



# LANDES-QUALITÄTS-BERICHT

GESUNDHEIT BADEN-WÜRTTEMBERG

Spezialheft Stationäre Krankenhausversorgung



Gesundheitsforum  
Baden-Württemberg



Baden-Württemberg  
MINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES

#### Verteilerhinweis:

Diese Informationsschrift wird von der Landesregierung in Baden-Württemberg im Rahmen ihrer verfassungsmäßigen Verpflichtung zur Unterrichtung der Öffentlichkeit herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von deren Kandidatinnen und Kandidaten oder Helferinnen und Helfern während eines Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für alle Wahlen.

**Missbräuchlich** ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel.

**Untersagt** ist auch die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die vorliegende Druckschrift nicht so verwendet werden, dass dies als Parteinarbeitung des Herausgebers zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Diese Beschränkungen gelten unabhängig vom Vertriebsweg, also unabhängig davon, auf welchem Wege und in welcher Anzahl diese Informationsschrift dem Empfänger zugegangen ist.

**Erlaubt** ist es jedoch den Parteien, diese Informationsschrift zur Unterrichtung ihrer Mitglieder zu verwenden.

#### Herausgeber:

Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg  
Schellingstraße 15  
70174 Stuttgart  
Telefon 07 11/123-0  
Telefax 07 11/123-39 99  
poststelle@sm.bwl.de  
www.sozialministerium-bw.de

#### Internetverfügbarkeit:

Diese und auch weitere bisher erschienene Broschüren zum Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit Baden-Württemberg können auch über das Internet unter [www.gesundheitsforum-bw.de](http://www.gesundheitsforum-bw.de) (Qualitätsberichte/Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit) bezogen werden.

#### Autoren:

Dr. Frank Jagdfeld, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft, Stuttgart  
Roland Streuf, M. Sc., Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Universität Tübingen  
Dr. Karl Ritter, Ministerium für Arbeit und Soziales, Stuttgart

#### Redaktion:

Dr. Klaus Bayer, Ministerium für Arbeit und Soziales, Stuttgart

#### Fotos:

Archiv, Bilderbox, MEV

#### Gestaltung:

Kreativ plus Gesellschaft für Werbung und  
Kommunikation mbH, Stuttgart  
[www.kreativplus.com](http://www.kreativplus.com)

Dezember 2006

<b>VORWORT</b>	Seite 4
<b>1. EINLEITUNG</b>	Seite 5
<b>2. DIE KRANKENHAUSLANDSCHAFT IN BADEN-WÜRTTEMBERG IN ZAHLEN</b>	Seite 6
<b>3. STRUKTURQUALITÄT</b>	Seite 7
3.1 Trägerpluralität	Seite 7
3.2 Bettendichte	Seite 8
3.3 Konzentration und Notfallversorgung	Seite 9
3.4 Personalqualifikation	Seite 10
3.5 Spezialisierung und Fachplanungen	Seite 12
3.6 Krankenhausbauförderung des Landes	Seite 13
<b>4. PROZESSQUALITÄT</b>	Seite 14
4.1 Externe vergleichende Qualitätssicherung	Seite 14
4.2 Qualitätsmanagement	Seite 17
4.3 Mindestmengen	Seite 19
4.4 Qualitätsbericht	Seite 19
4.5 Zertifikate für Krankenhäuser	Seite 20
4.6 Schmerzmanagement	Seite 21
4.7 Palliativmedizin	Seite 21
4.8 Spezielle Behandlungsprogramme	Seite 22
4.9 Stärkere Vernetzung mit dem ambulanten Sektor	Seite 23
4.10 Überleitung in die Rehabilitation	Seite 24
<b>5. ERGEBNISQUALITÄT</b>	Seite 26
5.1 Komplikationsraten am Beispiel Hüftendoprothesen und Karotis-Rekonstruktionen	Seite 26
5.2 Weitere ausgesuchte Indikatoren für die Ergebnisqualität	Seite 28
<b>6. FAZIT</b>	Seite 30
<b>7. AUSWAHL DES GEEIGNETEN KRANKENHAUSES</b>	Seite 31

# VORWORT



*Dr. Monika Stolz Mdl  
Ministerin für Arbeit und Soziales  
des Landes Baden-Württemberg und  
Vorsitzende des Gesundheitsforums*

*Die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen gehört zu den elementarsten Säulen der Daseinsversorgung. Das Land leistet hierzu seinen Beitrag im Rahmen der Krankenhausplanung und -finanzierung, was vor dem Hintergrund des hohen Kostendrucks im Gesundheitswesen von besonderer Bedeutung ist. Die Krankenhäuser müssen sich dieser Herausforderung stellen. Hierfür liegen entscheidende Weichenstellungen in der Vernetzung, Konzentration und Schwerpunktbildung. Bei dem damit verbundenen Strukturwandel gilt es insbesondere, die Behandlungsqualität auf hohem Niveau zu halten und – wo erforderlich – zu steigern. Wirtschaftlichkeit und Qualitätssicherung sind keine Gegensätze, sondern zwei Seiten einer Medaille.*

*Die Arbeitsgruppe „Qualitätssicherung“ des Gesundheitsforums Baden-Württemberg, einem Netzwerk der wichtigsten Akteure des Gesundheitswesens im Lande, hat aufgrund der großen Bedeutung dieses Versorgungsbereichs im Rahmen des Landes-Qualitäts-Berichts Gesundheit das Spezialheft „Stationäre Krankenhausversorgung“ konzipiert. Ziel ist hierbei, die Qualität transparent zu machen und den Bürgerinnen und Bürgern Hinweise zur Auswahl des geeigneten Krankenhauses zu geben.*

*Für diese Initiative danke ich der Arbeitsgruppe unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Hans-Konrad Selbmann, Geschäftsführender Direktor des Instituts für medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen, sehr herzlich. Mein besonderer Dank gilt den Autoren des Spezialheftes, Herrn Dr. Frank Jagdfeld von der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft sowie Herrn Roland Streuf, M. sc., vom Institut für medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen.*

*Ich wünsche den interessierten Leserinnen und Lesern, dass für sie mit Hilfe dieses Spezialheftes deutlich wird, worauf es bei guter Qualität im Bereich der stationären Krankenhausversorgung ankommt.*

*Monika Stolz*

Ziel dieses Spezialheftes ist es, die Qualität, Bedeutung und Struktur des Krankenhauswesens in Baden-Württemberg darzustellen.

**Die Qualität der Krankenhausversorgung gliedert sich in drei Aspekte:**

1. Die Strukturqualität umfasst in allgemeiner Form das Leistungsangebot der Krankenhäuser und die Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung.
2. Die Prozessqualität beinhaltet Maßnahmen, Organisationen, Verfahren und Prozesse, mit denen die Krankenhäuser eine patientenorientierte und hochwertige medizinische und pflegerische Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten sicherstellen und verbessern.
3. Die Ergebnisqualität beschreibt und bewertet die Qualität der Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse.

Wichtige Qualitätsmerkmale sind als Fragen formuliert und werden anschließend beantwortet. Damit sollen für den Leser die wesentlichen Gesichtspunkte guter Qualität im Krankenhaus hervorgehoben werden.

Der abschließende Fragenkatalog listet für Patienten und Angehörige Hinweise auf, die die Auswahl eines geeigneten Krankenhauses erleichtern sollen.

Grundsätzliche Ausführungen zum Thema Qualität im Gesundheitswesen, zum Zweck und Aufbau des „Landes-Qualitäts-Berichts Gesundheit Baden-Württemberg“ sowie die Erläuterung wichtiger Begriffe können dem gesonderten Basisheft entnommen werden (es kann unter [www.gesundheitsforum-bw.de/Qualitätsberichte/Landes-Qualitäts-Bericht Gesundheit/Basisheft](http://www.gesundheitsforum-bw.de/Qualitätsberichte/Landes-Qualitäts-Bericht-Gesundheit/Basisheft) herunter geladen werden).



## 2 DIE KRANKENHAUSLANDSCHAFT IN BADEN-WÜRTTEMBERG

*Wie hat sich die Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg in einem 10-Jahreszeitraum entwickelt?*

Die Bedeutung der Krankenhäuser als elementare Einrichtungen der Daseinsfürsorge, aber auch als wichtige Arbeitgeber und als Wirtschaftsfaktor, soll anhand einiger ausgewählter Daten in Tabelle 1 verdeutlicht werden. Durch die Gegenüberstellung der Situation im Jahr 1995 mit der Situation im Jahr 2005 wird zugleich die Entwicklung im Krankensektor sichtbar.

