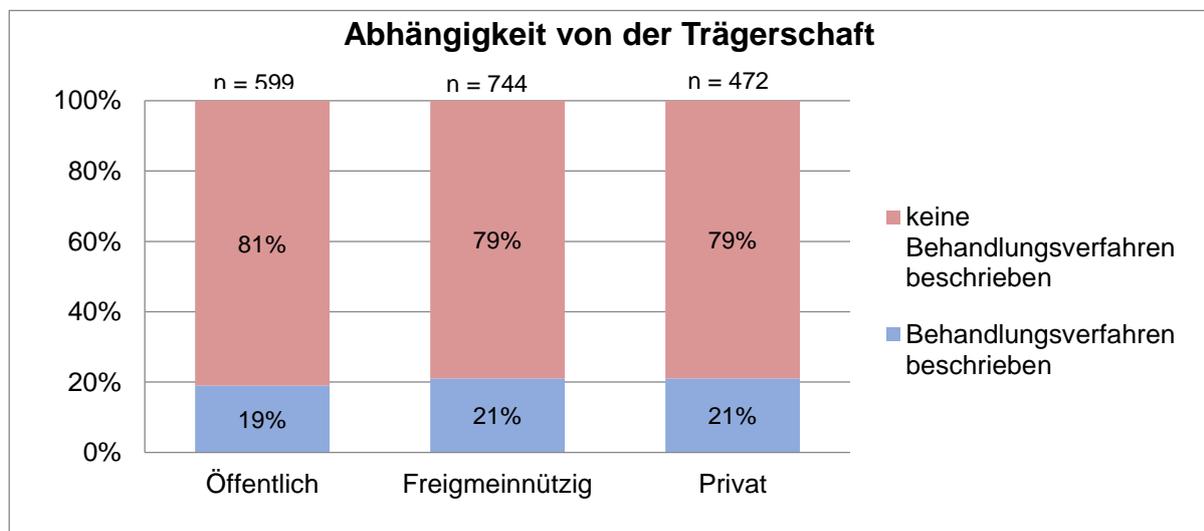


Abbildung 25: Behandlungsverfahren auf den Klinikwebseiten im Jahr 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] deutsche allgemeine Krankenhäuser) in Abhängigkeit der Trägerschaft

Zwischen den verschiedenen Trägerarten sind kaum Unterschiede darin zu erkennen, ob Behandlungsverfahren dargestellt werden oder nicht. Öffentliche Krankenhäuser scheinen noch etwas weniger Behandlungsverfahren zu beschreiben als die freigemeinnützigen oder privaten Häuser (siehe Abbildung 25).

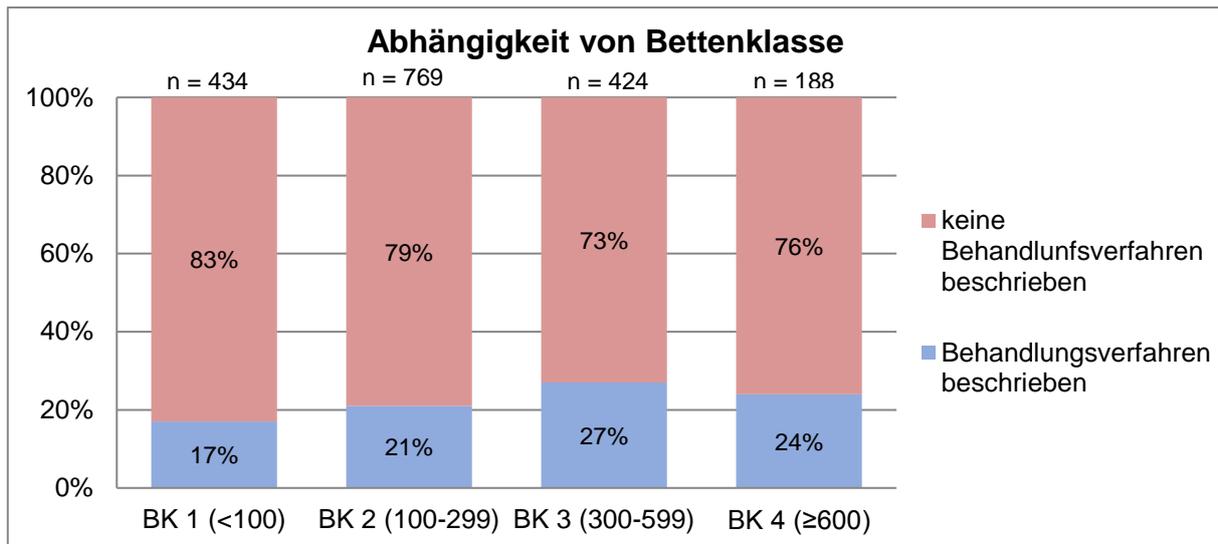


Abbildung 26: Behandlungsverfahren auf den Klinikwebseiten im Jahr 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] deutsche allgemeine Krankenhäuser) in Abhängigkeit der Bettenklasse

Wie bei den Qualitätsberichten besteht auch bei der Häufigkeit, Behandlungsverfahren zu beschreiben, ein Zusammenhang mit der Krankenhausgröße. Krankenhäuser mit 300-599 Betten beschreiben mit 27% ihre Behandlungsverfahren am häufigsten (siehe Abbildung 26).

### Behandlungsergebnisse

Bisher nur selten stellen deutsche Krankenhäuser auf ihrer Website Informationen zu Behandlungsergebnissen ein. Vom Jahr 2006 nach 2010 ist kein wesentlicher Zuwachs erkennbar (siehe Abbildung 27).

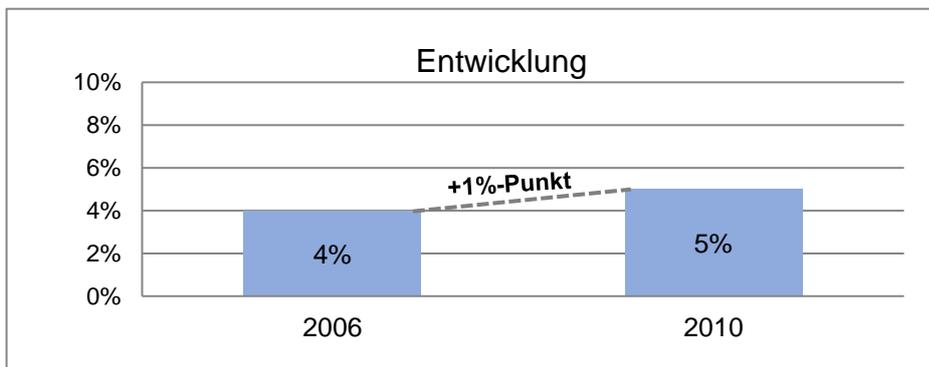


Abbildung 27: Entwicklung der Angaben zu Behandlungsergebnissen auf den Klinikwebseiten in den Jahren 2006 und 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] deutsche allgemeine Krankenhäuser)

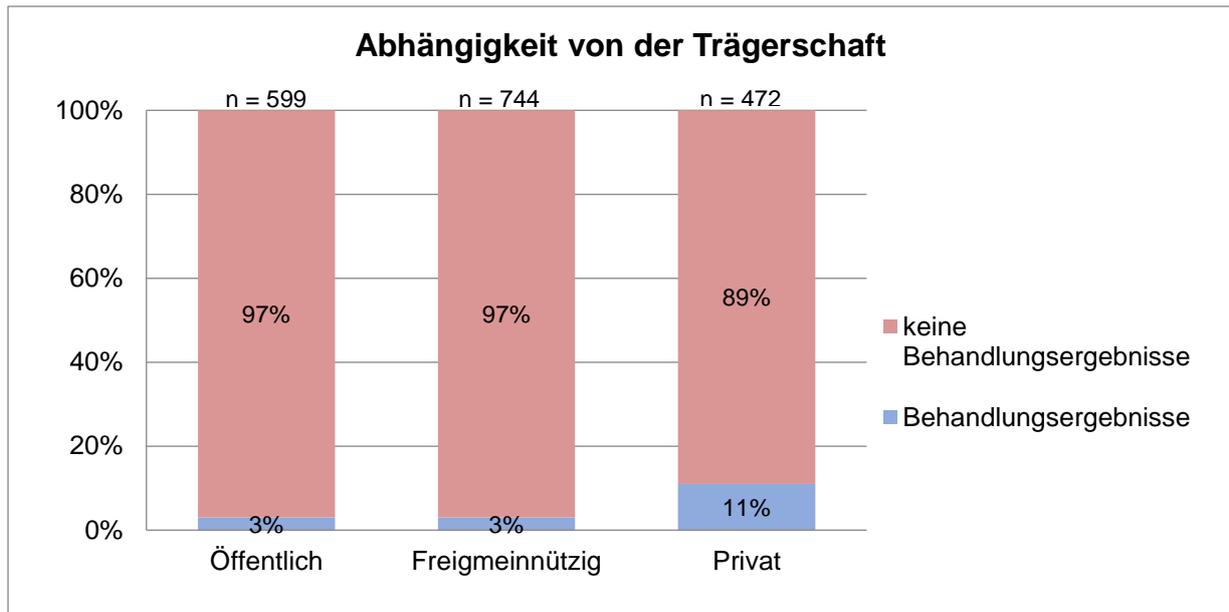


Abbildung 28: Behandlungsergebnisse auf den Klinikwebseiten im Jahr 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] deutsche allgemeine Krankenhäuser) in Abhängigkeit der Trägerschaft

Die Abbildung 28 zeigt, dass mit einem Anteil von 11 Prozent vor allem die privaten Häuser Behandlungsergebnisse veröffentlichen. Öffentliche und freigemeinnützige Krankenhäuser tun dies weit seltener.

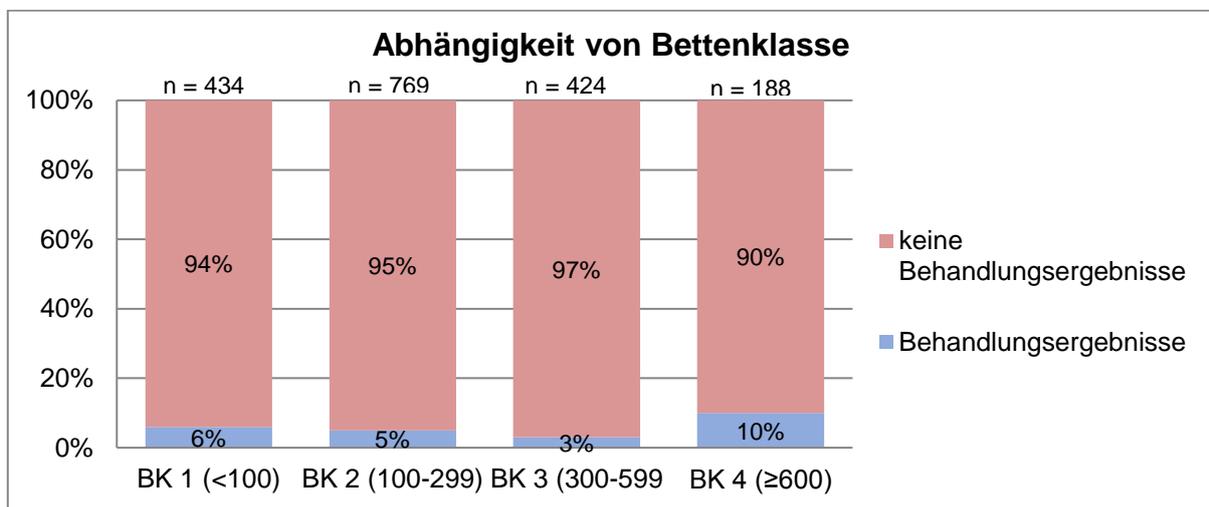


Abbildung 29: Behandlungsergebnisse auf den Klinikwebseiten im Jahr 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] deutsche allgemeine Krankenhäuser) in Abhängigkeit der Bettenklasse

Betrachtet man in Abbildung 29 nur die Bettenklassen 1 bis 3, so könnte man zunächst annehmen, dass umso größer das Krankenhaus ist, desto seltener Behandlungsergebnisse veröffentlicht werden. Doch die Bettenklasse 4 (mehr als 600 Betten) stellt mit 10 Prozent noch am häufigsten Behandlungsergebnisse ins Internet.

### 3.3 Ergebnisse zu Qualitätszielen

#### Formulierung von Qualitätszielen

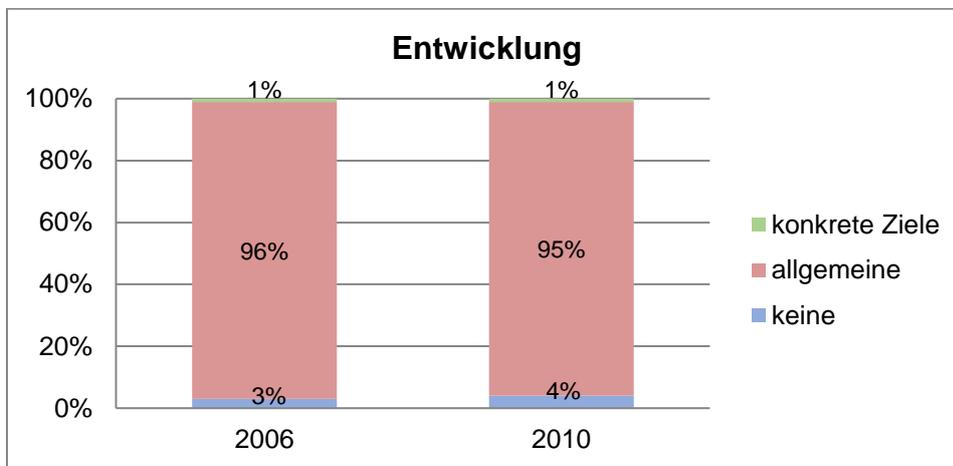


Abbildung 30: Formulierung von Qualitätszielen in den Jahren 2006 und 2010 nach Angaben der Qualitätsberichte (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser)

Pauschal lässt sich sagen, dass zwar fast alle Kliniken Qualitätsziele nennen, diese aber zu 95% (2010) bzw. 96% (2006) lediglich allgemein formuliert sind. Konkrete Angaben sind weiterhin die Ausnahme (1%). Zugleich fällt auf, dass 3% (2006) bzw. 4% (2010) der Kliniken gar keine Qualitätsziele nennen (siehe Abbildung 30), obwohl dies die Grundlage eines effizienten Qualitätsmanagements darstellt und der späteren Erfolgsprüfung dient.

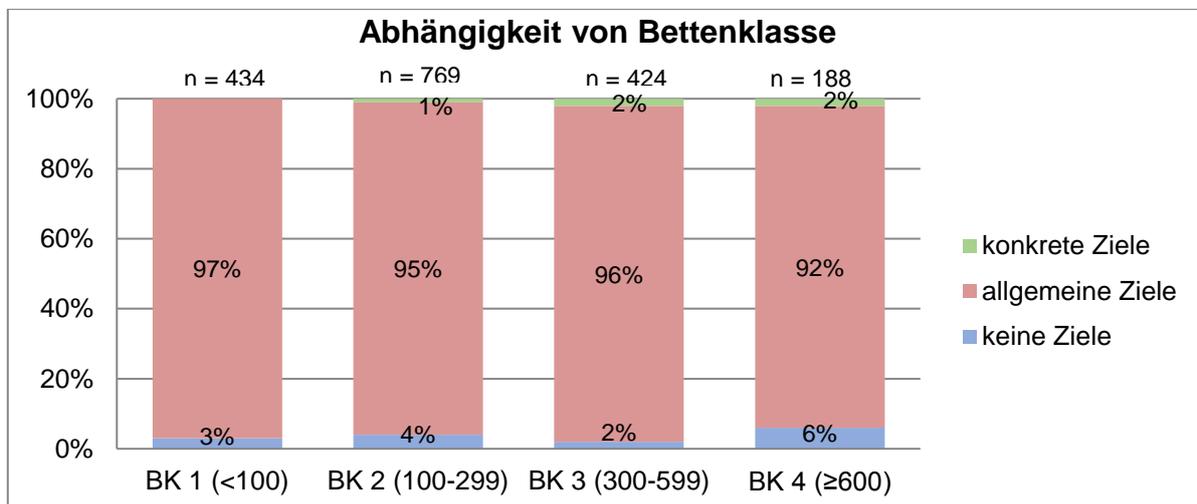
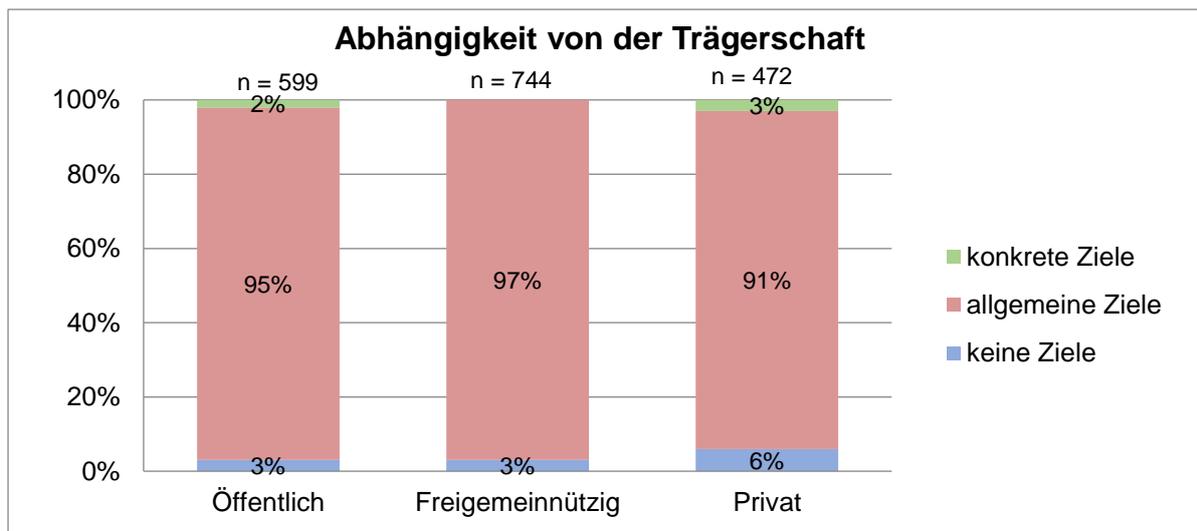


Abbildung 31: Formulierung von Qualitätszielen im Jahr 2010 nach Angaben der Qualitätsberichte (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser) in Abhängigkeit der Bettenklasse

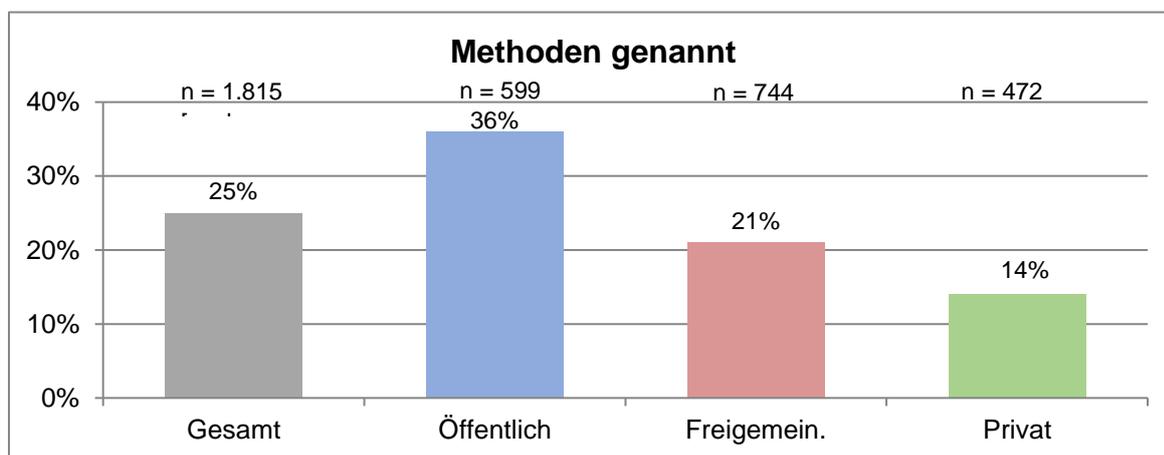
Fast alle Krankenhäuser formulieren vor allem allgemeine Qualitätsziele in ihrem Qualitätsbericht, unabhängig davon, wie groß das Krankenhaus ist (siehe Abbildung 31).



**Abbildung 32: Formulierung von Qualitätszielen im Jahr 2010 nach Angabe der Qualitätsberichte (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser) in Abhängigkeit der Trägerschaft**

In Abhängigkeit von der Trägerschaft fallen vor allem die privaten Krankenhäuser ins Auge. Sie formulieren zwar auch zu über 90% allgemeine Ziele, jedoch gibt es unter ihnen auf der einen Seite 6%, die keine Qualitätsziele nennen, während immerhin 3% konkrete Ziele benennen (siehe Abbildung 32).

#### Methoden zur Messung der Zielerreichung



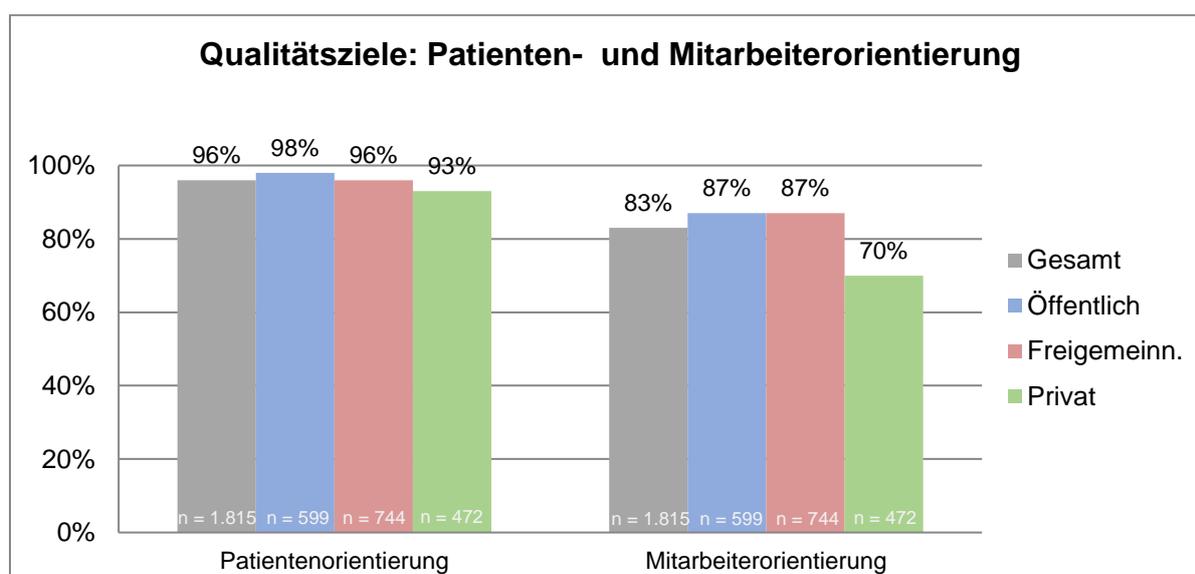
**Abbildung 33: Methoden zur Messung der Zielerreichung im Jahr 2010 nach Angabe der Qualitätsberichte (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser) in Abhängigkeit der**

Ein Viertel aller deutschen allgemeinen Krankenhäuser gibt Methoden oder Verfahren zur Überprüfung der Zielerreichung an. Unterscheidet man noch zwischen den einzelnen Trägerarten, so nennen die öffentlich geführten Krankenhäuser zu 36% entsprechende Methoden, freigemeinnützige zu 21% und private zu 14% (siehe Abbildung 33).

## Evaluation der Zielerreichung

Ob die Ziele letzten Endes auch wirklich erreicht wurden, können die Kliniken in ihrer Bewertung im Qualitätsbericht darstellen. Dies ist aber bisweilen praktisch kaum der Fall. Im Jahr 2010 berichtete nur 1% aller allgemeinen deutschen Krankenhäuser über die Erreichung vorher definierter Ziele.

## Ziele nach Themenbereichen 2010



**Abbildung 34: Formulierte Qualitätsziele im Jahr 2010 nach Angaben der Qualitätsberichte (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser): Patienten- und Mitarbeiterorientierung**

Am häufigsten werden Qualitätsziele in den Bereichen der Patienten- und Mitarbeiterorientierung genannt, wobei Patientenorientierung über alle drei Trägerarten hinweg zu über 90% bei den Zielen thematisiert wird. Mitarbeiterorientierung wird bei insgesamt 83% aller Kliniken genannt. Die KTQ zertifizierten Kliniken beschreiben hingegen zu fast 100% Ziele zur Patientenorientierung und zu fast 95% zur Mitarbeiterorientierung, was sich dadurch erklären lässt, dass Patienten- und Mitarbeiterorientierung im KTQ-Katalog zwei der sechs (zentralen) Kategorien darstellen, „um Aussagen über die Qualität der Prozessabläufe in der Versorgung treffen zu können“ (KTQ, o.J.).

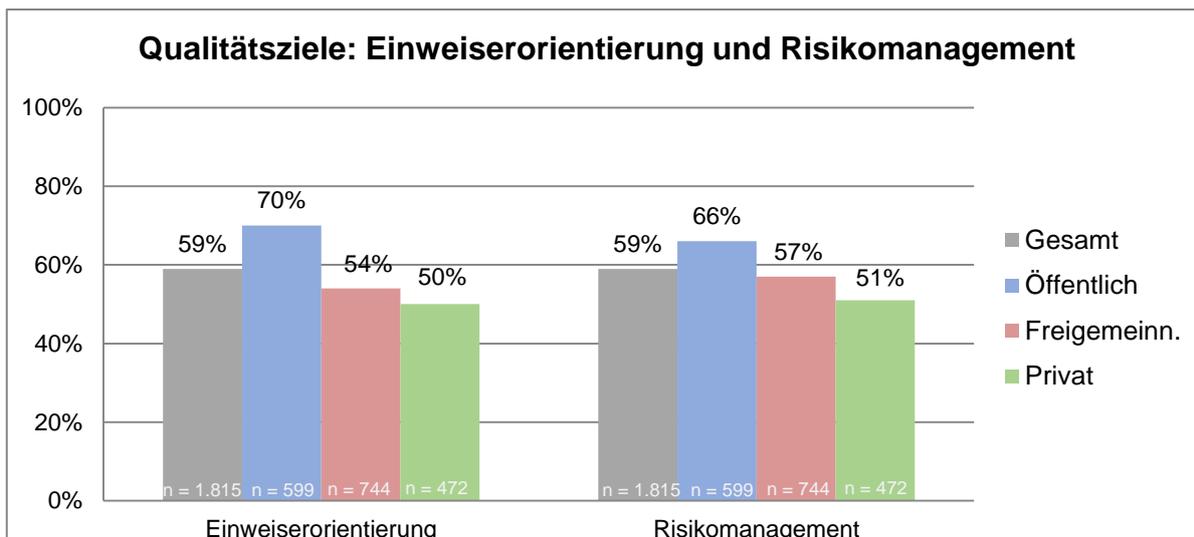


Abbildung 35: Formulierte Qualitätsziele im Jahr 2010 nach Angaben der Qualitätsberichte (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser): Einweiserorientierung und Risikomanagement

Einweiserorientierung, Risikomanagement und Hygiene liegen bei den Zielformulierungen in einem Bereich von 59% (Einweiserorientierung und Risikomanagement) bis 55% (Hygiene). Am wenigsten werden Qualitätsziele hinsichtlich der Wartezeiten (23%) formuliert.

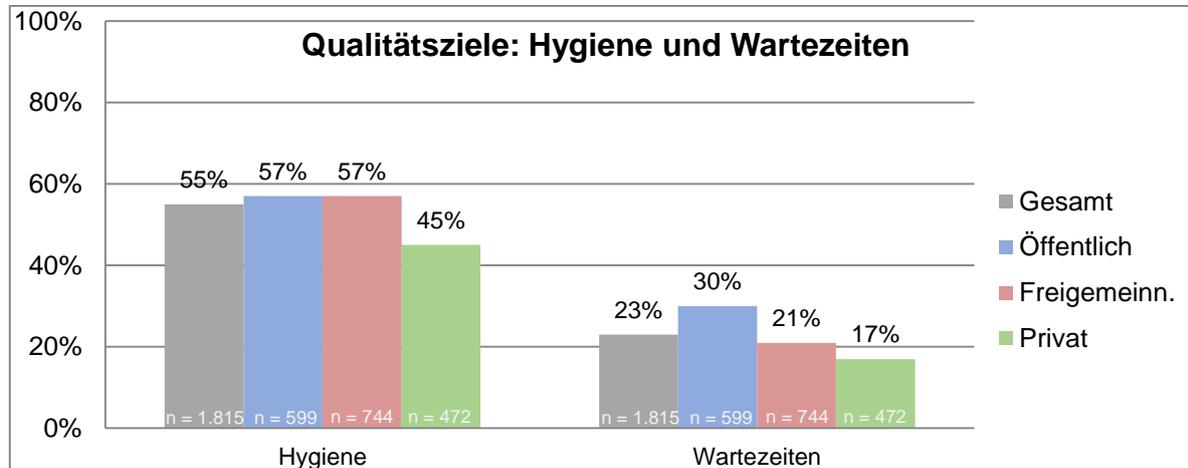


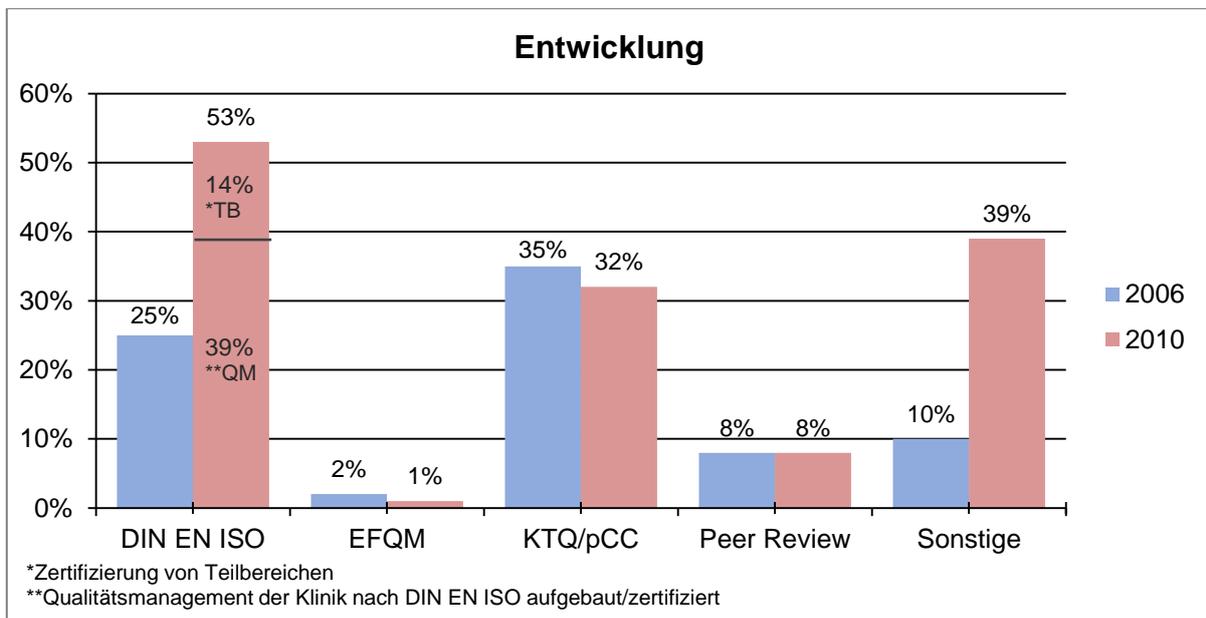
Abbildung 36: Formulierte Qualitätsziele im Jahr 2010 nach Angaben der Qualitätsberichte (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser): Hygiene und Wartezeiten

In Abhängigkeit der Trägerart zeigt sich, dass die öffentlichen Träger prozentual alle Themenbereiche am häufigsten in ihren Zielen fokussieren. Die privaten Träger fokussieren hingegen alle untersuchten Themengebiete bei den Zielen am seltensten.