	1995	2005
Zahl der Krankenhäuser	320	305
Zahl der Krankenhausbetten	67.904	61.371
Zahl der Behandlungsfälle	1.708.628	1.927.778
Auslastung der Krankenhausbetten (%)	82,4	73,8
Durchschnittliche Verweildauer (Tage)	11,9	8,6
Ärztliches Personal	12.646	16.556
Nicht-ärztliches Personal	119.828	116.337
davon Krankenpflegepersonal	52.293	50.244
Umsatz der Krankenhäuser (Schätzung)		6,9 Mrd. Euro

Tab. 1:  
Ausgesuchte Zahlen zum  
Krankenhauswesen in Baden-  
Württemberg.  
Vergleich Stand 1995 mit  
Stand 2005.  
Quelle: Statistisches Landesamt  
Baden-Württemberg

### 3.1 TRÄGERPLURALITÄT

Das Krankenhauswesen ist ein wichtiger Wirtschaftsfaktor. Die Krankenhäuser stellen sich dem unternehmerischen Wettbewerb, der zur Erhöhung der Qualität und Wirtschaftlichkeit beiträgt. Die Vielfalt der Krankenhausträger, siehe Abbildung 1, sichert diesen Wettbewerb und damit zugleich die Qualität.

*Ist die Pluralität der Krankenhausträger in Baden-Württemberg ein Qualitätsmerkmal?*

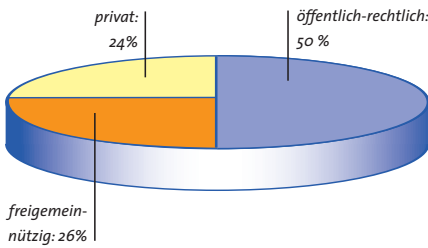


Abb. 1:  
Krankenhausträger in Baden-Württemberg, 2004  
Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

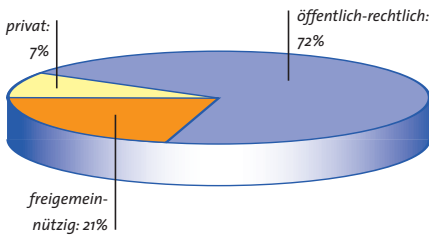


Abb. 2:  
Krankenhausbetten nach Trägern in Baden-Württemberg, 2004  
Quelle: Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

Die Aufteilung auf die verschiedenen Trägerschaften ist in den Bundesländern historisch bedingt. Dabei haben die privaten Krankenhausträger in den letzten Jahren ihren Anteil vergrößern können. Auch immer mehr Landkreise und Städte führen ihre Krankenhäuser in Rechtsformen des Privatrechts, vorwiegend als GmbH. Von einer Straffung der Unternehmensstrukturen und von der Übernahme von Führungs- und Organisationsstrukturen aus der freien Wirtschaft erwarten diese Krankenhausträger eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Leistungsqualität und eine Stärkung ihrer Position im immer deutlicher werdenden Wettbewerb.

### 3.2 BETTENDICHTE

*Wo steht Baden-Württemberg bei der Krankenhausbettendichte im Vergleich mit anderen Bundesländern?*

Ein Vergleich der Bettendichte (vollstationäre Betten je 10.000 Einwohner) mit den einzelnen Bundesländern anhand der nachstehenden Abbildung 3 zeigt, dass Baden-Württemberg hier deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (64,3) liegt.

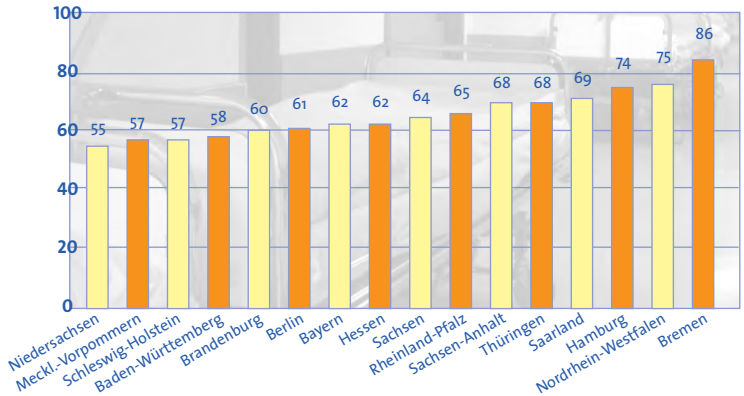


Abb. 3:

Vergleich der Anzahl der Krankenhausbetten pro 10.000 Einwohner in den Bundesländern 2005

Quelle: Statistisches Bundesamt

In den vergangenen 10 Jahren wurden rund 6000 Betten abgebaut.

*Welches sind die Ursachen des Bettenabbaus und wie ist diese Entwicklung im Hinblick auf die Qualität der stationären Krankenhausversorgung zu bewerten?*

Seit vielen Jahren befindet sich unsere Krankenhauslandschaft insbesondere aufgrund des zunehmenden wirtschaftlichen Drucks im Umbruch. Wichtige Gründe hierfür sind:

- die nur geringfügig steigenden Einnahmen der Krankenkassen bei gleichzeitig steigenden Ausgaben, bedingt durch den stetigen medizinisch-technischen Fortschritt und den demographischen Wandel (mehr ältere Patientinnen und Patienten),
- die Einführung einer neuen Vergütungsform durch Fallpauschalen, bei der nicht mehr die Tage, die der Patient oder die Patientin im Krankenhaus verbringt, als Basis der Vergütung dienen, sondern der Fall an sich, der mit einer bestimmten Pauschale vergütet wird,



- die Verbesserung in der ergänzenden sozialen Infrastruktur (Pflegeheime, Sozialstationen, ambulante Dienste, geriatrische Rehabilitationseinrichtungen),
- die Verlagerung bisher stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich (z.B. ambulantes Operieren innerhalb und außerhalb des Krankenhauses).



Diese Entwicklungen haben zu einer sehr deutlichen Verminderung der Verweildauer der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus geführt. Damit wurden zahlreiche Krankenhausbetten entbehrlich, und dies bei einem Anstieg der Krankenhausaufnahmen um rund ein Viertel in den letzten 15 Jahren. Die Verweildauer nahm überproportional um ca. ein Drittel ab.

### 3.3 KONZENTRATION UND NOTFALLVERSORGUNG

Der wirtschaftliche Druck, dem die Krankenhäuser ausgesetzt sind, führt dazu, dass sie in zunehmendem Maße kooperieren und Netzwerke bilden. Bei zugleich sinkender Durchschnittsverweildauer und dem damit verbundenen Bettenrückgang, ist der Wegfall einzelner Krankenhausstandorte nicht zu vermeiden. Für die Patienten und ihre Angehörigen führt dies im Einzelfall zu längeren Wegen. Dennoch braucht niemand zu befürchten, in dringenden Notfällen nicht rechtzeitig Hilfe zu erhalten. Laut Rettungsdienstgesetz und Rettungsdienstplan Baden-Württemberg müssen Rettungsdienst und Notarzt im Notfall innerhalb von 15 Minuten zur Stelle sein und den Patienten vor Ort versorgen, so dass anschließend ein Transport ins nächst gelegene und geeignete Krankenhaus stattfinden kann.

*Ist auch bei weniger Krankenhäusern die Notfallversorgung sichergestellt?*



*Wie ist es um die  
Qualifikation des  
ärztlichen und nichtärztli-  
chen Personals bestellt?*



### 3.4 PERSONALQUALIFIKATION

Um eine hohe Versorgungsqualität erreichen zu können, ist qualifiziertes Personal unabdingbar. Der größte Anteil des Personals für die stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten kommt aus den Berufsgruppen der Pflege und der Ärzteschaft. Selbstverständlich sind an dem Behandlungserfolg noch andere Berufsgruppen beteiligt, die nicht unerwähnt bleiben dürfen. Hierzu zählen z. B. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Diätassistenten, Hebammen und Logopäden sowie technische Assistenzen (z.B. Labor, Radiologie oder Funktionsdiagnostik).

Der Anteil der examinieren Kranken- und Kinderkrankenpflegekräfte in Baden-Württemberg beträgt 83% am Pflegepersonal insgesamt. Hiervon verfügen 11% über eine Fachweiterbildung, wie z.B. für die Bereiche OP-Dienst, Intensivpflege, Anästhesie, Onkologie oder Psychiatrie.