## Ergebnisse zu Zertifizierungen und Zentren

### Zertifizierungen

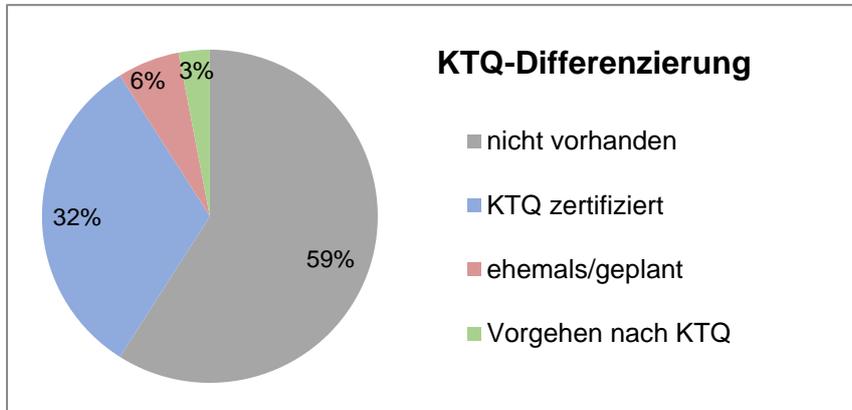
Die Ergebnisse, welche Zertifizierungen mit welcher Häufigkeit (bei einer Vorauswahl von ISO, EFQM, KTQ/proCum Cert und Peer Review) von den deutschen allgemeinen Krankenhäusern in den Jahren 2006 und 2010 im Qualitätsbericht vermerkt sind, sind sehr unterschiedlich (siehe Abbildung 37).



**Abbildung 37: Entwicklung von Zertifizierungen und Zertifizierungsverfahren in den Jahren 2006 und 2010 nach Angaben der Qualitätsberichte (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser)**

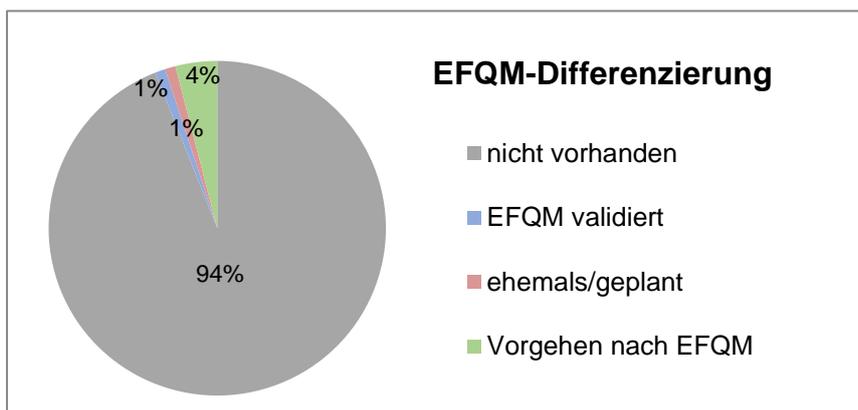
Betrachtet man nur die Werte aus dem Jahr 2006, so sind Zertifizierungen nach KTQ/proCum Cert (35%) am häufigsten vertreten, gefolgt von DIN EN ISO (25%). Im Jahr 2010 liegt der Prozentsatz von Zertifizierungen nach KTQ hingegen bei 32% der Häuser. Mehr als die Hälfte aller Kliniken lassen mindestens einen Teilbereich der Klinik wie die Sterilisation oder das Labor durch DIN EN ISO (53%) zertifizieren. Hierbei lässt sich weiter unterscheiden, ob das Qualitätsmanagement der Klinik nach DIN EN ISO aufgebaut bzw. sogar danach zertifiziert ist (39% aller Kliniken) oder ob nur Teilbereiche einer Zertifizierung unterzogen werden (14%). Eine deutliche Zunahme gibt es auch im Bereich der sonstigen Verfahren. Hierzu zählen Zertifizierungen wie OnkoZert, imedOn oder Audit-berufundfamilie. Peer Reviews werden nach wie vor immerhin von 8% aller Kliniken praktiziert.

Neben den formalen Zertifizierungen nach KTQ (KTQ zertifizierte Häuser) gibt es auch Krankenhäuser, die sich nur an KTQ orientieren (siehe Abbildung 38), vormals KTQ-zertifiziert waren oder eine Zertifizierung nach KTQ erst anstreben. Die Auswertung in 4 Kategorien ergab folgendes Bild:



**Abbildung 38: KTQ differenziert im Jahr 2010 nach Angaben der Qualitätsberichte (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen**

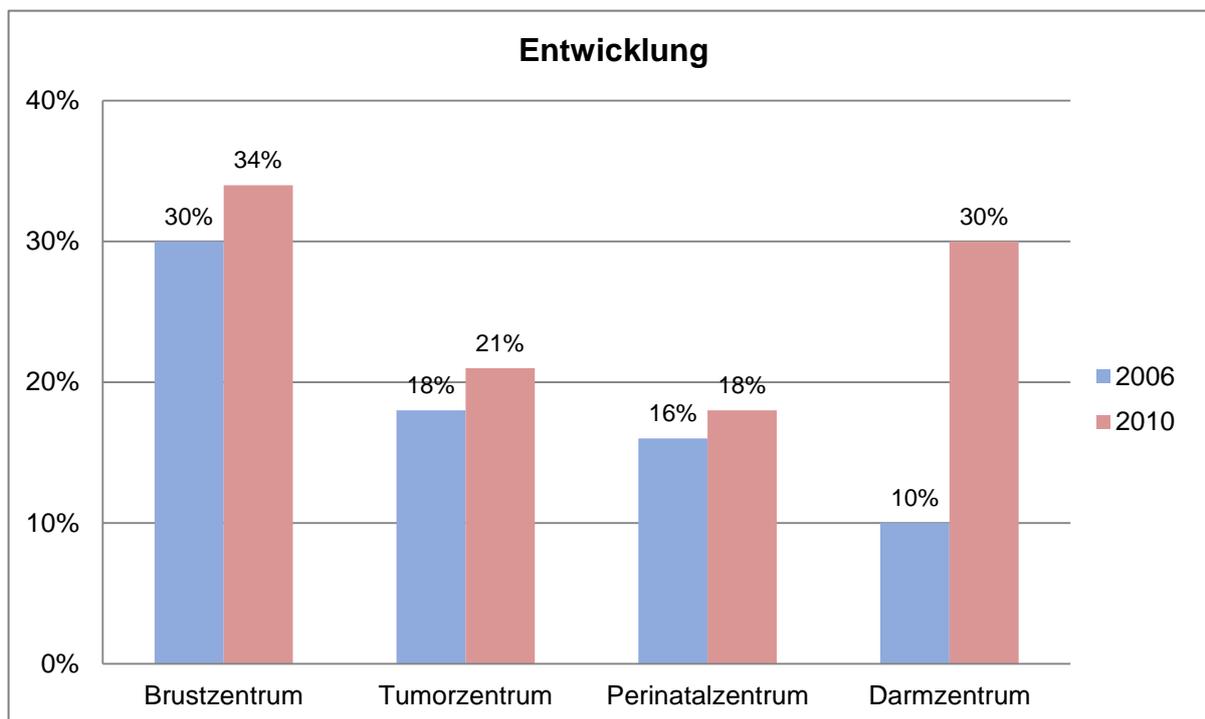
Demzufolge arbeiten 59 Prozent nicht mit dem KTQ-Modell. Aber zusätzlich zu den 32%, die angeben, tatsächlich KTQ zertifiziert zu sein, gibt es noch 6%, die in ihrem Qualitätsbericht anmerken, schon KTQ zertifiziert gewesen zu sein oder eine solche Zertifizierung zu planen. Weiter beschreiben 3% der deutschen allgemeinen Krankenhäuser, nach den Prinzipien beziehungsweise nach dem Handbuch von KTQ ihr Qualitätsmanagement zu gestalten. Insgesamt wird somit in rund 40% der Qualitätsberichte das KTQ-Modell zumindest genannt.



**Abbildung 39: EFQM differenziert im Jahr 2010 nach Angaben der Qualitätsberichte (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser)**

Auch bei EFQM konnte hier nochmals weiter unterschieden werden. Obwohl nur 1% der Kliniken das EFQM-Modell durch Prüfer validieren lassen, gehen immerhin 4% nach EFQM vor, während es 6% in irgendeiner Form im Rahmen des Qualitätsmanagements einsetzen (siehe Abbildung 39).

## Zentren



**Abbildung 40: Anzahl der Krankenhäuser als Zentren in den Jahren 2006 und 2010 nach Angaben der Qualitätsberichte (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser)**

Häufig finden sich in einer Klinik auch mehrere Zentren. Insgesamt kann man eine zunehmende Verwendung der Bezeichnung als Zentrum feststellen. Bei allen vier beispielhaft ausgewählten Zentrumsarten nimmt die Anzahl der als Zentrum bezeichneten Kliniken von 2006 bis 2010 zu. Eine besonders starke Zunahme gibt es bei den als „Darmzentrum“ bezeichneten Häusern, deren Anteil an allen allgemeinen Krankenhäusern in Deutschland sich von 10% auf 30% erhöht hat. Die Bezeichnung „Brustzentrum“ wird sowohl 2006 als auch 2010 relativ am häufigsten verwendet (30% bzw. 34%, siehe Abbildung 40).

Im Folgenden soll ein möglicher Zusammenhang zwischen Trägerschaft und Häufigkeit der Bezeichnung als Zentrum dargestellt werden.

## Brustzentrum

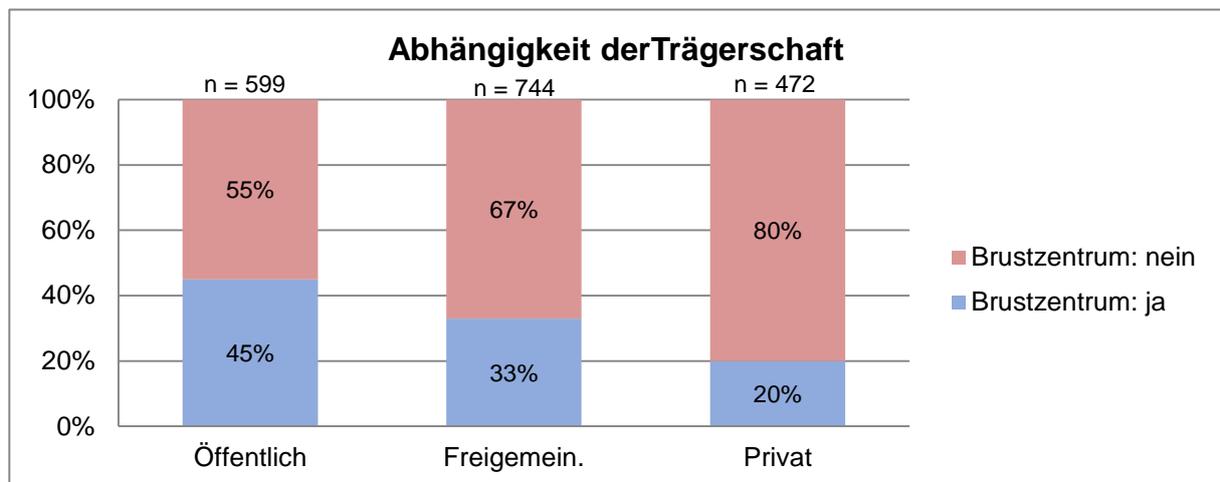


Abbildung 41: Brustzentrum in Abhängigkeit der Trägerschaft nach Angaben der Qualitätsberichte im Jahr 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser)

Fast die Hälfte aller öffentlichen Krankenhäuser verwendet die Bezeichnung „Brustzentrum“. Bei den privaten Häusern sind es nur 20% (siehe Abbildung 41).

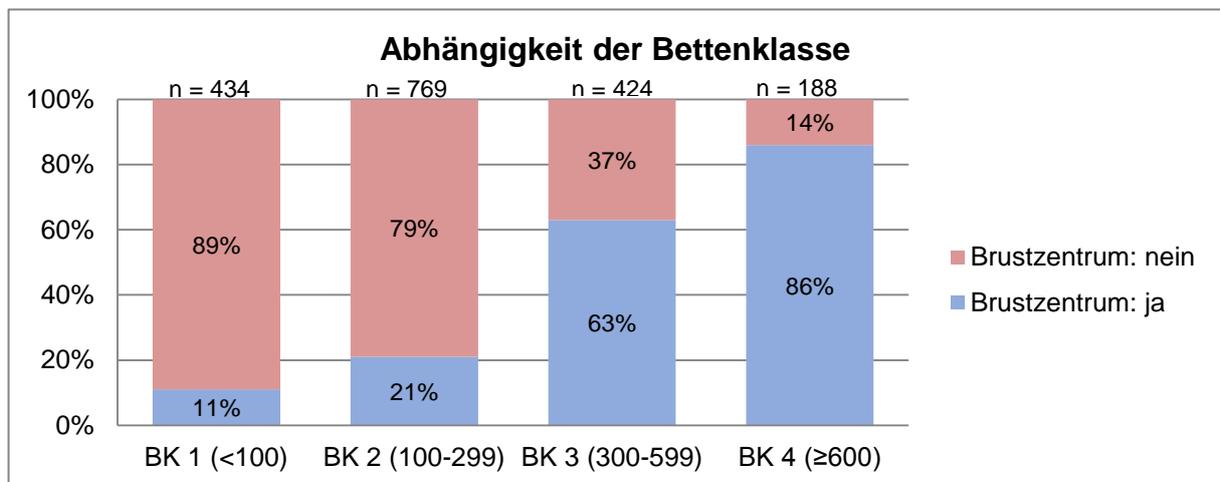
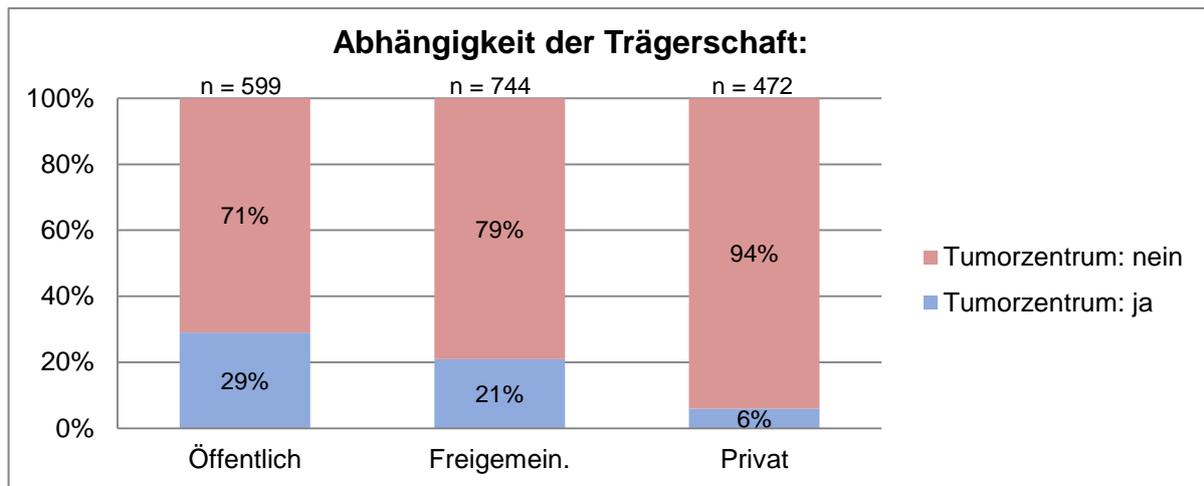


Abbildung 42: Brustzentrum in Abhängigkeit der Bettenklasse nach Angaben der Qualitätsberichte im Jahr (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser)

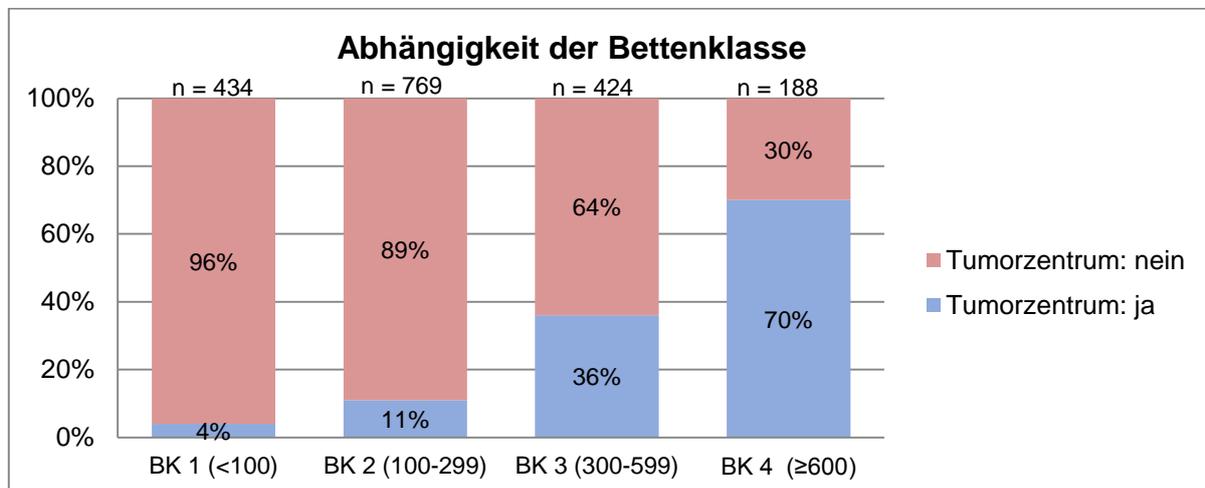
Während sich die Kliniken mit geringer Bettenzahl nur vergleichsweise selten als Brustzentren bezeichnen, ist bei einer Bettenzahl von mehr als 300 Betten eine Häufung festzustellen (siehe Abbildung 42).

## Tumorzentrum



**Abbildung 43: Tumorzentrum in Abhängigkeit der Trägerschaft nach Angaben der Qualitätsberichte im Jahr 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser)**

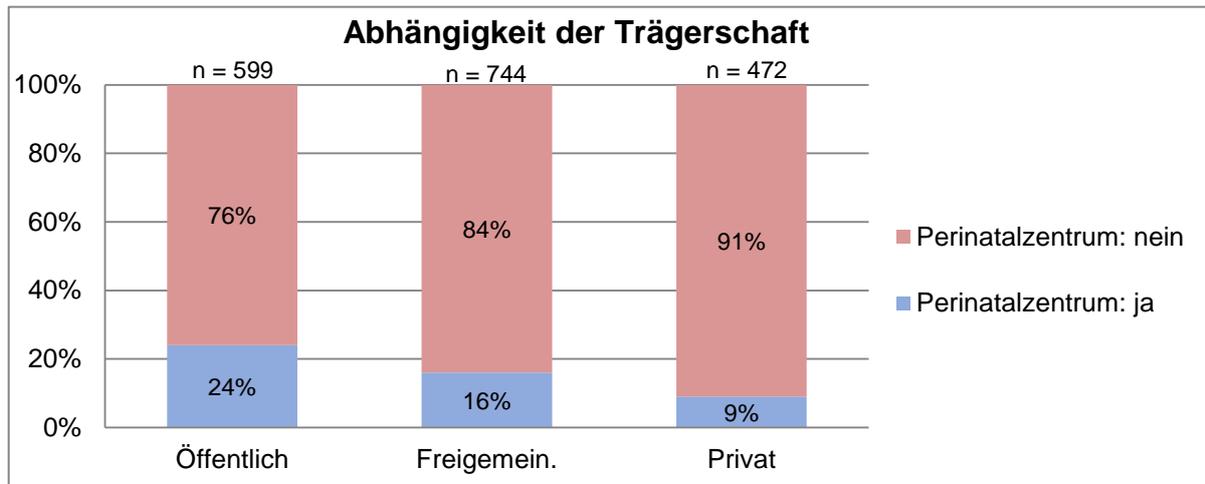
Nur 6% der privaten Krankenhäuser bezeichnen sich als Tumorzentren. Bei den freigemeinnützigen Krankenhäusern sind es 21%, und fast jedes dritte öffentliche Krankenhaus bezeichnet sich als Tumorzentrum (siehe Abbildung 43).



**Abbildung 44: Tumorzentrum in Abhängigkeit von der Bettenklasse nach Angaben der Qualitätsberichte im Jahr 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser)**

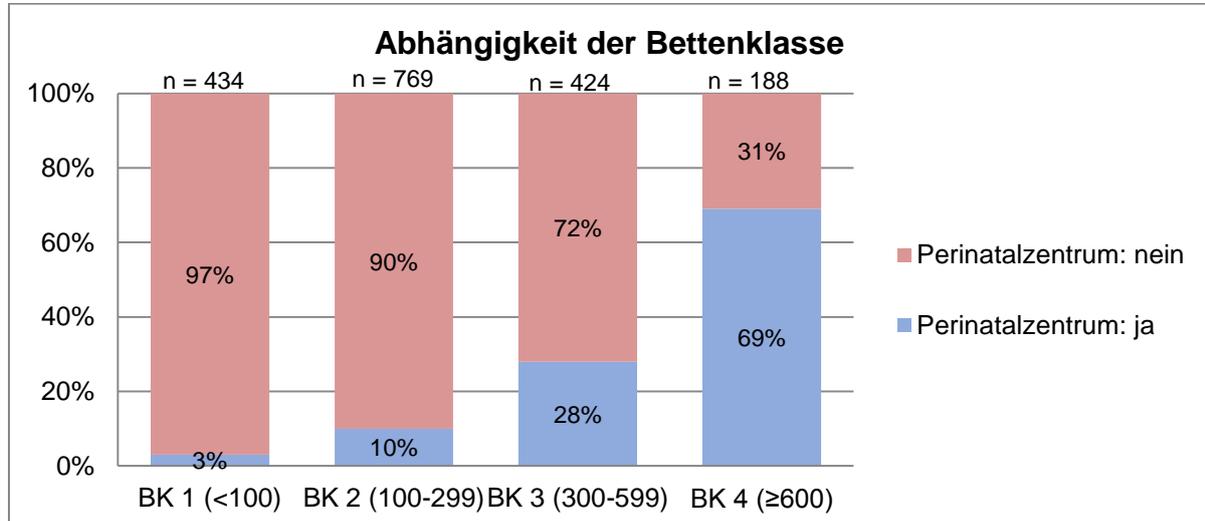
Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Bettenzahlklasse und der Tatsache, ob ein Krankenhaus sich selbst als Tumorzentrum darstellt oder zertifizieren lässt (siehe Abbildung 44).

## Perinatalzentrum



**Abbildung 45: Perinatalzentrum in Abhängigkeit der Trägerschaft nach Angaben der Qualitätsberichte im Jahr 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser)**

Bei den Perinatalzentren stellt sich ebenfalls heraus, dass am ehesten die öffentlichen Häuser Perinatalzentren sind und private vergleichsweise seltener. Freigemeinnützige reihen sich mit 16% dazwischen ein (siehe Abbildung 45).



**Abbildung 46: Perinatalzentrum in Abhängigkeit der Bettenklasse nach Angaben der Qualitätsberichte im Jahr 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser)**

Interdisziplinäre Konferenzen abzuhalten ist ein fester Bestandteil eines Zentrums. Das bedeutet, dass Spezialisten aus verschiedenen Fachrichtungen z.B. über die Therapie eines Patienten beraten. Es macht daher Sinn, dass gerade große Krankenhäuser, die über ein breites Spektrum an Fachdisziplinen verfügen, als Zentrum arbeiten. Dies zeigt sich auch bei den Perinatalzentren (siehe Abbildung 46).

## Darmzentrum

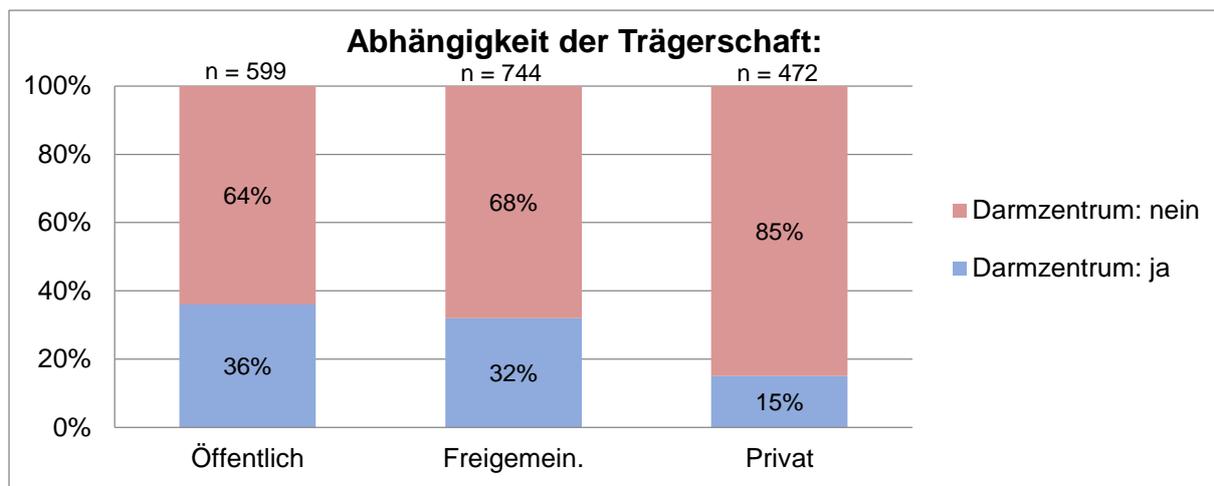


Abbildung 47: Darmzentrum in Abhängigkeit der Trägerschaft nach Angaben der Qualitätsberichte im Jahr 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser)

Auch bei den Darmzentren wird deutlich, dass am ehesten die öffentlichen und freigemeinnützigen Häuser Darmzentren sind (siehe Abbildung 47).

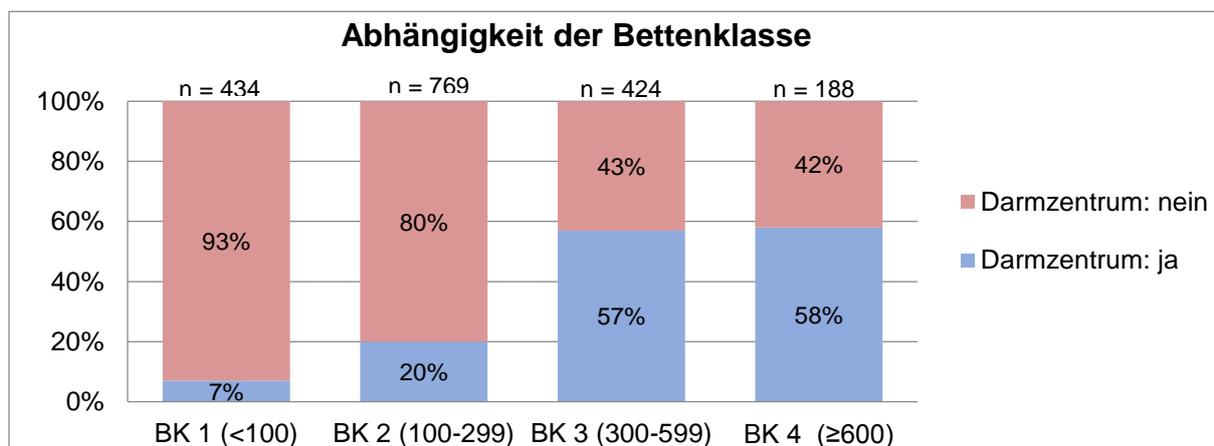


Abbildung 48: Darmzentrum in Abhängigkeit der Bettenklasse nach Angaben der Qualitätsberichte im Jahr 2010 (in Prozent; n = 1.815 [nach Gewichtung] der deutschen allgemeinen Krankenhäuser)

Interessanterweise sind prozentual fast gleich viele Krankenhäuser aus Bettenklasse 3 und 4 ein Darmzentrum. Ansonsten stellt sich auch hier die Verteilung ähnlich wie bei den anderen Zentrumsarten dar (siehe Abbildung 48).

Zusammenfassend kann man sagen, dass überwiegend die öffentlichen Träger auf die Bezeichnung „Zentrum“ zurückgreifen. So ist fast jedes zweite bzw. dritte öffentliche Krankenhaus ein Brust- bzw. Darmzentrum. Dies erklärt sich wohl auch dadurch, dass sich Zentren meist an großen Häusern (z.B. Bettenklasse 4 = über 600 Betten) etablieren, welche zu 75% öffentlich sind. Die kleinen, häufig privaten Krankenhäuser sind seltener als Zentren eingerichtet.

## 4. Diskussion

Seit mehr als 10 Jahren werden von allgemeinen Krankenhäusern gesetzliche Qualitätsberichte gefordert. Für die hier vorliegende Studie werden Berichte aus den Jahren 2006 und 2010 untersucht. Der Fokus liegt auf dem Teil D der Qualitätsberichte, der das interne Qualitätsmanagement widerspiegelt. Des Weiteren wird die Darstellung des Qualitätsmanagements auf den Webseiten der deutschen allgemeinen Krankenhäuser bewertet. Ziel ist es, den aktuellen Stand des Qualitätsmanagements einzuschätzen.

### 4.1 Methodenbewertung

Dem Versuch, eine gute Einschätzung über den aktuellen Stand des Qualitätsmanagements zu erhalten, stellen sich einige Hürden entgegen:

1. Es muss beachtet werden, dass die Angaben aus den Qualitätsberichten der Krankenhäuser übernommen wurden, ohne im Anschluss daran eine weitergehende Validierung dieser Berichte durchzuführen. Anders gesagt handelt es sich um eine Bewertung der dargestellten Berichte, ohne Überprüfung des tatsächlichen Qualitätsmanagements, das nur vor Ort durch einen Experten gesichtet werden könnte.

2. Eine weitere Einschränkung ergibt sich aus der in Teil D gegebenen Gliederungsstruktur. Beschreibungen werden als Freitext formuliert, ohne standardisierte Vorgaben. Sie müssen daher zu Auswertungszwecken kategorisiert werden. Als Beispiel sei angeführt, dass das Qualitätsziel „gute Patientenzufriedenheit“ nur als allgemeines Qualitätsziel gezählt wurde. „Patientenzufriedenheit von über 80%“ wurde hingegen als konkretes Qualitätsziel bewertet. Grundsätzlich wurde bei der Planung dieser Untersuchung angenommen, dass eine konkrete Formulierung von Qualitätszielen einen Hinweis auf ein eher fortgeschrittenes Qualitätsmanagement gibt. Am Beispiel der Patientenzufriedenheit kann man aber erkennen, dass eine Beurteilung nur in Grenzen möglich ist, da „sehr hohe Patientenzufriedenheit“ keinen konkreten Maßstab beinhaltet. So lässt sich nicht allgemein sagen, dass konkrete Ziele zwingend einer besseren Qualität bzw. Qualitätsmanagement entsprechen. Unterscheiden lässt sich vielmehr der Grad der Transparenz.

Die uneinheitlichen Formulierungen des Teil D im Qualitätsbericht sollten zunächst dazu dienen, dass die Krankenhäuser ihr internes Qualitätsmanagement individuell präsentieren können. Inzwischen wurde jedoch beschlossen, den Teil D ganz zu streichen:

„Um im maschinenverwertbaren Qualitätsbericht überwiegend vergleichbare Daten zu erhalten und den Nutzerinnen und Nutzern präsentieren zu können, wird auf Berichtsteile, die ausschließlich aus Freitextangaben bestehen, weitgehend verzichtet. [...] Der Qualitätsbericht 2012 wird daher nunmehr aus den drei Teilen A, B und C bestehen“ (G-BA, 2013c, S. 13).

Es wird jedoch in Abschnitt 4.4 dieser Arbeit vorgeschlagen, den Teil D nicht zu streichen, sondern diesen in vereinheitlichter Form und damit vergleichbar zu integrieren. Zukünftige Studien hätten wieder die Möglichkeit, eine Aussage über den Stand und die Entwicklung des internen Qualitätsmanagements zu treffen.

3. Zum Themenbereich „Qualitätsmanagement an deutschen allgemeinen Krankenhäusern“ gibt es nur eine geringe Zahl an wissenschaftlichen Arbeiten. Somit gibt es wenige Vergleichsmöglichkeiten, um die Ergebnisse dieser Arbeit einzuordnen und vergleichend zu bewerten.