Die restlichen 17% des Pflegepersonals an den Krankenhäusern setzen sich zu 10% u. a. aus examinieren Altenpflegern oder Arzthelfern, Hebammen und Krankenpflegeschülern und zu 7% aus Krankenpflegehelfern zusammen.

Wie Abbildung 4 zeigt, blieb die Anzahl der in den Krankenhäusern in Baden-Württemberg tätigen Ärztinnen und Ärzte im Zeitraum von 2000 bis 2005 stabil. Jedoch stieg im gleichen Zeitraum der Anteil der Fachärztinnen und Fachärzte von 39% (2000) auf 54% (2005) deutlich an. Fachärzte sind Ärzte mit speziellen Qualifikationen in einem bestimmten Fachgebiet (z. B. Innere Medizin, Chirurgie u. a.). Der medizinische Fortschritt erfordert diese stärkeren Spezialisierungen, um eine adäquate Behandlung sicherstellen zu können. Diesem Umstand wird durch die Ausweitung des Facharztanteils Rechnung getragen. Dadurch kann auch von einer Steigerung der Behandlungsqualität ausgegangen werden.

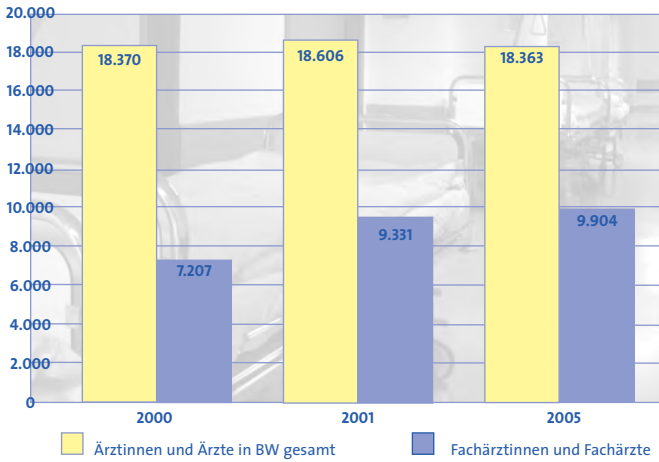


Abb. 4:  
Veränderung der Anzahl der stationär tätigen Fachärztinnen und Fachärzte in Baden- Württemberg im Zeitraum 2000 bis 2005  
Quelle: Landesärztekammer Baden-Württemberg

Regional bestehen keine deutlichen Unterschiede zum Qualitätsmerkmal „Facharztanteil“. Der Anteil der Fachärztinnen und Fachärzte schwankt in den Regionen zwischen 51% und 56%, siehe Abbildung 5.

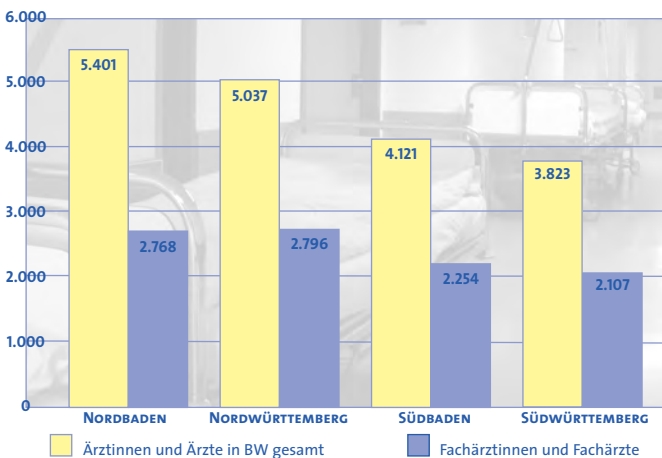


Abb. 5:  
Verteilung der stationär tätigen Fachärztinnen und Fachärzte in Baden-Württemberg, Stand 07/2006  
Quelle: Landesärztekammer Baden-Württemberg

*Welche Qualitätsanforderungen sind an Spezialbehandlungen zu stellen?*



### 3.5 SPEZIALISIERUNG UND FACHPLANUNGEN

Viele Krankenhäuser verfügen über ein auf häufige Leistungen beschränktes Behandlungsspektrum, während selten in Anspruch genommene Leistungen von spezialisierten Krankenhäusern erbracht werden. Diese Schwerpunktsetzung ist unter dem Gesichtspunkt der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit sinnvoll. Zur Förderung der Versorgung mit spezialisierten Behandlungsleistungen in hoher Qualität hat das Ministerium für Arbeit und Soziales folgende Fachplanungen vorgenommen:

- Versorgung von Patienten mit schwersten Schädel-Hirnverletzungen
- Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte
- Versorgung von Früh- und Neugeborenen
- Versorgung chronisch Schmerzkranker
- Geriatriekonzept
- Schlaganfallversorgung
- Versorgung von Schwerbrandverletzten
- Versorgung von Erwachsenen mit Mukoviszidose
- Psychotherapeutische Medizin
- Weaning  
(Entwöhnung von der intensivmedizinischen Beatmung)

Die Fachplanungen des Ministeriums für Arbeit und Soziales beinhalten die Beschreibung der Versorgungsaufgabe und ggfs. auch die Festlegung von Qualitätsstandards (z. B. Mindestanforderungen an Krankenhausstruktur, apparative und personelle Ausstattung sowie Zielvorgaben zur Prozessqualität) für die entsprechenden Spezialgebiete.

### 3.6 KRANKENHAUSBAUFÖRDERUNG DES LANDES

Das Krankenhausfinanzierungsgesetz verpflichtet die Bundesländer, eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung sicherzustellen. Zur Verwirklichung dieses Ziels übernimmt das Land Baden-Württemberg die Finanzierung eines Teils der Investitionskosten.

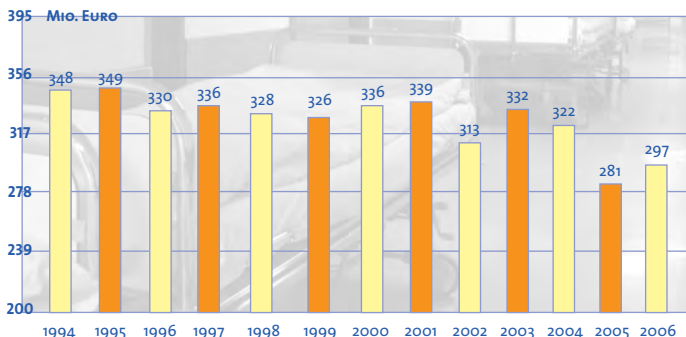
Das Land Baden-Württemberg fördert nur noch Investitionen der Krankenhäuser, die nachweislich die Wirtschaftlichkeit und die Leistungsqualität des einzelnen Krankenhauses erhöhen. Die Krankenhausträger sehen aufgrund der erhöhten Anforderungen an ihre Wirtschaftlichkeit und Leistungsqualität die Notwendigkeit, vermehrt zu investieren, um die Voraussetzung für eine Senkung der Betriebskosten zu schaffen. Ziel der Förderung des Landes ist es auch, für alle Krankenhäuser gleiche Wettbewerbschancen herzustellen.

Aus Abbildung 6 wird ersichtlich, dass den Krankenhausträgern in den vergangenen 12 Jahren jeweils ein dreistelliger Millionenbetrag aus Steuermitteln für die Finanzierung von Investitionen zur Verfügung stand. Dabei musste das Land angesichts der rückläufigen Einnahmen auch Einsparungen in diesem Bereich vornehmen.

*Warum stellt das Land den Krankenhausträgern Fördermittel für den Bau von Krankenhäusern zur Verfügung?*



**Gesamtmittel Krankenhausfinanzierung**



*Abb. 6:  
Gesamtmittel der Krankenhausfinanzierung in Baden Württemberg, 1994 bis 2006  
Quelle: Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg*

*Welche Qualitätssicherungsmaßnahmen gibt es?*

Um sicherzustellen, dass die Krankenhäuser ihre einzelnen Versorgungsleistungen sowohl fachlich als auch organisatorisch in hoher Güte erbringen, sind folgende Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeführt worden:

### 4.1 EXTERNE VERGLEICHENDE QUALITÄTSSICHERUNG

*Welche Vorteile bieten Qualitätsvergleiche der Krankenhäuser untereinander?*

Qualitätssicherung wird in Krankenhäusern schon länger praktiziert. In Baden-Württemberg wurden bereits ab Mitte der Achtzigerjahre Verträge zur Qualitätssicherung in der stationären Krankenhausbehandlung abgeschlossen. Mittlerweile sind bundesweit alle Krankenhäuser zur Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung verpflichtet. „Externe vergleichende Qualitätssicherung“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sich Krankenhäuser im Jahr 2006 in den folgenden, bis zu 24 Leistungsbereichen mit anderen Krankenhäusern vergleichen:

1. Ambulant erworbene Pneumonie (Lungenentzündung)
2. Aortenklappenchirurgie, isoliert (Operationen an Herzklappen)
3. Cholezystektomie (Gallenblasenentfernung)
4. Pflege: Dekubitusprophylaxe (Verhütung eines Druckgeschwürs)
5. Geburtshilfe
6. Gynäkologische Operationen
7. Herzschrittmacher-Implantation  
(Einsetzen eines Herzschrittmachers)
8. Herzschrittmacher-Aggregatwechsel  
(Wechsel eines Herzschrittmachers)
9. Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation  
(Kontrolle, Wechsel oder Entfernung eines Herzschrittmachers)
10. Herztransplantation
11. Hüft-Totalendoprothesen-Erstimplantation  
(Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks)
12. Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel (Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks)

13. Hüftgelenknahe Femurfraktur  
(hüftgelenknaher Bruch des Oberschenkels)
14. Karotis-Rekonstruktion (Operation an der Halsschlagader)
15. Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation  
(Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks)
16. Knie-Totalendoprothesen-Wechsel und -Komponentenwechsel  
(Wechsel eines künstlichen Kniegelenks)
17. Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie  
(kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und an einer Herzklappe)
18. Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention  
(PCI) (Herzkatheteruntersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße über Herzkatheter)
19. Koronarchirurgie, isoliert  
(isolierte Operation an den Herzkranzgefäßen)
20. Mammachirurgie (Operationen an der weiblichen Brust)
21. Lebertransplantation
22. Leberlebendspende
23. Nierentransplantation
24. Nierenlebendspende



Für jedes Krankenhaus bietet dieses Verfahren die Chance, den eigenen Leistungsstand im Vergleich mit anderen Krankenhäusern kennen zu lernen und konkrete Ansätze für die Qualitätsverbesserung zu entwickeln.

Alle Krankenhäuser dokumentieren dazu qualitätsrelevante Daten für bestimmte Leistungsbereiche und schicken für jede betroffene Patientin und jeden betroffenen Patienten einen verschlüsselten Datensatz an eine zentrale Annahmestelle. Die Annahmestelle wertet die Daten nach einem standardisierten Verfahren aus und stellt den Krankenhäusern die Ergebnisse in Form von vergleichenden Berichten und Empfehlungen zur Verfügung. In Baden-Württemberg wird diese Aufgabe von der Geschäftsstelle Qualitätssicherung im Krankenhaus (GeQiK) erfüllt, auf deren Homepage, [www.geqik.de](http://www.geqik.de), auch weiterführende Informationen abgerufen werden können. Dort sind zu allen Leistungsbereichen, die in das Qualitätssicherungsverfahren ein



bezogen sind, jährlich erstellte Berichte für die teilnehmenden Krankenhäuser in Baden-Württemberg zu finden. Die Jahresauswertungen sind ab dem Jahr 2004 in eine so genannte Basisstatistik und die Darstellung einzelner Qualitätsmerkmale untergliedert. Die Basisstatistik gibt einen Überblick über alle in Baden-Württemberg gesammelten Daten. Die Auswertung einzelner Qualitätsmerkmale erfolgt in Form eines Krankenhausvergleichs, wobei die einzelnen Krankenhäuser jedoch nicht identifiziert werden können, da jedes mit einem Pseudonym gekennzeichnet ist.

Das Verfahren der externen Qualitätssicherung bildet die Qualität bestimmter Leistungen über zahlreiche Kennzahlen ab. Liegt ein Krankenhaus mit mindestens einer Kennzahl außerhalb eines vorgegebenen Bereichs, wird in einem Expertengremium geprüft, ob die Einrichtung im betreffenden Leistungsbereich weitere Auffälligkeiten zeigt. Eine geringe Abweichung in einem einzelnen Kennwert ist auch aufgrund einer zufälligen Streuung möglich und nicht in erster Linie ein Hinweis auf schlechte Qualität.

Mit den betroffenen Krankenhäusern wird die Ursache der Auffälligkeit analysiert. Sollten tatsächlich Abweichungen in der Qualität der Leistungserbringung vorliegen, wird der jeweiligen Klinik eine Beratung angeboten. Gegebenenfalls können die Krankenhäuser von unabhängigen Experten vor Ort überprüft werden. Es können Empfehlungen abgegeben oder konkrete Ziele zur Verbesserung der Qualität vereinbart werden.



## 4.2 QUALITÄTSMANAGEMENT

Alle Krankenhäuser sind neben der Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung dazu verpflichtet, auch einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement aufzubauen und weiterzuentwickeln.

Um das Ziel einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung zu erreichen, können sich die Krankenhäuser im Rahmen ihres Qualitätsmanagements zahlreicher Instrumente bedienen. Die nachfolgende Liste stellt eine Auswahl der häufigsten und auch wichtigsten Maßnahmen des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern dar.

- Interne Analysen der Qualitätsentwicklung; systematische Überprüfung und Bewertung der Prozessabläufe durch Fachleute
- Beschwerdemanagement
- Fehler- und Risikomanagement
- Morbiditäts-(Krankheitshäufigkeits-) und Mortalitäts-(Sterblichkeitshäufigkeits-) besprechungen (Fallkonferenzen)
- Patienten-Befragungen
- Mitarbeiter-Befragungen
- Befragungen der überweisenden/einweisenden Haus- und Fachärzte
- Maßnahmen zur Patienten-Information und -Aufklärung
- Wartezeitenmanagement
- Hygienemanagement
- Schmerzmanagement

Befragungen der Patientinnen und Patienten zu ihrer Zufriedenheit sind mittlerweile ein weit verbreiteter Standard geworden. 71% der Krankenhäuser in Baden-Württemberg geben in Ihren Qualitätsberichten an, dass sie Patientenbefragungen durchführen. Noch nicht so verbreitet sind Mitarbeiterbefragungen (21%) und Befragungen einweisender Ärzte (12%). Aus mehrjährigen bundesweiten Stichprobenuntersuchungen<sup>1</sup> geht hervor, dass die Anzahl der Krankenhäuser, die derartige Befragungen durchführen, zugenommen hat. Bei diesen Untersuchungen ist

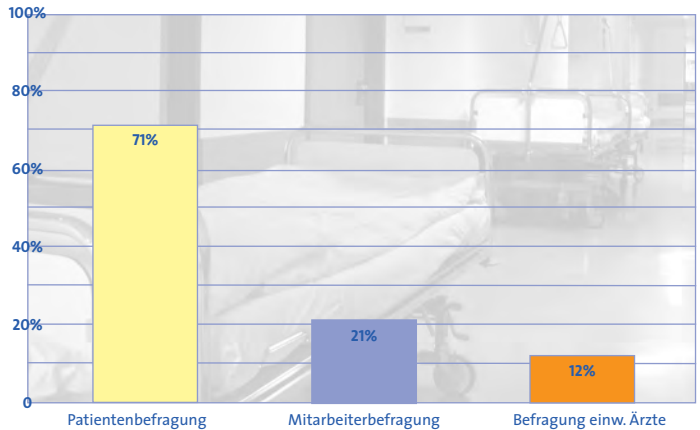
*Was macht ein gutes Qualitätsmanagement aus?*



<sup>1</sup> Quelle: Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Universität Tübingen und Qualitätsberichte der Krankenhäuser

für das Jahr 2004 festzustellen, dass 83% der Krankenhäuser Patientenbefragungen, 45% Mitarbeiterbefragungen und 47% Befragungen der einweisenden Ärzte durchführen. Zweifellos ist noch Potenzial für den weiteren Ausbau derartiger Qualitätsmanagementmaßnahmen vorhanden.