Deshalb ist es wichtig, möglichst umfassende und aktuelle Daten zu erheben, um eine belastbare Stichprobenbasis erstellen zu können. Die Stichprobe umfasst mehr als 1/3 aller deutschen allgemeinen Krankenhäuser. Für die Jahre 2006 und 2010 werden jeweils 25 definierte Analyse Kriterien untersucht. Die Erhebung aus zwei Berichtszeiträumen ermöglicht es, eine Entwicklung darzustellen und eine Prognose abzuleiten. Diese Untersuchung verschafft einen Überblick über den Entwicklungsstand des Qualitätsmanagements an allgemeinen deutschen Krankenhäusern zum Stand der Berichtsjahre 2010.

## 4.2 Ergebnisinterpretation und Vergleich mit anderen Arbeiten

Da für die Krankenhausträgerschaft auch andere Vollauszählungen existieren, wurden die Ergebnisse aus dieser Arbeit zu den Grunddaten mit diesen Zählungen verglichen. Die Ergebnisse, die aus den Qualitätsberichten entnommen wurden, sind unter 3.1 zu finden. Dabei resultiert eine Verteilung von 41% freigemeinnützigen, 33% öffentlichen und 26% privaten Träger.

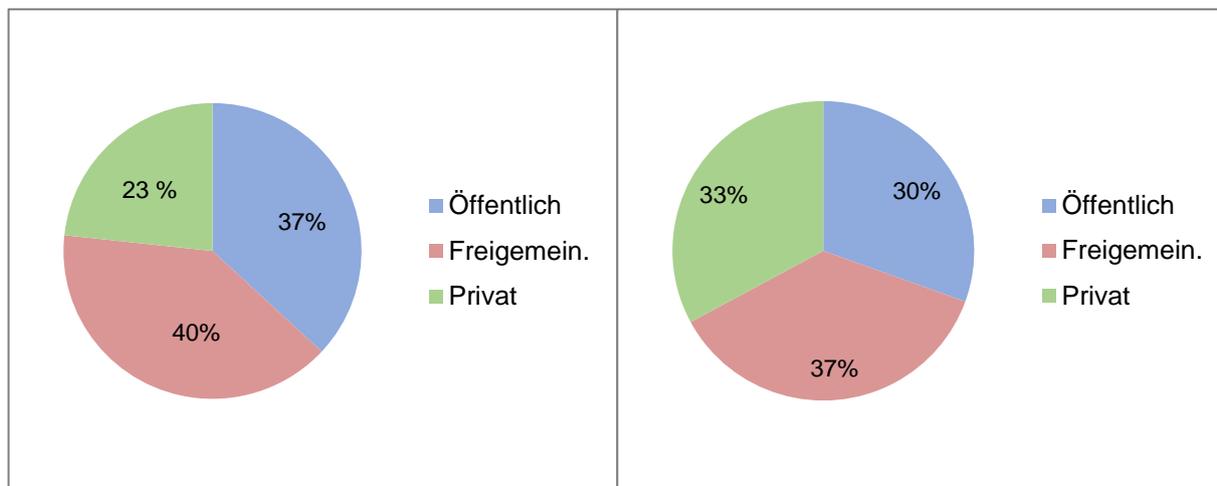


Abbildung 49: Verteilung der Trägerschaften 2010 nach KHV 2005 (Statistisches Bundesamt, 2007)

Abbildung 50: Verteilung der Trägerschaften 2010 nach DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2011)

Vergleicht man die Trägerschaft nach Angaben des KHV (2005) mit den Angaben aus dem Qualitätsbericht, so könnte man von einer weitgehenden Übereinstimmung der Verteilung auf die Trägerschaften sprechen. Zieht man allerdings noch die Daten der DKG (2011) hinzu, so wird eine gewisse Abweichung der Verteilung deutlich. Gerade der Anteil an privaten Krankenhäusern ist bei dieser Auszählung im Vergleich um bis zu 10 Prozentpunkte höher, und in der Folge stellt sich hier ein Bild von drei fast gleichen Anteilen je Trägerschaft an den deutschen allgemeinen Krankenhäusern ein.

Die weiteren Auswertungen erfolgen auf Grundlage der Angaben zur Trägerschaft nach KHV (2005), da es sich um die analoge Datenquelle aus dem Zeitraum der ersten Datenerhebung handelt. Es ist anzunehmen, dass es dadurch zu einer geringfügigen Verzerrung der Ergebnisse kommt. Um aber auch die Daten aus dem Jahr 2006 nutzen zu können, musste dies in Kauf genommen werden.

Durch die zunehmende Darstellung des Qualitätsmanagements auf den Websites der Krankenhäuser und durch die ausgewerteten Aspekte in den gesetzlich geforderten Qualitätsberichten kann angenommen werden, dass sich Qualitätsmanagement an deutschen allgemeinen Krankenhäusern vom Jahr 2006 zum Jahr 2010 weiter durchgesetzt hat. Während im Jahr 2006 beispielsweise rund 52% aller Kliniken auf ihrer Website über ihr Qualitätsmanagement informierten, waren es im Jahr 2010 schon 88%. Um die festgestellte Zunahme zu bestätigen, sollen im Folgenden auch Ergebnisse anderer Studien zum Vergleich herangezogen werden. Drei wichtige aktuelle Arbeiten sind:

- „Internes Qualitätsmanagement in der medizinischen Versorgung“, eine Studie des Kompetenz-Centrum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement“ im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes aus dem Jahr 2012
- „Qualitätsreport 2012“ des AQUA-Instituts im Auftrag des G-BA aus dem Jahr 2013
- „Qualität im Krankenhaus 2010“ von Miriam Heiß und Dr. Markus Reiche (QualityExperts, Managementberatung)

Diese Arbeiten verfolgen das Ziel, neben dem Stand des Qualitätsmanagements an deutschen Krankenhäusern zusätzlich allgemeine Aussagen über das deutsche Gesundheitswesen zu treffen. Dabei konzentriert sich jede Arbeit auf verschiedene Indikatoren. Die vorliegende Untersuchung ist in ihrem Fokus am ehesten vergleichbar mit der zuletzt erwähnten Studie „Qualität im Krankenhaus 2010“, auf deren Ergebnisse nun überwiegend eingegangen werden soll.

Die Studie „Qualität im Krankenhaus 2010“ setzt sich aus einer vergleichsweise kleinen Stichprobe von 71 (im Vergleich zu hier: 706) Krankenhäusern zusammen. Es werden dort ebenfalls Qualitätsziele untersucht. Im Gegensatz zu der vorliegenden Untersuchung basiert die Bewertung auf einem Punktesystem und nicht auf der Zuordnung in festgelegte Merkmalskategorien (Ziele: keine, allgemeine, konkrete). Auch wurde versucht, Unterschiede zwischen den jeweiligen Trägerschaften und Bettenzahlen herauszufinden. Vernachlässigbar ist hierbei die etwas abweichende Einteilung der Bettenzahlen: z.B. sind große Häuser in der Vergleichsstudie ab mehr als 500 Betten eingeteilt und nicht erst ab 600 Betten. Es wurde in beiden Studien aufgezeigt, dass ein Zusammenhang zwischen guter Darstellung des Qualitätsmanagements und der Trägerschaft besteht: Die öffentlichen und freigemeinnützigen Krankenhäuser schneiden besser ab als die privaten Krankenhäuser.

Genauso verhält es sich mit der Bettenzahl: Große und mittelgroße Krankenhäuser legen mehr Wert auf die Darstellung von Qualitätsmanagement als kleinere Häuser. Diese beiden Ergebnisse korrespondieren insofern, als dass die kleinen Häuser zu über 50% privaten Trägern gehören. Es ist anzunehmen, dass die Umsetzung des Qualitätsmanagements dort weniger ausgeprägt ist. Grund dafür könnte u.a. sein, dass es sich an einem kleinen Krankenhaus nicht lohnt, extra eine/n Qualitätsmanagement-Beauftragte/n einzustellen, der/die sich hauptamtlich um die Umsetzung und die Darstellung des Qualitätsmanagements bemüht.

Obwohl in den Qualitätsberichten von 2010 rund 96% der Kliniken Qualitätsziele nennen, sind diese nur in 1% der Fälle konkret formuliert und somit quantitativ nachvollziehbar. Anzustreben wäre eine Zunahme der konkreten Zielangaben. So wären die Ziele transparent, messbar und nachdrücklich. Hierzu können beispielsweise Ergebnisse von Befragungen zur Wartezeit veröffentlicht werden und ggf. angestrebte Wartezeitverkürzungen angegeben werden. Denkbar sind auch Angaben wie: *„Die mittlere Wartezeit liegt bisher bei weniger als 2 Stunden. Als Zielwert wird eine mittlere Wartezeit von unter 1,5 Stunden angestrebt“*.

Wird die Evaluierung der Zielerreichung im Qualitätsbericht nicht thematisiert, so lässt das auf zwei mögliche Ursachen schließen: Erstens könnte es bedeuten, dass es überhaupt keine Evaluierung gibt, was wiederum für ein eingeschränktes Qualitätsmanagement spricht. Zweitens könnte man annehmen, dass die Ergebnisse der Evaluation eher zum Nachteil der Klinik ausgelegt werden könnten, weshalb keine Transparenz angestrebt wird. Ist beides aber nicht der Fall, so ist es als Versäumnis der Klinik zu verstehen, eine erfolgreiche Zielerreichung nicht zu veröffentlichen und dies nicht zur Verbesserung des Images und zur Selbstvermarktung des Hauses zu nutzen.

97% der Krankenhäuser haben Patientenorientierung als Qualitätsziel im Teil D-2 des Qualitätsberichtes angegeben. Dies entspricht der Qualitätsmanagement-Philosophie, bei der die Kundenzufriedenheit an erster Stelle steht. Allerdings ist „Orientierung“ wiederum ein sehr offener Ausdruck. Konkreter wäre an dieser Stelle sicherlich eine zahlenmäßige Erfassung der Patientenzufriedenheit.

Insgesamt bewertet die Studie „Qualität im Krankenhaus 2010“ die Darstellung des Qualitätsmanagements mehrheitlich negativ, da nach dem dort angewandten Punktesystem „nur 18,3% der Krankenhäuser den gesetzlichen Anforderungen genügen“ (Qualität im Krankenhaus, 2010, S. 19). Die oben ebenfalls aufgezählte Analyse des KCQ (2012) bezieht sich teilweise selbst auf die Studie „Qualität im Krankenhaus 2010“, sieht aber keine hinreichende Möglichkeit, das Qualitätsmanagement durch die Qualitätsberichte zu bewerten,

da die Qualitätsmanagementsysteme zu heterogen seien. Im Übrigen sei auch ein „wirtschaftlicher Vorteil durch Qualitätsmanagement nicht nachweisbar“ (KCQ, 2012, S. 173).

Zur Fragestellung „Internetpräsenz von Krankenhäusern und Darstellung des Qualitätsmanagements“ konnten keine vergleichbaren Studien gefunden werden. Hier waren die Resultate überwiegend günstig, da immerhin zwei von drei Krankenhäusern direkt auf der Startseite Informationen zum Qualitätsmanagement oder den Qualitätsbericht eingestellt hatten. Dies lässt die Vermutung zu, dass Qualitätsmanagement an diesen Krankenhäusern eine Rolle spielt.

In Bezug auf Behandlungsverfahren auf der Webseite kann man einen zunehmenden Trend zu Information erkennen. Hier besteht aber noch Verbesserungspotenzial. 2010 informierte nur jedes 5. Krankenhaus über seine Behandlungsmethoden. Noch seltener waren Hinweise auf Behandlungsergebnisse zu finden. Nur 5 % der deutschen allgemeinen Krankenhäuser präsentierten im Jahr 2010 Behandlungsergebnisse auf ihrer Webseite. Inwieweit sich die Veröffentlichung von Behandlungsergebnissen überhaupt durchsetzen wird, ist allerdings fraglich. Zum einen sei der gesetzliche Rahmen für Werbung im Gesundheitswesen genannt, zum anderen sind Ergebnisse nur dann tatsächlich vergleichbar, wenn ein einheitliches System der Berichterstattung mit Risikoadjustierung angewendet wird, bei dem beispielsweise Vorerkrankungen der Patienten berücksichtigt werden. Es besteht sonst die Gefahr, dass Patienten mit „Risikofaktoren für die Krankenhausstatistik“ in Zukunft einer negativen Selektion unterliegen und gegebenenfalls abgewiesen werden könnten.

Die führenden Zertifizierungsverfahren des Qualitätsmanagements deutscher allgemeiner Krankenhäuser sind nach Ergebnissen dieser Erhebung die nach DIN EN ISO (39%) und KTQ (32%). Vergleicht man den Anteil an KTQ-Zertifizierungen mit Angaben anderer Veröffentlichungen, so unterscheiden sich die Ergebnisse nur geringfügig. „Zum 31.10.2010 wurden 532 Krankenhäuser KTQ-zertifiziert“ (Statista, 2015a). Bei einer Gesamtzahl aller allgemeinen Krankenhäuser von 2064 (Statista, 2015b) entspricht dies einem Anteil von rund 26%. Ein möglicher Grund für leicht divergierende Ergebnisse könnten Ungenauigkeiten in den Angaben der Qualitätsberichte sein.

Zahlreiche weitere Zertifizierungen und Kampagnen (siehe S. 17 unter „Sonstige“) werden von den Krankenhäusern für eine gute Selbstvermarktung genutzt. Entsprechend dem steigenden wirtschaftlichen Druck müssen sich die Krankenhäuser durch solche Zertifikate ihrer Konkurrenz anpassen. Einige Kampagnen wie „Aktion saubere Hände“ werden vom Bundesministerium für Gesundheit unterstützt (Aktion saubere Hände, 2015) und ergeben sich möglicherweise aus einem immer stärker ausgeprägten Sicherheitsbedürfnis der Patienten.

Die Anzahl der Zentren nimmt von 2006 bis 2010 in allen vier ausgewählten Zentrumsarten zu (siehe Abbildung 40, S. 49). Die meisten Krankenhäuser mit integriertem Zentrum sind öffentliche Krankenhäuser und haben eine Bettenzahl von über 600 Betten. Die Krankenhausgröße (Bettenzahl) erklärt sich dadurch, dass ein Zentrum interdisziplinär arbeitet und somit einige Fachbereiche wie Radiologie, Palliativmedizin und Psychoonkologie zur Verfügung stehen sollten.

Eine besonders starke Zunahme zeichnet sich bei den Darmzentren ab. Entgegen diesem Trend ist die Anzahl der Inzidenz und Mortalität von Darmkrebserkrankungen in den letzten Jahren rückläufig. Im Umkehrschluss könnte man die abnehmende Inzidenz und Mortalität von Darmkrebserkrankungen auf die Verbesserungen der Patientenversorgung durch die Erschließung zahlreicher Darmzentren zurückführen (vgl. ZfDK, 2014).