**Abb. 7:**  
Häufigkeit der durchgeführten Maßnahmen des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern in Baden-Württemberg 2004 am Beispiel der Patienten-, Mitarbeiter- und Einweiserbefragungen  
Quelle: Vollerhebung aus den Qualitätsberichten zum Berichtsjahr 2004



Im Rahmen der im Jahr 2005 veröffentlichten strukturierten Qualitätsberichte teilten 35 der insgesamt 180 Krankenhäuser die Ergebnisse ihrer Patientenbefragungen öffentlich mit. Tabelle 2 zeigt, dass mit steigender Bettenzahl eines Krankenhauses die Befragungsquote zunimmt. Dies ist ein Indiz dafür, dass in größeren Einrichtungen offenbar mehr Ressourcen für ein umfassendes Qualitätsmanagement zur Verfügung stehen.

**Tab. 2**  
Verteilung der Krankenhäuser mit Patientenbefragungen, Mitarbeiterbefragungen und Befragungen der einweisenden Ärzte in Baden-Württemberg nach ihrer Größe, 2005  
Quelle: Qualitätsberichte der Krankenhäuser

Anzahl der Betten	Anteil mit Patientenbefragung	Anteil mit Mitarbeiterbefragung	Anteil mit Befragung der einw. Ärzte	Kliniken Gesamt
< 200	65%	16%	9%	144
200-499	77%	24%	13%	78
> 500	84%	38%	31%	32

### 4.3 MINDESTMENGEN

Die Mindestmengenvereinbarung umfasst eine Reihe sehr komplexer Eingriffe, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses besonders stark von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt. Die Mindestmengenvorgabe legt fest, dass nur solche Krankenhäuser diese Operationen durchführen dürfen, die eine bestimmte Zahl an Eingriffen nachweisen können. Hierunter fallen Transplantationen und komplexe Eingriffe an Bauchspeicheldrüse oder Speiseröhre sowie auch die Implantation von Kniegelenk-Totalendoprothesen. Kliniken, die diese Operationsleistungen anbieten, müssen neben der Anzahl der durchgeführten Operationen auch Angaben über aufgetretene Komplikationen in ihrem Qualitätsbericht veröffentlichen.

*Was bedeutet eine Mindestmengenvorgabe in Bezug auf die Behandlungsqualität?*

### 4.4 QUALITÄTSBERICHT

Alle Krankenhäuser in Deutschland sind – erstmalig für das Jahr 2005 – gesetzlich verpflichtet worden, in zweijährigem Abstand Qualitätsberichte zu veröffentlichen. In den Qualitätsberichten stellen die Krankenhäuser allgemeine Struktur- und Leistungsdaten, Ziele der Qualitätspolitik, den Aufbau des Qualitätsmanagements und ausgewählte Qualitätsprojekte dar. Krankenhäuser können hier auch über Ergebnisse aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung berichten.

*Welche Informationen kann ich aus einem Qualitätsbericht entnehmen?*

Gleichzeitig wurden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen verpflichtet, diese Qualitätsberichte im Internet zu veröffentlichen. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser sind in mehreren Internetportalen über spezielle Suchmaschinen frei zugänglich. Eine Auswahl solcher Suchmaschinen hat das Gesundheitsforum Baden-Württemberg auf seiner Homepage [www.gesundheitsforum-bw.de/Qualitätsberichte/Qualitätsberichte der Krankenhäuser](http://www.gesundheitsforum-bw.de/Qualitätsberichte/Qualitätsberichte_der_Krankenhäuser) zusammengestellt. Hier ist darüber hinaus eine Lesehilfe mit Kommentierungen und Hinweisen veröffentlicht, die den Bürgerinnen und Bürgern Hilfestellung geben soll, sich in den Qualitätsberichten zu orientieren.

*Sind Zertifikate ein Qualitätsmerkmal?*

#### 4.5 ZERTIFIKATE FÜR KRANKENHÄUSER

Zertifikate dokumentieren, dass Krankenhäuser die Einhaltung bestimmter Standards für ihre Dienstleistungen nachgewiesen haben. Durch eine „Zertifizierung“ können Leistungen von Krankenhäusern nach außen sichtbar dargestellt werden.

Hierbei steht die Bewertung von innerbetrieblichen Strukturen und Prozessen im Mittelpunkt. Wenn Krankenhäuser sich einem aufwändigen Zertifizierungsverfahren unterziehen, spricht dies für eine intensive Auseinandersetzung der Beteiligten mit dem Thema Qualität. In den Zertifizierungsverfahren werden jedoch keine Daten zur Ergebnisqualität bewertet. Ein Zertifikat sagt somit nichts über die Ergebnisqualität von Behandlungen in einer Klinik aus.

Die vier häufigsten Zertifizierungen für umfassende Qualitätsmanagementsysteme in Krankenhäusern in Deutschland sind „Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen“ (KTQ), „ProCum Cert“ (pCC), „Joint Commission International“ (JCI) und „DIN EN ISO 9001“. KTQ ist dabei mit rund 360 zertifizierten Krankenhäusern in Deutschland im Jahr 2006 am weitesten verbreitet.

Im Rahmen aller Verfahren müssen die Krankenhäuser zunächst umfangreiche Selbstbewertungen ihrer innerbetrieblichen Organisation und Prozesse vornehmen. Anschließend erfolgen mehrtägige Visitationen von unabhängigen Gutachtern, die die Angaben überprüfen.

Zertifikate im Krankenhaus sind – ähnlich wie eine TÜV-Plakette – nur für eine bestimmte Dauer gültig. Sie müssen danach neu erworben werden.

#### 4.6 SCHMERZMANAGEMENT

In Baden-Württemberg leiden schätzungsweise eine Million Menschen an chronischen Schmerzen, denen eine angemessene Versorgung geboten werden muss. Um der bedarfsgerechten Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen neue Impulse zu geben, setzte das Ministerium für Arbeit und Soziales ein beratendes Expertengremium ein, das „Schmerzforum“. Auf dessen Empfehlung hin wurden als Teil einer umfassenden „Schmerzkonzeption“ an baden-württembergischen Krankenhäusern Regionale und Überregionale Schmerzzentren eingerichtet. Sie haben die Aufgabe, sich den Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen zu widmen, bei denen bisherige Therapieansätze erfolglos blieben, und für diese eine umfassende und interdisziplinäre Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie bereitzustellen. Eine Übersicht über die Schmerzzentren findet sich unter [www.gesundheitsforum-bw.de/Krankheit von A-Z/Diagnose und Therapie/Schmerzen](http://www.gesundheitsforum-bw.de/Krankheit_von_A-Z/Diagnose_und_Therapie/Schmerzen).

*Wie gehen die Krankenhäuser mit dem Thema Schmerz um?*



#### 4.7 PALLIATIVMEDIZIN

Die Palliativmedizin befasst sich in Ergänzung zu den bestehenden Fachrichtungen mit den besonderen Bedürfnissen unheilbar kranker und sterbender Menschen, um ihnen das größtmögliche Maß an Lebensqualität zu ermöglichen. Ein Schwerpunkt der Palliativmedizin liegt in einer differenzierten Schmerztherapie. Insbesondere die Krankenhäuser, die viele Tumorpatientinnen und Tumorpatienten behandeln, haben sich immer besser eingestellt auf den Übergang von einer auf Heilung ausgerichteten Versorgung, zu einer Versorgung, deren Schwerpunkt auf der Linderung von Schmerzen, Symptomen und Ängsten liegt. Viele Krankenhäuser haben palliativmedizinische Konsiliardienste eingerichtet, bei denen Experten der unterschiedlichsten Fachrichtungen im Krankenhaus zusammenarbeiten. Palliativstationen in Krankenhäusern sind zu verstehen als Akutstationen für Schwerkranke, die sich in einer Krise befinden. Die medizinische Behandlung besteht darin, die aufgetretenen

*Was wird zur Schmerzlinderung getan, wenn Heilung nicht mehr möglich ist?*

Beschwerden zu kontrollieren, das Befinden zu stabilisieren und die Patientinnen und Patienten dann möglichst nach Hause zu entlassen, sobald dort die weitere Versorgung vor allem durch Hausärzte, ambulante Pflegedienste und Familienangehörige wieder möglich ist.

Das Ministerium für Arbeit und Soziales stellt auf seiner Homepage ([www.sozialministerium-bw.de/Publikationen/Gesundheit](http://www.sozialministerium-bw.de/Publikationen/Gesundheit)) einen Leitfaden „Palliative Versorgung in Baden-Württemberg“ zur Verfügung, der Patienten und Angehörige über bestehende Angebote informiert.