### 4.3 Bewertung der Ergebnisse

Der aktuelle Stand des Qualitätsmanagements deutscher allgemeiner Krankenhäuser sowie ihrer Internet-Präsenz wird anhand der hier vorliegenden Ergebnisse und unter Berücksichtigung der sonstigen Studienlage folgendermaßen beurteilt:

➤ **Zufriedenstellend** – gut waren:

- „Der Qualitätsreport 2012 dokumentiert die Leistungsfähigkeit und das hohe Qualitätsniveau, aber auch die Selbstkritikfähigkeit und Lernbereitschaft in deutschen Krankenhäusern“ (AQUA-Institut, 2013, S. 3).
- Fortschritte beim internen Qualitätsmanagement nach Angaben der Qualitätsberichte von 2006 bis 2010 im Teil D
- Gute Informationslage über Qualitätsmanagement auf den Webseiten der deutschen allgemeinen Krankenhäuser
- Die meisten Krankenhäuser formulieren (allgemeine) Qualitätsziele
- Fast alle Krankenhäuser (97%) nennen Qualitätsziele zur Patientenorientierung
- Bisher wurde „Hygiene“ etwa zu 50 % als Qualitätsziel im Rahmen des Qualitätsberichtes thematisiert. Dem entgegen wirken soll der Beschluss des G-BA vom 16.05.2013 mit „zusätzlichen Informationspflichten zum Thema Hygiene“ (Pressemitteilung des G-BA, 2013, S. 1)

➤ **Verbesserungswürdig** – weniger gut waren:

- Uneinheitliche Erfassung der Ergebnisse, bei der Faktoren wie Alter oder Vorerkrankungen mitberücksichtigt werden
- Geringe Internet-Präsenz und wenig Hinweise auf wirksam umgesetztes Qualitätsmanagement vor allem bei Krankenhäusern mit privaten Trägern
- Seltene Formulierung konkreter Qualitätsziele wie z.B.: „Ziel war es, eine Patientenzufriedenheit von 80% zu erreichen“.
- Die Berichterstattung über Maßnahmen der Bewertung des Qualitätsmanagements einschließlich Darstellung von Zertifizierungen oder Zentrenbildung ist heterogen.
- Schlechte Vergleichbarkeit der Angaben in Teil D infolge von Freitext

#### 4.4 Ausblick

In der vorliegenden Dissertationsschrift „Internet-Präsenz, Qualitätsziele und Bewertung des Qualitätsmanagements in einer Stichprobe allgemeiner deutscher Krankenhäuser“ ist aufgezeigt worden, dass sich das Qualitätsmanagement an deutschen allgemeinen Krankenhäusern weiter durchgesetzt hat und auch die Internet-Präsenz zugenommen hat. Neben einzelnen verbesserungswürdigen Punkten (siehe Abschnitt 4.3, S. 61) wäre es in Bezug auf Vergleichbarkeit und Auswertbarkeit sinnvoll, einen einheitlichen Rahmen für die Berichterstattung über Zertifizierungen und die Bezeichnung als Zentrum vorzugeben sowie den Teil D des Qualitätsberichtes in überarbeiteter Form wieder in den Bericht zu integrieren.

Vorschläge für eine Vereinheitlichung sind:

- gesetzliche Rahmenempfehlungen geben für Anforderungen an Zertifizierungsverfahren
- gesetzliche Regelung, dass sich Krankenhäuser nur noch als Zentrum bezeichnen dürfen, wenn dies durch akkreditierte unabhängige Institute zertifiziert wurde
- Teil D als Formular gestalten mit verschiedenen vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten, ergänzt durch ein Freitextfeld, um individuelle Besonderheiten hinzufügen zu können

**Teil D des strukturierten Qualitätsberichtes – Ein Entwurf**

D -1 Qualitätspolitik

Das \_\_\_\_\_ Krankenhaus hat sich als Leitbild/Prämisse/Qualitätsphilosophie gesetzt:  
(Mehrfachauswahl) Diese beinhalten:

Patientenzufriedenheit     Mitarbeiterzufriedenheit     hohe Versorgungsqualität

Wirtschaftlichkeit             Sonstige: \_\_\_\_\_

D -2 Qualitätsziele: Folgende Qualitätsziele wurden vereinbart:

Patientenzufriedenheit bisher \_\_\_\_\_% - angestrebte Patientenzufriedenheit \_\_\_\_\_%

Mitarbeiterzufriedenheit bisher \_\_\_\_\_% - angestrebte Mitarbeiterzufriedenheit \_\_\_\_\_%

(Re-) Zertifizierung geplant am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

Ausbau des Risikomanagements durch \_\_\_\_\_

Abbildung 51: Entwurf für Teil D des strukturierten Qualitätsberichtes, D-1 und D-2

### D -3 Aufbau des einrichtungswisernen Qualitätsmanagements

- Für das interne Qualitätsmanagement ist als Ansprechpartner
  - Herr/Frau \_\_\_\_\_ zuständig.
  - kein Ansprechpartner
- Einrichtung einer Stabsstelle Qualitätsmanagement
  - am Haus
  - keine
  - im Klinikverbund
- Die letzte Qualitätskonferenz
  - fand am \_\_\_\_\_ statt.
  - keine Qualitätskonferenz im Berichtszeitraum
- Bei der Qualitätskonferenz anwesend waren
  - von der Geschäftsleitung: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ... (Namen mit Funktionsbereich und Abteilung)
  - Vertreter der Pflege: \_\_\_\_\_
  - Vertreter der Ärzte: \_\_\_\_\_
  - Vertreter der Reinigungskräfte: \_\_\_\_\_
  - Vertreter weiterer Berufsgruppen:

### D -4 Instrumente des Qualitätsmanagements

- Qualitätsindikatoren:
  - vorhanden
  - nicht vorhanden
- Befragungen der:
  - Patienten
  - Mitarbeiter
  - Zuweiser
  - sonstige: \_\_\_\_\_
- Beschwerdemanagement
  - eingeführt
  - nicht eingeführt
- Risiko/Fehlermanagement
  - eingeführt
  - nicht eingeführt
- Berufsübergreifende Konferenzen
  - durchgeführt
  - nicht durchgeführt

Abbildung 52: Entwurf für Teil D des strukturierten Qualitätsberichtes, D-3 und D-4

### D -5 Qualitätsmanagement-Projekt

Das letzte oder wichtigste im Berichtszeitraum durchgeführte Qualitätsmanagement-Projekt am \_\_\_\_\_-Krankenhaus war:

Bezeichnung: \_\_\_\_\_ (Bsp.: Patientenzufriedenheit verbessern)  
PLAN: \_\_\_\_\_ (Bsp.: Patientenzufriedenheit von 80%)  
DO: \_\_\_\_\_ (Bsp.: Patientenbefragungen)  
CHECK: \_\_\_\_\_ (Bsp.: Befragungen auswerten → 76%)  
ACT: \_\_\_\_\_ (Bsp.: Verbesserungsmaßnahmen ergreifen,  
Anregung aus Patientenbefragungen nutzen)

### D -6 Bewertung des Qualitätsmanagements

#### Selbstbewertung

- durch \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_  
- mit dem Ergebnis:  gut  befriedigend  ausreichend

#### Fremdbewertung

- durch \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

#### - Zertifizierungen

DIN EN ISO  KTQ/proCum Cert  EFQM  Peer Review

#### - Teilnahme an/Zertifizierung als

imedOn  IQM  Aktion säubere Hände  Audit berufundfamilie  
 KISS  Chest-Pain-Unit  Stroke-Unit  Sonstige: \_\_\_\_\_

#### - Zentren am Haus

Brustzentrum  Darmzentrum  Perinatalzentrum  Tumorzentrum  
 Hautzentrum  Prostatazentrum  Lungenzentrum

Abbildung 53: Entwurf für Teil D des strukturierten Qualitätsberichtes, D-5 und D-6

Da auch im Folgezeitraum nach 2010 eine positive Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements erhofft wird, wäre eine systematische Dokumentation und datengestützte Fortbeobachtung wünschenswert. Das Qualitätsmanagement an deutschen Krankenhäusern mit transparenter Berichterstattung soll auch den Patienten die Möglichkeit bieten, Vertrauen zu fassen und sich frei für ein Krankenhaus entscheiden zu können.

Abschließend sei betont, dass Qualitätsmanagement ein wichtiges Instrument für eine gute Krankenhausorganisation darstellen kann. Die Limitation einer optimalen Patientenversorgung liegt aber an der theoretischen Konstruktion von Systemen. Patienten sind auf eine menschliche Versorgung angewiesen, um sich gerade bei einer ernsthaften Erkrankung in guten Händen zu wissen. So sollte man bei allen Statistiken, Managementsystemen und Transparenzbemühungen nicht aufhören, den Patient als Person zu sehen und ihn so zu versorgen und zu behandeln.

## 5. Zusammenfassung

In dieser Promotionsarbeit werden 706 deutsche allgemeine Krankenhäuser untersucht. Anhand ihrer Internetauftritte, Qualitätsberichte und beschriebener Zertifizierungen wird der Stand des Qualitätsmanagements an deutschen Krankenhäusern dargestellt. Dafür werden die Webseiten der Häuser, die Qualitätsberichte von 2006 sowie 2010 einschließlich Zertifizierungen systematisch erfasst und auf definierte Analysekriterien hin untersucht. Zum Beispiel wird erfasst, wie viele Krankenhäuser auf ihrer Webseite ihren Qualitätsbericht für Interessierte zur Verfügung stellen und welche Häuser Behandlungsverfahren auf ihrer Webseite erklären. Um einen Unterschied zwischen den Krankenhausträgerschaften zu berücksichtigen, werden die Krankenhäuser in die drei Trägerarten „öffentlich“, „freigemeinnützig“ und „privat“ eingeteilt. Zwischen diesen Trägerschaften stellen sich Unterschiede heraus. 99% der Kliniken haben offizielle Webseiten. Kliniken, die keine Webseite haben, sind private Häuser mit weniger als 100 Betten.

Auf den Webseiten hat wiederum die Anzahl an Informationen über Qualitätsmanagement stark zugenommen. Verglichen mit 52% in 2006, informieren im Jahr 2010 bereits 88% der Kliniken über ihr Qualitätsmanagement, wovon genau die Hälfte direkt auf der Startseite das Qualitätsmanagement thematisiert oder direkt verlinkt. Keine Informationen über Qualitätsmanagement auf der Webseite erhält man am häufigsten bei den Krankenhäusern mit weniger als 100 Betten, die größtenteils von privaten Trägern finanziert werden. Entsprechend dem gewachsenen Informationsgehalt über Qualitätsmanagement findet sich auch bei 70% aller Kliniken der Qualitätsbericht auf der Webseite (2010). Während Behandlungsverfahren oft beschrieben werden, werden Behandlungsergebnisse nur sehr selten dargestellt (< 5%).

Zusammenfassend gibt es im Bereich der Internet-Präsenz noch Möglichkeiten, die Transparenz weiter zu erhöhen. Qualitätsmanagement sollte heute in jedem Krankenhausbetrieb eingeführt sein. Ob Behandlungsergebnisse überhaupt direkt verglichen werden sollten, ist hingegen durchaus fragwürdig, da dabei die Gefahr besteht, dass Krankenhäuser schwere Fälle beziehungsweise multimorbide Patienten abweisen könnten, um ihre Kennzahlen und Bilanzen nicht zu gefährden.

In den Qualitätsberichten zeigt sich, dass zu Themenbereichen wie der Patientenzufriedenheit zwar von mehr als 90% der Häuser Qualitätsziele beschrieben werden, dass diese allerdings nur allgemein formuliert sind. Konkrete Ziele wie beispielsweise „Patientenzufriedenheit von mindestens 80%“ werden nur in einzelnen (< 1%) Fällen genannt. Die Frage, ob diese Ziele auch erreicht wurden, beantworten immerhin rund die Hälfte aller Kliniken, wenn auch ohne

konkrete Zahlen („Ziele wurden erreicht“). Inhaltlich werden Qualitätsziele zu untersuchten Aspekten des Qualitätsmanagements in folgender absteigender Reihenfolge dokumentiert:

1. Patientenorientierung
2. Mitarbeiterorientierung
3. Einweiserorientierung und Risikomanagement
4. Hygiene
5. Wartezeit

Bei den Zertifizierungen dominiert deutlich DIN EN ISO, gefolgt von KTQ. Während 2010 mehr als doppelt so viele Krankenhäuser nach DIN EN ISO zertifiziert sind als 2006, ist bei Zertifizierungen nach KTQ keine Zunahme zu beobachten. Zu berücksichtigen ist, dass auch mehrere Zertifizierungen gleichzeitig vorliegen können. In gewisser Analogie zur steigenden Zahl an Zertifizierungen bezeichnen sich immer mehr Krankenhäuser in Deutschland auch als Zentren, wobei aber nicht zu unterscheiden ist, ob es sich dabei um zertifizierte Zentren handelt oder nicht, denn die Bezeichnung „Zentrum“ ist nicht geschützt. Bei den in dieser Arbeit beispielhaft thematisierten vier Zentrumsarten (Brust-, Tumor-, Perinatal- und Darmzentrum) kann durchweg eine deutliche Zunahme festgestellt werden, ganz besonders bei Darmzentren, die 2006 noch vergleichsweise wenig vertreten waren.

Aufgrund einiger offen gehaltener Angaben stößt die Vergleichbarkeit auch an Grenzen. Anzustreben wäre hier ein einheitlicheres Vorgehen u.a. bei:

- der Bezeichnung als Zentrum: nur mit Zertifizierung durch OnkoZert o.ä.
- den Qualitätsberichten im Teil D (internes QM): Einführung eines vorgefertigten Formulars, das die wichtigsten Punkte umfasst, statt wichtige Informationen zum Qualitätsmanagement aus Teil D im neu gefassten Qualitätsbericht generell zu streichen

Insgesamt zeichnet sich ein gut entwickeltes Qualitätsmanagement an deutschen Krankenhäusern ab. Qualitätsmanagement an Krankenhäusern sollte als Chance für ein funktionierendes Gesundheitssystem gesehen und genutzt werden und somit vor allem den Patienten zu Gute kommen.

## Literaturverzeichnis

### Bücher und Zeitschriften

- Blumenstock, Gunnar (2008):** Qualitätsmanagement in den allgemeinen Krankenhäusern Deutschlands anhand zweier Datenquellen – ein Zwischenstandsbericht, [PPT] (Persönliche Kommunikation, Januar 2013)
- Bode, Otto F., (2011):** Kulturmanagement. In: Lewinski-Reuter, Verena/ Lüddemann, Stefa 2011. *Glossar Kulturmanagement*. Wiesbaden: VS Verlag Sozialwissenschaften.
- Debatin, Jörg, Prof.Dr./ Goyen, Mathias/ Schmitz, Christoph (Hrsg.), (2006)::** Zukunft Krankenhaus – Überleben durch Innovation, (S. 19ff) Kurfürstendamm 57, 10707 Berlin: ABW Wissenschaftsverlag GmbH.
- Ertl-Wagner, Birgit/ Steinbrucker, Sabine/ Wagner, Bernd (2012):** Qualitätsmanagement und Zertifizierung: Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, stationäre Pflegeeinrichtungen, 2.Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.
- Haeske-Seeberg, Heidemarie (2008):** Handbuch Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Strategien - Analysen – Konzepte, 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Koch, Veronika (2007):** Dissertation: Intersektorale Kommunikationsprozesse in der Versorgungskette des Mammakarzinoms aus der Sicht von Patienten. Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.
- Pfitzinger, Elmar (2011)::** Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9000ff. im Gesundheitswesen (Mit Excel-Tabellen zur Selbsteinschätzung), Berlin: Beuth Verlag GmbH.
- Piechotta, Beatrice (2008):** PsyQM: Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag GmbH.
- Schaeffer, Doris (2006)::** Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus: Eine Literaturanalyse, Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Statistischen Bundesamtes (2007):** Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland - Krankenhausverzeichnis Stand 31.12.2005, Wiesbaden
- Willer, Isabell (2004):** Inaugural-Dissertation: Befragung zum Stand von Qualitätsmanagement in deutschen Krankenhäusern 1998/9 und 2001. Medizinische Fakultät der Eberhard-Karls-Universität zu Tübingen.
- Zollondz, Hans-Dieter (2006):** Grundlagen Qualitätsmanagement: Einführung in die Geschichte, Begriffe, Systeme, 2.Auflage. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

## Internetquellen

**Aktion saubere Hände, 2015:** Die "Aktion Saubere Hände" - ASH, online verfügbar unter: <<http://www.aktion-sauberehaende.de/ash/>> [Stand:21.06.2015]

**Bauer, Joachim/ Gröfke, Gordon (o.J.):** Werberecht für Krankenhäuser und Ärzte (Auszüge aus der Veröffentlichung in: Das erfolgreiche Krankenhaus: Best Practice, Prozessmanagement, Controlling; Hrsg.: Roland Trill; Andreas Tecklenburg, Neuwied; Kriftel: Luchterhand, online verfügbar unter <<http://www.groefke-bauer.de/pdf/Werberecht.pdf>> [Stand: 03.02.2013].

**Blum, Karl/Offermanns, Matthias/Schiz, Patricia (2006):**Krankenhaus Barometer: Umfrage 2006, Deutsches Krankenhausinstitut e.V., online verfügbar unter: <[http://www.dkgev.de/media/file/1857.Umfrage\\_2006.pdf](http://www.dkgev.de/media/file/1857.Umfrage_2006.pdf)> [Stand: 28.12.2013].