#### 4.8 SPEZIELLE BEHANDLUNGSPROGRAMME

##### *Nimmt das Krankenhaus an speziellen Behandlungsprogrammen teil?*

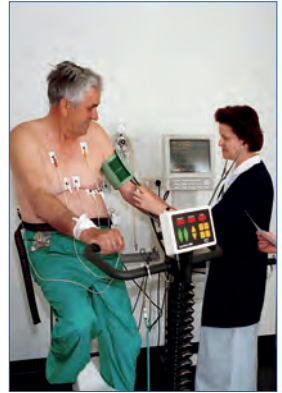
Seit dem Jahr 2002 werden in der gesetzlichen Krankenversicherung speziell strukturierte Behandlungsprogramme, so genannte Disease-Management-Programme (DMP), entwickelt, um die Versorgung bei chronischen Erkrankungen (wie z.B. bei Diabetes mellitus, koronarer Herzkrankheit, Asthma oder Brustkrebs) zu verbessern. „Strukturiert“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass sich die Behandlung betroffener Patientinnen und Patienten an einem einheitlichen, langfristig vorgegebenen Behandlungsschema orientiert, das aber auch auf den individuellen Krankheitszustand angepasst wird.

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

Ferner können Patientinnen und Patienten durch die in den Programmen geförderte Zusammenarbeit der behandelnden Ärztinnen und Ärzte (Hausarzt, Facharzt, Krankenhausarzt etc.) profitieren.

Krankenhäuser, die an diesen Behandlungsprogrammen zur Behandlung von Brustkrebs, Diabetes mellitus und koronarer Herzerkrankung teilnehmen, müssen im Hinblick auf ihre personelle und strukturelle Ausstattung besondere Qualitätsanforderungen erfüllen.

Beim DMP Brustkrebs sind aktuell 47 Krankenhäuser eingeschrieben. Am DMP Diabetes mellitus Typ 2 nehmen 66 Krankenhäuser teil, das Behandlungsprogramm zum Diabetes mellitus Typ 1 befindet sich zurzeit im Aufbau. Beim DMP Koronare Herzerkrankung nehmen gegenwärtig 58 kardiologische Kliniken (davon 33 auch im Bereich Herzkatheteruntersuchungen) und 7 herzchirurgische Kliniken teil (Stand: jeweils November 2006).



#### 4.9 STÄRKERE VERNETZUNG MIT DEM AMBULANTEN SEKTOR

Die Versorgung durch die Krankenhäuser muss sich nach den Bedürfnissen der Menschen und deren Erkrankungen, vor allem chronische Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit, richten. Die bisher bestehende, vergleichsweise strikte Abgrenzung der einzelnen Versorgungsbereiche, insbesondere die Trennung der ambulanten und stationären Versorgung, erschwert eine zielorientierte Behandlung der Patientinnen und Patienten. Dabei bietet schon das geltende Recht den Krankenhäusern und Krankenkassen eine ganze Reihe von Möglichkeiten, die Patientinnen und Patienten sektorenübergreifend zu versorgen. Exemplarisch seien genannt:

- Ambulante Behandlung von Notfällen durch das Krankenhaus
- Ambulante Behandlung durch leitende Krankenhausärzte im Rahmen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
- Ambulantes Operieren im Krankenhaus
- Ambulante Krankenhausleistungen im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP)

*Welche Maßnahmen tragen zur besseren Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung bei?*



- Ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen und Behandlung seltener Erkrankungen durch Krankenhausärzte

Umgekehrt können und sollen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in die Krankenhäuser hineinwirken, so z.B.

- in Notfallpraxen an Krankenhäusern
- als Belegärzte
- als Konsiliarärzte
- im Rahmen der Integrierten Versorgung

Die Angebote der Integrierten Versorgung (IV) zielen auf eine bessere Abstimmung der einzelnen Therapieschritte zwischen Haus- und Fachärzten, ärztlichen und nichtärztlichen Leistungserbringern, ambulantem und stationärem Bereich. Im Verhältnis zu Disease-Management-Programmen setzt die IV einen anderen Schwerpunkt: Während es bei DMP primär um die evidenzbasierte medizinische Gestaltung der Versorgungsprozesse geht, verfolgt die IV das Ziel neuer integrierter Anbieterstrukturen. Für die Patienten ist die Teilnahme an der IV freiwillig.

Der weitere Abbau der Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung wird ein wichtiges Qualitätsziel der nächsten Jahre sein.

#### 4.10 ÜBERLEITUNG IN DIE REHABILITATION

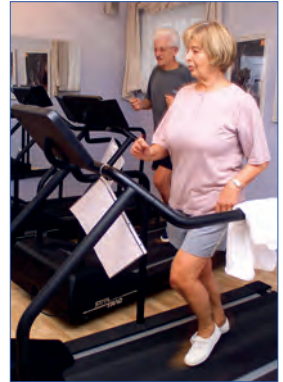
*Ist ein zeitlich kurzer Übergang von der Krankenhausbehandlung zur anschließenden Rehabilitation sichergestellt?*

Eine Rehabilitationsmaßnahme im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung ist umso erfolgreicher, je kürzer die Zeitspanne (< 7 Tage) zwischen der Beendigung des Krankenhausaufenthaltes und dem Beginn der Maßnahme ist. Denn ein nahtloser Übergang stellt sicher, dass die für die bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit notwendigen Mobilisierungsmaßnahmen (z. B. Muskelaufbau, der etwa nach einer Hüftgelenks-



operation nötig wird, Wiederherstellung der Beweglichkeit durch das Einüben alltagsrelevanter Verhaltensweisen und -techniken) unverzüglich vorgenommen werden können. Ein Bruch in der Behandlungskette bzw. ein längerer therapiefreier Zeitabschnitt zwischen dem Krankenhaus- und dem Rehaufenthalt würde dagegen unweigerlich zur Verlangsamung des Genesungsprozesses und damit zu einem Verlust an Lebensqualität führen.

So werden beispielsweise 29,4% aller (überlebenden) Patientinnen und Patienten nach einem Schlaganfall anschließend in einer Rehabilitationsklinik weiterbehandelt. Im Mittel beginnt die Weiterbehandlung nach 1,7 Tagen. Für 95% aller weiterzubehandelnden Patientinnen und Patienten beginnt die Rehabilitation spätestens am 7. Tag nach ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus<sup>2</sup>.



Um diese Nahtlosigkeit zu gewährleisten, haben die Reha-Träger (die gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche/private Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung und Berufsgenossenschaften) spezielle Antragsverfahren eingeführt. Allen diesen Verfahren ist gemeinsam, dass binnen einer 1-Tagesfrist die Entscheidung über den Rehabilitationsantrag herbeigeführt ist.

Ansprechpartner im Krankenhaus ist immer der Sozialdienst. Dieser nimmt den Reha-Antrag auf und klärt mit dem Rehabilitationsträger, welche Reha-Klinik geeignet ist, den Aufnahmezeitpunkt und weitere Fragen, wie z. B. das Transportmittel. Bei der Auswahl der Einrichtung sind berechnete Wünsche des Patienten zu berücksichtigen.

Die Abschlussrehabilitation wird in stationärer oder (ganztags) ambulanter Form erbracht und dauert in der Regel 3 Wochen. Die Kosten hierfür übernimmt grundsätzlich der Rehabilitationsträger.

<sup>2</sup> Quelle: GeQiK Jahresauswertung Schlaganfall 2004

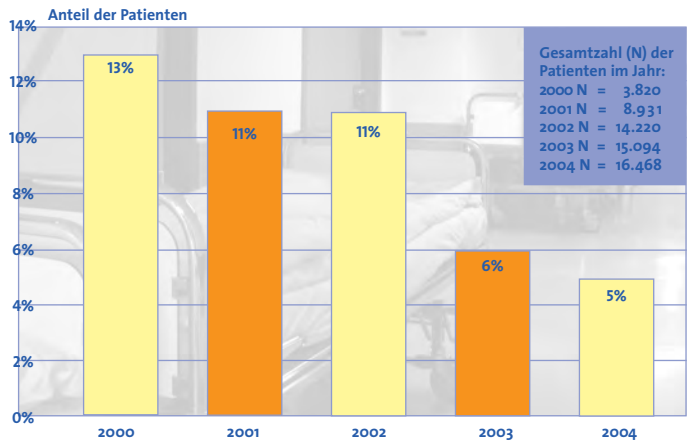
*Wodurch kann die Komplikationsrate bei medizinischen Eingriffen gesenkt werden?*

**5.1 KOMPLIKATIONS-RATEN AM BEISPIEL HÜFTENDOPROTHESEN UND KAROTIS-REKONSTRUKTIONEN**

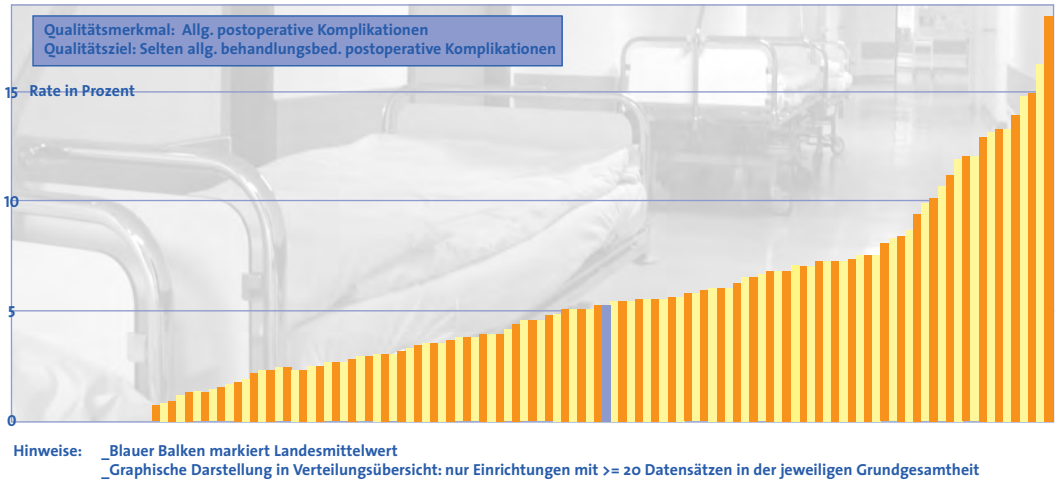
Ein wesentlicher Indikator für die Ergebnisqualität ist die Komplikationsrate, d. h. die Zahl der Behandlungsfälle, bei denen unerwünschte Folgen aufgetreten sind. Exemplarisch soll dies anhand von Hüftendoprothesen-Operationen (Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks) und schweren Komplikationen (schwere Schlaganfälle und Todesfälle) bei Karotis-Rekonstruktionen (Operationen an der Halsschlagader) dargestellt werden.

Abbildung 8 zeigt, dass bei Hüftendoprothesen-Operationen die Komplikationsrate in einem Vierjahreszeitraum durch Qualitäts-sicherungsmaßnahmen (einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und extern vergleichende Qualitätssicherung) deutlich gesenkt werden konnte.

*Abb. 8: Entwicklung der Komplikationsraten bei der Implantation von Hüftendoprothesen zwischen 2000 und 2004 bei allen an der externen Qualitätssicherung (Modul 17/2) teilnehmenden Krankenhäusern in Baden-Württemberg. Allgemeine behandlungsbedürftige postoperative Komplikationen umfassen im wesentlichen Lungenentzündung, Herz-Kreislauf-Komplikationen, tiefe Bein-/ Beckenvenenthrombose sowie Lungenembolie. Quelle: Jahresauswertungen der GeQiK, Modul 17/2 TEP bei Coxarthrose*



Bei der Betrachtung der Ergebnisse 2005 der einzelnen Krankenhäuser bei allgemeinen postoperativen Komplikationen bei Implantation von Hüftendoprothesen in Abbildung 9, ist die Variationsbreite in der Abweichung zu dem Durchschnittswert aufgezeigt. Es sind nicht alle Krankenhäuser gleich, so dass sich ein Vergleich durch Nachfragen lohnt.



Bei der Karotis-Rekonstruktion werden atherosklerotische Verengungen der Halsschlagader operativ entfernt. In mehreren wissenschaftlichen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass operierte Patientinnen und Patienten in den Folgejahren wesentlich seltener einen Schlaganfall erleiden, als medikamentös behandelte mit Verengungen der Halsschlagader. Bei der Entscheidung zur Operation muss sorgfältig zwischen dem Risiko einer Operation und dem eines Schlaganfalls im natürlichen Verlauf abgewogen werden. Durch eine Operation soll die Gefahr von Schlaganfällen oder Tod insgesamt reduziert werden. Deshalb soll das mit der Operation verbundene Risiko geringer sein, als der Verzicht auf einen Eingriff.

Abbildung 10 zeigt, dass der Anteil schwerer Komplikationen (schwere Schlaganfälle und Todesfälle) bei Karotis-Rekonstruktionen zwischen dem Jahr 2002 und dem Jahr 2004 durch Qualitätssicherungsmaßnahmen kontinuierlich weiter reduziert werden konnte. Dies gilt insbesondere für die Untergruppe der Patientinnen und Patienten mit einer symptomfreien Karotistenose (ohne neurologische Beschwerden). In dieser Gruppe halbierte sich der Anteil von schweren Schlaganfällen und Todesfällen von 1,4 % auf 0,7%.

Abb. 9:  
 Rate der allgemeinen postoperativen Komplikationen bei Hüftendoprothesen im Jahr 2005 bei allen an der externen Qualitätssicherung teilnehmenden Krankenhäusern in Baden-Württemberg. Gesamtzahl der Patienten gem. Modul 17/2: N= 17.421  
 Quelle: GeQiK, Modul 17/2 TEP bei Coxarthrose

## Schwere Schlaganfälle oder Tod bei Karotis-Rekonstruktion

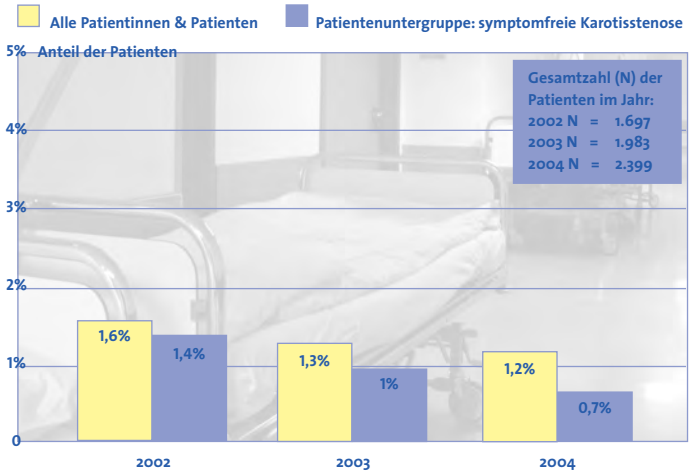


Abb. 10:  
 Entwicklung des Anteils von Patientinnen und Patienten mit schwerem Schlaganfall oder Tod an allen operierten Patienten bei Karotis-Rekonstruktion zwischen 2002 und 2004 in Baden-Württemberg.  
 Quelle: Jahresauswertungen der GeQiK, Modul 10/2 Karotis-Rekonstruktion

### Anhand welcher Faktoren kann die Ergebnisqualität gemessen werden?

Tabelle 3 vermittelt, wie vielfältig und umfangreich die extern vergleichende Qualitätssicherung, auch speziell zur Ergebnisqualität, deutschlandweit durchgeführt wird.

Im Einzelnen beinhalten die Werte noch Verzerrungen, wie z. B. Probleme mit der Dokumentationsqualität. Dennoch kann anhand dieser Daten die Veränderung der Qualität beispielhaft für einen Zeitraum von 2001 bis 2005 abgelesen werden. Um solche durchweg positiven Veränderungen in Baden-Württemberg in der Ergebnisqualität zu erreichen, bedarf es eines strukturierten und kraftaufwändigen Vorgehens in allen Krankenhäusern. Zum einen ist beim Qualitätsmanagement wichtig, dass gemessen wird, was die Veränderungen wirklich an Verbesserungen im Laufe der Zeit gebracht haben. Zum anderen ist auch ein Vergleich der Qualität mit Dritten hilfreich, um die Stellung der eigenen Qualität genauer bewerten zu können. Hierbei soll der Durchschnittswert für Deutschland in Tabelle 3 helfen.