**Bundesärztekammer (2013):** 2.Auflage, Curriculum Ärztliches Peer Review, online verfügbar unter: <[http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/CurrAerztlPeerReview2013.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/CurrAerztlPeerReview2013.pdf)> [Stand: 10.06.2015]

**Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz (2013):** Gesetz über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens (Heilmittelwerbegesetz - HWG), online verfügbar unter: <<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/heilmwergb/gesamt.pdf>> [Stand: 02.01.2014].

**Bundesministerium für Gesundheit (2014):** Qualitätssicherung: Verfahren bei Qualitätsmängeln, online verfügbar unter: <<http://www.bmg.bund.de/pflege/qualitaetsicherung/verfahren-bei-qualitaetsmaengeln.html>> [Stand: 03.01.2014].

**Charité Comprehensive Cancer Center (2015):** Über uns: Mitgliedschaften, online verfügbar unter: <[http://cccc.charite.de/ueber\\_uns/mitgliedschaften/](http://cccc.charite.de/ueber_uns/mitgliedschaften/)> [Stand: 25.01.2015].

**DKG – Deutsche Krankenhausgesellschaft (2011):** Kennzahlen der Träger I, Allgemeine Krankenhäuser, 2010, online verfügbar unter: <<http://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/download/code/NTMyLnBkZiNLSF84X0dydW5kZGF0ZW5fMjAxMF9LZW5uemFobGVuFRy5GdlciBJLnBkZg==>> [Stand: 23.06.2015]

**DKG – Deutsche Krebsgesellschaft (2013):** Brustkrebszentren - Checkliste für Patientinnen Informationen für Patientinnen zum Zertifizierungsverfahren Brustzentren, online verfügbar unter: <[http://www.krebsgesellschaft.de/wub\\_zertifizierung\\_brustzentren\\_checkliste,120923.html](http://www.krebsgesellschaft.de/wub_zertifizierung_brustzentren_checkliste,120923.html)> [Stand: 08.01.2014].

**Eberlein-Gonska, Maria (2009):** Präsentation: 4.Nationaler Qualitätskongress Gesundheit: Das Peer Review Verfahren (Konzepte und theoretische Grundlagen), Universität Dresden, online verfügbar unter <[http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/media/media\\_files/2010/12/Peer\\_Review\\_Verfahren\\_Eberlein-Gonska\\_101126.pdf](http://www.initiative-qualitaetsmedizin.de/media/media_files/2010/12/Peer_Review_Verfahren_Eberlein-Gonska_101126.pdf)> [Stand: 08.01.2014].

**G-BA (2013a):** Presse: Pressemitteilungen: Qualitätsberichte der Krankenhäuser: Künftig jährliche Berichte von allen Standorten mit zusätzlichen Informationen, online verfügbar unter <<https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/490/>> [Stand: 29.11.2014].

**G-BA (2013b):** Struktur, Mitglieder, Patientenbeteiligung: Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt sich vor, online verfügbar unter: <<http://www.g-ba.de/institution/struktur/>> [Stand: 31.12.2013].

**G-BA (2013c):** Tragende Gründe zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Änderungen für den Qualitätsbericht 2012, online verfügbar unter: <[https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2339/2013-05-16\\_Qb-R\\_Neufassung\\_TrG.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/40-268-2339/2013-05-16_Qb-R_Neufassung_TrG.pdf)> [Stand: 17.01.2015].

**G-BA (2013d):** Richtlinie für Versorgung von Früh- und Neugeborenen: G-BA beschließt inhaltliche und strukturelle Überarbeitung, online verfügbar unter: <<https://www.g-ba.de/institution/presse/pressemitteilungen/495/>> [Stand: 10.06.2015].

**G-BA (2007):** BAnz. Nr. 202a (Beilage S. 60) vom 27.10.2007, online verfügbar unter: <[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-385/2007-02-21-Vb-Qb-Ausfuellhinweise\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-385/2007-02-21-Vb-Qb-Ausfuellhinweise_BAnz.pdf)> [Stand: 23.11.2014].

**G-BA (2009):** Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Lesehilfe zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, vom 17. September 2009, online verfügbar unter: <[https://www.g-ba.de/downloads/39-261-892/2009-09-17-Qualitaetsbericht-Lesehilfe\\_BAnz.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-892/2009-09-17-Qualitaetsbericht-Lesehilfe_BAnz.pdf)> [Stand: 04.07.2014].

**G-BA (2011):** Die gesetzlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser lesen und verstehen, Berlin, Juni 2011, online verfügbar unter: <[http://www.gzbiwo.de/uploaded/PDF/Lesehilfe-Qb\\_2011\\_06\\_07.pdf](http://www.gzbiwo.de/uploaded/PDF/Lesehilfe-Qb_2011_06_07.pdf)> [Stand: 19.06.2015]

**Häger, Dirk (2012):** Organisation der aktiven Beteiligung von Studierenden an Maßnahmen zum Qualitätsmanagement von Studium und Lehre an den medizinischen Fakultäten in Deutschland, Dissertation zur Erlangung des Dokortitels der Medizin, Medizinische Fakultät der Universität Hamburg, online verfügbar unter <<http://d-nb.info/1037822463/34>> [Stand: 31.12.2013].

**Initiative D21 e.V., (2013):** D21 -Digital-Index, Auf dem Weg in ein digitales Deutschland?!, online verfügbar unter: <<http://www.initiated21.de/wp-content/uploads/2013/04/digitalindex.pdf>> [Stand: 23.11.2014].

**Karl-Olga-Krankenhaus GmbH (2010):** Qualitätsbericht 2010, online verfügbar unter <[http://www.sana.de/uploads/media/KOK\\_QB10.pdf](http://www.sana.de/uploads/media/KOK_QB10.pdf)> [Stand: 22.05.2014]

**KCQ (2012):** Internes Qualitätsmanagement in der medizinischen. Versorgung. QM-Systeme, Elemente, Instrumente, Umsetzung und Nutzenfrage, 04 / 2012, online verfügbar unter: <<http://goo.gl/RLyy7w>> [Stand: 06.06.2015].

**KTQ (o.J.):** Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen, Verfahren, Verfahrensentwicklung, KTQ-Geschichte, online verfügbar unter <<http://www.ktq.de/index.php?id=33>> [Stand: 05.06.2015].

**OnkoZert (2015):** online verfügbar unter: <<http://www.onkozert.de/>> [Stand: 04.08.2015]

**Pippig, Melanie (2005):** Risikomanagement im Krankenhaus, Wismarer Diskussionspapiere der Hochschule Wismar, Fachbereich Wirtschaft (Heft 07/ 2005), online verfügbar unter <[http://www.wi.hs-wismar.de/~wdp/2005/0507\\_Pippig.pdf](http://www.wi.hs-wismar.de/~wdp/2005/0507_Pippig.pdf)> [Stand: 03.02.2014].

**Searle, Dr., Julia/ Slagmann, Anna/ Schröder, Sabine/ Möckel, Prof.Dr., Martin (2011):** Der informierte Patient ist der zufriedene Patient, Institut für Arbeitsmedizin der Charité Berlin, online verfügbar unter <[http://www.bag-zna.de/pdf/referate/symposium\\_8/SEARLE\\_Der\\_informierte\\_ist\\_der\\_zufriedene\\_Patient.pdf](http://www.bag-zna.de/pdf/referate/symposium_8/SEARLE_Der_informierte_ist_der_zufriedene_Patient.pdf)> [Stand: 07.02.14].

**Statista, 2015a:** Das Statistikportal, Gesamtzahl der vergebenen KTQ-Zertifikate im deutschen Gesundheitswesen 2010, online verfügbar unter: <<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/184155/umfrage/vergebene-ktq-zertifikate-im-gesundheitswesen-2010/>> [Stand: 21.06.2015]

**Statista, 2015b:** Das Statistikportal, Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland in den Jahren 2000 bis 2013, online verfügbar unter: <<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/2617/umfrage/anzahl-der-krankenhaeuser-in-deutschland-seit-2000/>> [Stand: 21.06.2015]

**Statistisches Bundesamt (2008):** Gesundheitswesen: Grunddaten der Krankenhäuser, Statistisches Bundesamt, online verfügbar unter: <[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611067004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611067004.pdf?__blob=publicationFile)> [Stand: 28.12.2013].

**Statistisches Bundesamt (2014):** Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser, online verfügbar unter: <[https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser2120611147004.pdf?__blob=publicationFile)> [Stand: 05.01.2016]

**TZB, Tumorzentrum Berlin e.V. (2013):** Dachverband der Berliner Tumorzentren, Organisation, online verfügbar unter: <<http://www.tzb.de/tumorzentren/index.html>> [Stand: 08.01.2014].

**WIESO-CERT GmbH (2013):** Zertifizierungsstelle für das Gesundheitswesen, Leistungen, Krankenhäuser, online verfügbar unter <<http://www.wieso-cert.de/din.php>> [Stand: 03.06.15]

**ZfDK, 2014:** Zentrum für Krebsregisterdaten, ZfDK, Archiv, Darmkrebs: Rückläufige Trends setzen sich fort, online verfügbar unter: <[http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/ZfKD/Aktuelles/darmkrebsmonat\\_2014.html](http://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/ZfKD/Aktuelles/darmkrebsmonat_2014.html)> [Stand: 21.06.2015]

## **Erklärung zum Eigenanteil**

Die Doktorarbeit wurde federführend von Herrn Professor Eichner betreut. Herr Dr. Blumenstock als Ansprechpartner war maßgeblich an der Konzeption der Studie beteiligt, er hat die Arbeit mitbetreut und das Manuskript durchgesehen. Die Krankenhausausgangsdaten von 2006 wurden von Dr. Gunnar Blumenstock zu Verfügung gestellt. Alle weiteren Schritte wie die Datenerhebung oder die Auswertung wurden selbstständig durchgeführt.

Die Daten aus den Qualitätsberichten sind online als PDF abrufbar. Auf der abgegebenen CD-ROM sind zusätzlich folgende Daten zu finden:

- eingeschlossene Qualitätsberichte für das Jahr 2006
- eingeschlossene Qualitätsberichte für das Jahr 2010
- JMP-Übersichtstabelle der erfassten Daten
- Auswertungstabellen (Excel)
- Das Deutsche Krankenhausverzeichnis von 2005 (2007 veröffentlicht)

## **Danksagung**

Die vorliegende Arbeit wäre ohne Unterstützung nicht möglich gewesen. Zuerst möchte ich Herrn Prof. Dr. Martin Eichner für die Möglichkeit danken, am Institut für Klinische Epidemiologie und angewandte Biometrie der Universität Tübingen zu promovieren. Mein großer Dank gilt auch Herrn Dr. Gunnar Blumenstock für die Bereitstellung des Themas der vorliegenden Dissertation, seine umfassende Unterstützung bei der Klärung von Problemen und seinem Engagement während der Ausarbeitung dieser Arbeit.

Ganz besonders möchte ich mich auch bei meiner Mutter und meinem Freund bedanken, die mir immer zur Seite standen und mich stets motivierten. Zuletzt möchte ich mich bei meiner ganzen Familie bedanken, die es mir durch ihre Unterstützung ermöglicht hat, Medizin zu studieren und damit auch die vorliegende Dissertation zu schreiben. Herzlichen Dank!

## Lebenslauf

### ■ Persönliche Daten

Name: Julia Bäßler                      Geburtsdatum: 01. Juli 1989  
Staatsangehörigkeit: deutsch                      Geburtsort: Filderstadt

### ■ Hochschulbildung

10/2009 - 10/2015: Universität Tübingen, Studiengang: Humanmedizin

### ■ Schulbildung

1995 - 1999: Grundschule Grünlandschule Freiberg-Geisingen

1999 - 2008: Gymnasium, Oscar-Paret-Schule Freiberg, Abschluss Abitur

### ■ Praktische Erfahrungen

Praktika: 03/2008: Fachklinik Oberstdorf, Schwerpunktlinik für Orthopädie

09/2009: Kinder- und Jugendarztpraxis Fr. Dr. Borst, Pleidelsheim

Pflegepraktika: 11/2008: 2 Monate KH Bietigheim (Gynäkologie und Innere Medizin)

2009: 1 Monat in Oberstdorf (Orthopädie und Innere Medizin)

Studentische Tätigkeit: 2011-2012: Schlaflabor in der Frauenklinik Tübingen

Famulaturen: 2012: Anästhesie am Krankenhaus Bietigheim-Bissingen

2013: Allgemeinarztpraxis Dr. Sylvie Carré in St.Gauburge-St.Colombe

2013: Intensivmedizin am Universitätskrankenhaus Besançon

2014: Gynäkologie und Geburtshilfe am Krankenhaus Bietigheim-Bissingen

Auslandssemester: WS 13/14 an der Université Franche-Comté in Frankreich, Besançon

Praktisches Jahr: 1. Terial: Chirurgie am Krankenhaus Bietigheim-Bissingen

2. Terial (Wahlfach): Gynäkologie und Geburtshilfe am Krankenhaus in Bietigheim-Bissingen

3. Terial: Innere am Katharinenhospital in Stuttgart (Onkologie, Kardiologie, Innere Notaufnahme)

### ■ Beruflicher Werdegang

seit 03/2016: Assistenzärztin in der Weiterbildung, Gynäkologie und Geburtshilfe am Krankenhaus Bietigheim-Bissingen

## Abbildungsnachweis

Abbildung 1: PDCA-Zyklus nach Shewart und Deming .....	5
Abbildung 2: Entwicklung des Qualitätsmanagements in deutschen Krankenhäusern .....	7
Abbildung 3: Qualitätsmanagement nach DIN EN ISO 9000ff. im Gesundheitswesen .....	13
Abbildung 4: KTG-Modell (eigene Darstellung nach Ertl-Wagner, 2012, S. 41) .....	14
Abbildung 5: EFQM-Modell (eigene Darstellung nach Ertl-Wagner, 2012, S. 45) .....	15
Abbildung 6: Flussdiagramm zur Untersuchungsstichprobe .....	21
Abbildung 7: Startseite des Albertinen-Krankenhauses in Hamburg .....	23
Abbildung 8: Website des Leopoldina-Krankenhauses .....	23
Abbildung 9: Screenshot der Website des Krankenhauses Ludwigsburg .....	24
Abbildung 10: Behandlungsergebnisse des Klinikums Krefeld.....	25
Abbildung 11: Auszug des Qualitätsberichtes 2010, Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München.....	28
Abbildung 12: Auszug vom QB 2010, Bürgerhospital Stuttgart .....	28
Abbildung 13: Auszug aus dem QB 2010 des allgemeinen Krankenhauses Celle .....	29
Abbildung 14: Verteilung der Trägerschaften nach QB 2010 .....	33
Abbildung 15: Verteilung der Bettenklassen nach KHV 2005.....	34
Abbildung 16: Verteilung der Trägerschaften je Bettenklasse nach KHV 2005 .....	34
Abbildung 17: Verteilung der Bettenklassen je Trägerschaft nach KHV 2005 .....	35
Abbildung 18: Verteilung der Bettenklassen auf die Akademischen Lehrkrankenhäuser .....	35
Abbildung 19: Entwicklung der Informationen über Qualitätsmanagement .....	36
Abbildung 20: Informationen über QM auf der Klinikhomepage 2010 .....	37
Abbildung 21: Informationen über Qualitätsmanagement 2010 .....	38
Abbildung 22: Qualitätsbericht auf der Webseite eingestellt (2006 und 2010) .....	38
Abbildung 23: Qualitätsbericht auf der Webseite in Abhängigkeit der Trägerschaft .....	39
Abbildung 24: Qualitätsbericht auf der Webseite in Abhängigkeit der Bettenklasse .....	39
Abbildung 25: Entwicklung der Angaben zu Behandlungsverfahren (2006 und 2010) .....	40
Abbildung 26: Behandlungsverfahren in Abhängigkeit der Trägerschaft.....	40
Abbildung 27: Behandlungsverfahren in Abhängigkeit der Bettenklasse .....	41
Abbildung 28: Entwicklung der Angaben zu Behandlungsergebnissen (2006 und 2010) .....	41
Abbildung 29: Behandlungsergebnisse in Abhängigkeit der Trägerschaft .....	42
Abbildung 30: Behandlungsergebnisse in Abhängigkeit der Bettenklasse .....	42
Abbildung 31: Formulierung von Qualitätszielen im Jahr 2006 und 2010.....	43
Abbildung 32: Qualitätsziele 2010 in Abhängigkeit der Bettenklasse .....	43
Abbildung 33: Qualitätsziele 2010 in Abhängigkeit der Trägerschaft .....	44
Abbildung 34: Methoden zur Messung der Zielerreichung im Qualitätsbericht .....	44

Abbildung 35: Formuliert Qualitätsziele 2010 - Patienten- und Mitarbeiterorientierung .....	45
Abbildung 36: Formuliert Qualitätsziele 2010 – Einweiserorient. und Risikomanagement ..	46
Abbildung 37: Formuliert Qualitätsziele 2010 - Hygiene und Wartezeiten.....	46
Abbildung 38: Entwicklung von Zertifizierungen und Zertifizierungsverfahren.....	47
Abbildung 39: KTQ 2010 differenziert.....	48
Abbildung 40: EFQM 2010 differenziert.....	48
Abbildung 41: Entwicklung der Anzahl von Krankenhäusern als Zentren.....	49
Abbildung 42: Brustzentrum in Abhängigkeit der Trägerschaft .....	50
Abbildung 43: Brustzentrum in Abhängigkeit der Bettenklasse .....	50
Abbildung 44: Tumorzentrum in Abhängigkeit der Trägerschaft .....	51
Abbildung 45: Tumorzentrum in Abhängigkeit von der Bettenklasse .....	51
Abbildung 46: Perinatalzentrum in Abhängigkeit der Trägerschaft.....	52
Abbildung 47: Perinatalzentrum in Abhängigkeit der Bettenklasse .....	52
Abbildung 48: Darmzentrum in Abhängigkeit der Trägerschaft.....	53
Abbildung 49: Darmzentrum in Abhängigkeit der Bettenklasse.....	53
Abbildung 50: Verteilung der Trägerschaften 2010 nach KHV 2005 .....	56
Abbildung 51: Verteilung der Trägerschaften 2010.....	56
Abbildung 52: Entwurf für Teil D des strukturierten Qualitätsberichtes, D-1 und D-2 .....	62
Abbildung 53: Entwurf für Teil D des strukturierten Qualitätsberichtes, D-3 und D-4 .....	63
Abbildung 54: Entwurf für Teil D des strukturierten Qualitätsberichtes, D-5 und D-6 .....	64

## Tabellennachweis

Tabelle 1: Bruttostichprobe Krankenhauserhebung des Krankenhaus Barometers 2006.....	20
Tabelle 2: Stichprobe der Datenerhebung .....	20
Tabelle 3: Analyse Kriterien zur Internetpräsenz deutscher allg. Krankenhäuser 2010 .....	22
Tabelle 4: Analyse Kriterien zum strukturierten Qualitätsbericht - Teil A .....	26
Tabelle 5: Analyse Kriterien zum strukturierten Qualitätsbericht Teil D .....	27
Tabelle 6: Analyse zu Zertifizierungsverfahren, Zertifizierungen und Zentren.....	32

## **Anhang**

An dieser Stelle sind ergänzende Informationen zur Dissertation dargestellt.

Die Rohdaten, Datenauswertung und Qualitätsberichte wurden auf einer CD-ROM gespeichert und zusammen mit der Dissertation eingereicht.

### **A.1 Gewichtungsfaktoren**

Da es sich bei der Datenerhebung teilweise um eine Stichprobe handelt, wurden die Daten gewichtet und rechnerisch an die Grundgesamtheit entsprechend den Angaben des Deutschen Krankenhausverzeichnisses 2005 angepasst. Nach Erhebung der Grunddaten wurde je Schicht (Bettzahl und Träger) der Faktor ermittelt, mit welchem man die Stichproben auf die tatsächliche Anzahl gewichten musste.

Beispiel: In Deutschland gab es zum Zeitpunkt der Erfassung 84 Kliniken mit <100 Betten und öffentlichem Träger. Davon wurden 20 Kliniken in der Zufallsstichprobe erfasst und somit mit dem Faktor 4,20 multipliziert.

Unter Anwendung der jeweiligen Faktoren stehen die Stichproben zusammen mit den Vollerhebungen der neuen Bundesländer (siehe Tabelle 1, Seite 20) mit einer Anzahl von 261 Kliniken repräsentativ für die Gesamtheit aller deutschen allgemeinen Krankenhäuser mit rund 1815 Kliniken.

Übersichtstabelle der Gewichtungsfaktoren je Bettenzahl und Träger

Bettenzahl	Träger	Gewichtungs- faktor	Kliniken in der Stichprobe	Kliniken insgesamt
<100 Betten	öffentlich	4,20	20	84
	freigemeinnützig	3,15	33	104
	privat	4,57	47	215
	neue Bundesländer	1*	31	31
100-300 Betten	öffentlich	7,87	30	236
	freigemeinnützig	5,41	59	319
	privat	8,18	11	90
	neue Bundesländer	1*	124	124
300-599 Betten	öffentlich	3,71	38	141
	freigemeinnützig	3,35	55	184
	privat	3,57	7	25
	neue Bundesländer	1*	74	74
≥ 600 Betten alte und neue BL	öffentlich	1*	114	114
	freigemeinnützig	1*	28	28
	privat	1*	11	11
	Westberlin	öff./frei./privat	1*	35
insgesamt				1815

\* Vollerhebung

## A.2 Infoblatt „Endoprothetik“ des Klinikums Ludwigsburg

[http://www.klinikum-ludwigsburg.de/fileadmin/rk-verbund/einrichtungen/kliniken-gesellschaften/kliniken\\_ludwigsburg-bietigheim\\_ggmbh/klinikum\\_ludwigsburg/kliniken\\_und\\_institute/klinik\\_unfallchirurgie\\_orthopaedie/leistungsspektrum/infoblattEndoprothetikHuefte.pdf](http://www.klinikum-ludwigsburg.de/fileadmin/rk-verbund/einrichtungen/kliniken-gesellschaften/kliniken_ludwigsburg-bietigheim_ggmbh/klinikum_ludwigsburg/kliniken_und_institute/klinik_unfallchirurgie_orthopaedie/leistungsspektrum/infoblattEndoprothetikHuefte.pdf)

Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs-  
chirurgie und Orthopädie



**Klinikum Ludwigsburg**

Im Verbund der Regionalen  
Kliniken Holding RKH

### Endoprothetik des Hüftgelenkes

#### Coxarthrose = Arthrose des Hüftgelenkes

Die Gelenke unseres Körpers unterliegen im Laufe unseres Lebens einem natürlichen Verschleißprozess, wobei das Hüftgelenk besonders häufig betroffen ist.

Hierbei kommt es zu einer allmählichen Abnutzung der puffernden Knorpelflächen des Hüftgelenkes mit daraus resultierenden Umbauvorgängen in den knochenbildenden Abschnitten des Gelenkes (Hüftpfanne, Hüftkopf, Oberschenkelhals), was letztlich zu zunehmenden **Schmerzen** und **Einschränkung der Beweglichkeit** im Hüftgelenk führt.



Diese Schmerzen werden häufig in der Leiste verspürt mit Ausstrahlung in den Oberschenkel und ins Knie. Typischerweise wird das Treppensteigen immer beschwerlicher, in fortgeschrittenen Fällen kommt es neben den Belastungsschmerzen auch zu Ruheschmerzen, z. B. in der Nacht.

Neben dem natürlichen Alterungsprozess kann es aber auch durch andere Faktoren zu einem Hüftgelenkverschleiß kommen:

- Angeborene Hüftpfannenfehlbildung (sog. Hüftdysplasie)
- Entzündliche Veränderungen, z. B. Rheumatische Erkrankungen

- Durchblutungsstörungen des Hüftkopfes (sog. Hüftkopfnekrose)
- Unfälle und deren Folgen (z. B. Hüftgelenkspfannenbrüche)
- Oberschenkelhalsbrüche

Nachdem die konservativen, nichtoperativen Therapie-Möglichkeiten ausgeschöpft sind, steht als wirksame, effektive und bewährte operative Behandlungsmethode der Ersatz des natürlichen Hüftgelenkes durch ein künstliches Hüftgelenk, einer sog. Endoprothese, zur Verfügung.

Allein in Deutschland wurden im Jahre 2007 über 180.000 Hüftgelenksprothesen implantiert.

Wann der **geeignete Zeitpunkt für eine Hüftgelenksprothese** gekommen ist, wird Ihr Arzt gemeinsam mit Ihnen nach entsprechender Untersuchung und Röntgen-Bildgebung festlegen.

In einem ausführlichen Beratungs- und Aufklärungsgespräch werden mit Ihnen die erhobenen Befunde und die Behandlungsmöglichkeiten besprochen, wobei hier insbesondere auch Ihre eigenen Vorstellungen und Ansprüche Berücksichtigung finden.

Hier werden auch Ihre persönlichen Risikofaktoren durch eventuelle Vorerkrankungen (z. B. Herz-/Kreislaufkrankheiten) angesprochen und Ihnen die allgemeinen und operationstypischen Risiken erklärt.

Wenn die Entscheidung zur Operation gefallen ist, kann die Operationsplanung erfolgen:

- Planung des stationären Aufnahme- und Operations-Termins
- Auswahl der geeigneten Hüftgelenksprothese
- Endgültiges Aufklärungsgespräch bezüglich der Operation und deren Risiken
- ggf. weitere vorbereitende Untersuchungen
- Prüfung der Möglichkeit und Notwendigkeit einer Eigenblutspende
- ggf. Vorstellung beim Narkosearzt



In unserer Klinik können wir alle erforderlichen Kriterien erfüllen, die für eine **erfolgreiche Operation einer primären Hüftgelenksprothese oder eines Hüftprothesenwechsels** notwendig sind:

- bewährte und gut untersuchte Hüftprothesen-Implantate
- erfahrene Operateure
- erfahrenes OP- und Anästhesie-Team
- erfahrenes Rehabilitationsteam (Krankengymnastik, etc.)
- gute Klinik-Infrastruktur (z. B. kompetente Intensivstation, Eigenblutspende)

Welcher **Hüftprothesentyp** und welche **Verankerungsart** der Prothese im Knochen im Einzelfall erforderlich ist, hängt von Ursache der Krankheit, Knochenqualität, Begleiterkrankungen, Risikofaktoren und allgemeinen Lebensumständen ab.

Es kommen hierbei gut **körperverträgliche Materialien** zum Einsatz wie Titan, Keramik, Implantatstahl, spezialgehartetes Polyäthylen und verschiedene, teilweise antibiotikahaltige Knochenzemente.

Dementsprechend schließt sich für jeden Patienten eine spezielle **computergestützte Operationsplanung** an, damit ein möglichst optimales Operationsergebnis erzielt werden kann.



Beispiel für eine computergestützte Operationsplanung einer zementfreien Hüftgelenksprothese

Grundprinzip aller von uns verwendeten Hüftprothesen ist:

- stabile Implantation einer **Hüftpfannenkomponente mit verschiedenen Pfanneneinsätzen** in die alte natürliche Hüftpfanne des Beckens
- Implantation eines speziellen, geeigneten **Hüftschafes** in den Oberschenkel
- Ersatz des alten Hüftkopfes durch einen speziellen **Kugelkopf**, dessen Halslänge individuell angepasst werden kann, um eine korrekte Beinlänge wiederherzustellen und das Verrenkungsrisiko weitgehend auszuschließen

Hierbei kommen verschiedene, auf die jeweilige persönliche Situation abgestimmte Verankerungstechniken zur Anwendung:



Beispiel für eine komplett zementfreie Hüftgelenksprothese:

- Hüftpfanne (Typ Allofit) in sog. „Pressfit-Technik“ aus Titan
- Hüftschaft (Typ CLS Spotorno) in sog. „Pressfit-Technik“ aus Titan
- Kugelkopf aus Keramik



Beispiel für eine komplett zementierte Hüftgelenksprothese:

- Hüftpfanne (gehartetes Polyäthylen), zementiert
- Hüftschaft (Typ Müller Geradschaft), zementiert
- Kugelkopf aus Metall

Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs-  
chirurgie und Orthopädie



Klinikum Ludwigsburg

Im Verbund der Regionalen  
Kliniken Holding RKH

Auch Kombinationen beider Techniken (sog. Hybrid-Technik) kommen regelmäßig zur Anwendung.

### Organisatorisches

#### 1. Ambulante Vorstellung und Untersuchung

Zur ersten **Vorstellung in unserer Klinik** benötigen Sie einen **Überweisungsschein eines Facharztes** (Chirurg, Unfallchirurg oder Orthopäde).

Sie haben dann die Möglichkeit einer telefonischen Terminvereinbarung in unserer unfallchirurgischen Ambulanz (**Tel. 07141-99-66350**).

Dort erhalten Sie einen Termin in der speziell eingerichteten **Prothesensprechstunde**.

#### Sprechzeiten der Prothesensprechstunde:

Mittwochs: 12.30 – 14.30 Uhr

(Ermächtigter Arzt: **Dr. med. K. Zimmermann**, Leitender Oberarzt der Klinik)

Wenn möglich bringen Sie bitte bereits vorliegende Befunde und Röntgenbilder zu diesem Vorstellungstermin mit.

Hilfreich ist auch eine kurze Zusammenstellung Ihrer Vorerkrankungen und eine aktuelle Liste Ihrer eingenommenen Medikamente (gemäß des Patientenfragebogens); diesen Fragebogen können Sie, wenn Sie möchten, bereits zuhause in Ruhe ausfüllen und dann zum vereinbarten Termin mitbringen.

Damit lassen sich viele Fragen bereits vorab klären.

Am vereinbarten Ambulanz-Termin werden dann noch die erforderlichen Untersuchungen vervollständigt, die Operation geplant und die Operationsaufklärung durchgeführt. Wenn möglich kann auch bereits ein für Sie passender Operationstermin festgelegt werden.

Wir werden sowohl Ihrem zuweisenden Facharzt als auch Ihrem Hausarzt in einem Arztbrief die Befunde und das geplante weitere Vorgehen mitteilen.

#### 2. Stationäre Aufnahme und Verlauf

In der Regel werden Sie am Tage vor dem geplanten Operationstermin stationär aufgenommen. Hierfür benötigen Sie ein „**stationäres Einweisungsformular**“, z. B. von Ihrem Hausarzt. Mit diesem und Ihrem von uns erhaltenen Merkblatt können Sie sich dann direkt in der **zentralen Patientenaufnahme** anmelden, wo alle Formalitäten für Sie erledigt werden.

Am **Aufnahmetag** werden dann von Ihrer Station aus die noch erforderlichen praeoperativen Untersuchungen durchgeführt (z. B. Blutentnahme, EKG, Röntgen), der Narkosearzt wird mit Ihnen das Narkosevorbereitungsgespräch führen und es werden alle erforderlichen Operationsvorbereitungen getroffen.

Der **Stationsarzt und der Operateur** werden ebenfalls nochmals mit Ihnen sprechen, so dass alle Ihre noch offenen Fragen geklärt werden können.

**Am OP-Tag** selbst werden Sie gut vorbereitet in den OP-Bereich gebracht, wo Sie vor, während und nach der Operation von fachkundigen Ärzten und Pflegern betreut werden.

**Nach der Operation** wird nach der Überwachungsphase im sog. Aufwachraum entschieden, ob die weitere postoperative Betreuung auf Normalstation, Überwachungsstation oder Intensivstation stattfinden soll, um die bestmögliche Sicherheit für Sie zu gewährleisten.

Am Abend **nach der Operation** wird sich der Operateur persönlich nochmals nach Ihrem Befinden erkundigen und in den nächsten Tagen mit Ihnen das erreichte Operationsergebnis besprechen.

**Während des stationären Aufenthaltes** in unserer Klinik werden regelmäßige Nachuntersuchungen und tägliche Visiten erfolgen, damit ein zeitgerechtes Fortschreiten der Heilung dokumentiert und eventuelle Komplikationen frühzeitig erkannt werden können.

Parallel dazu wird ein intensives **physiotherapeutisches Behandlungsprogramm** durchgeführt und Sie werden Hinweise zur Lebensführung mit der neuen Hüftgelenks-

prothese erhalten.

Gegebenenfalls wird auch der sozialmedizinische Dienst mit Ihnen Kontakt aufnehmen (z. B. wegen Rehabilitation und Hilfsmitteln).

In der Regel schließt sich nach zwei bis drei Wochen ein Aufenthalt in einer **Rehabilitationseinrichtung** an.