Fachgebiet	Qualitätsindikator	Qualitätsziel	Durchschnitt in Baden-Württemberg*			Bundesdurchschnitt in 2005*
			2001	2003	2005	
Chirurgie Modul 12/1 <small>Gallenblasentfernung</small>	Allgemeine postoperative Komplikationen	Selten postoperative Komplikation in Abhängigkeit vom OP-Verfahren	5,5%	5,3%	3,4%	3,8%
Chirurgie Modul 12/1 <small>Gallenblasentfernung</small>	Reinterventionsrate (ein zweiter Eingriff)	Geringe Reinterventionsrate in Abhängigkeit vom OP-Verfahren	1,1%	2,1%	1,7%	1,7%
Geburtshilfe Modul 16/1	Damriss Grad III oder IV	Geringe Anzahl von Müttern mit Damriss III./IV. Grades bei spontanen Einlingsgeburten	2,8%**	2,8%	1,8%	1,6%
Geburtshilfe Modul 16/1	Anwesenheit eines Kinderarztes (Pädiater) bei Frühgeburten	Häufige Anwesenheit eines Pädiaters bei Geburt von lebendgeborenen Frühgeborenen mit einem Schwangerschaftsalter von 24 bis 34 Wochen	nicht erhoben	72,9%	74,2%	79,0%
Geburtshilfe Modul 16/1	Antenatale Kortikosteroidbehandlung (Unreifebehandlung bei Frühgeburt)	Häufige antenatale Kortikosteroidbehandlung (Lungenreifeinduktion) bei Müttern mit einem Schwangerschaftsalter von 24 bis 34 Wochen	nicht erhoben	45%	61,4%	70,9%
Gynäkologie Modul 15/2 <small>Gynäkologische Operation</small>	Wundinfektion nach Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter)	Möglichst wenige Patientinnen mit Wundinfektionen nach Hysterektomie	0,8%	1,2%	1,1%	keine Angaben
Orthopädie Modul 17/5 <small>Hüftendoprothesen</small>	Endoprothesenluxation (Verrenkung/Auskugelung der Prothese)	Selten Endoprothesenluxation	1,3%	0,9%	0,8%	0,8%
Orthopädie Modul 17/5 <small>Knie-Totalendoprothesen-Erimplantation</small>	Treppensteigen (mit Gehhilfen) möglich	Hoher Anteil von Patienten kann bei der Entlassung Treppensteigen	96,6%	90,5%	95,4%	95,5%
Orthopädie Modul 17/1 <small>Schenkelhalsfraktur</small>	Gefähigkeit bei der Entlassung	Hoher Anteil an Patienten ist bei Entlassung gefähig	69,3%	73,3%	80,4%	79,6%

\* Krankenhäuser haben mindestens 20 Fälle \*\* im Jahr 2002

Tab. 3

Ausgesuchte Qualitätsindikatoren im Zweijahresabstand aus den verschiedenen Fachbereichen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung nach § 137 ff. SGB V mit dem bundesweiten Benchmarkwert. Quelle: GeQik und BQS

Die vollständigen Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung sind für Baden-Württemberg auf den Internetseiten der GeQik ([www.geqik.de](http://www.geqik.de)) und für Deutschland auf den Internetseiten der BQS ([www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de)) nachzulesen.



Baden-Württemberg verfügt über eine flächendeckende, qualitativ gute Versorgung mit Krankenhausleistungen. Dies beruht nicht zuletzt auf der Trägerpluralität, die für ausreichenden Wettbewerb sorgt. Notwendige Anpassungsprozesse, insbesondere mit Blick auf die immer kürzer werdende Verweildauer der Patienten in den Krankenhäusern, finden statt, wobei Spitzenmedizin und ausreichende Versorgung im ganzen Land bei größtmöglicher Wirtschaftlichkeit sichergestellt werden sollen.

In den vergangenen Jahren konnte die Qualifikation sowohl des ärztlichen als auch des nichtärztlichen Personals durch weitere Spezialisierung stetig verbessert werden. Der Notwendigkeit spezialisierter Behandlungsleistungen in hoher Qualität wird auch durch Fachplanungen des Landes Rechnung getragen.

Durch freiwillige und verpflichtende externe und interne Qualitätssicherung wird sichergestellt, dass die Krankenhäuser ihr eigenes Handeln hinterfragen und Verbesserungspotenziale ausschöpfen können.

Ein gutes Qualitätsmanagement ist Grundlage für gute Behandlungsergebnisse bzw. eine geringe Komplikationsrate. Hier konnten in den vergangenen Jahren durchaus Fortschritte erzielt werden.

Bei allen planbaren Eingriffen sollten Sie sich als Patient oder Angehöriger vorher genau informieren. Scheuen Sie sich nicht, beim Krankenhaus direkt nachzufragen. Bei der ärztlichen Leitung der Fachabteilung erhalten Sie umfangreiche Informationen. Darüber hinaus können Sie sich auch an ihre Krankenkasse wenden. Ferner gibt es die Beratungsstellen der Ärztekammern, die Ihnen über die fachspezifischen Abteilungen der Krankenhäuser Auskunft geben können. Auch die ärztlichen Fachgesellschaften oder Patientenvertretungen helfen Ihnen bei Bedarf weiter, um Behandlungsverfahren und Spezialisten zu finden.

*Welche Fragen sollte ich im Falle einer anstehenden Behandlung an das Krankenhaus richten?*

Zudem werden Ihnen auch im Internet Informationen für die Wahl des richtigen Krankenhauses zur Verfügung gestellt (zum Beispiel unter [www.gesundheitsforum-bw.de/Qualitätsberichte/Qualitätsberichte der Krankenhäuser](http://www.gesundheitsforum-bw.de/Qualitätsberichte/Qualitätsberichte_der_Krankenhäuser))

Eine gute Klinik wird sich einer Besichtigung vor der Operation nicht verweigern.

Zu diesen Themen können Sie sich über ein Krankenhaus informieren:

## Fragen zur Behandlung

- Über welche Untersuchungs-/ Behandlungsmöglichkeiten verfügt das Krankenhaus bzw. kann es andere Möglichkeiten vermitteln?
- Ist das Krankenhaus für die gewünschte Behandlung besonders spezialisiert (personell und apparativ) und wie häufig werden entsprechende Eingriffe vorgenommen?
- Werden auch alternative Heilverfahren angeboten?
- Gibt es ein standardisiertes Vorgehen zur Behandlung von möglichen Schmerzen und wie schnell werden die Schmerzen, z.B. in der Nacht oder am Wochenende, ärztlich behandelt?



- Kann ich mich in einem Vorgespräch über die behandelnden Ärztinnen und Ärzte informieren, z. B. wer eine Operation durchführt und wie oft die behandelnde(n) Person(en) den Eingriff bereits durchgeführt hat (haben)?
- Ist der Kreis an behandelnden Ärzten und Pflegekräften möglichst klein (und damit überschaubar) und ist jederzeit ein Ansprechpartner benannt?
- Wird der Behandlungsplan gemeinsam mit mir bzw. meinen Angehörigen erstellt?

### Fragen zur Unterbringung/Betreuung

- Gibt es Sanitäreinrichtungen in jedem Zimmer? Gibt es eine Menüwahl, Fernseher, Telefon, Internet, Bücherei, usw.?
- Wird die Intimsphäre ausreichend gewahrt (z. B. bei Untersuchungen)?
- Verfügt das Krankenhaus über besondere Betreuungsangebote, wie z. B. Psychologen, Seelsorger oder Dolmetscherservice?

### Fragen zum Qualitätsmanagement

- Wie stellt das Krankenhaus sicher, dass geplante Operationen möglichst nicht verschoben werden oder lange Wartezeiten bei den internen Untersuchungen entstehen?
- Wie hoch ist die Rate der im Krankenhaus erworbenen Infektionen (noskomielle Infektionen) bzw. durch welche Hygienemaßnahmen stellt das Krankenhaus eine möglichst niedrige Infektionsrate sicher?
- Besteht die Möglichkeit, Kritik und Anregungen vorzubringen, z. B. im Rahmen von Patientenbefragungen oder sich beim Verdacht auf einen Behandlungsfehler an eine Vertrauensperson (Patientenfürsprecher) wenden zu können?



- Habe ich ohne Probleme Zugang zu meinen Patientenunterlagen?

## Fragen zur Entlassung

- Gibt es schon vor der Aufnahme konkrete Informationen zur vorgesehenen Verweildauer und wie wird versucht die Behandlung so zu optimieren, dass der geplante Entlassungstermin eingehalten wird?
- Gibt es Hilfestellungen bei Überleitungen in die ambulante Versorgung oder Rehabilitation (Sozialdienst)?
- Erhalte ich Informationen, wie ich mich nach dem stationären Aufenthalt zu verhalten habe (z. B. mit Blick auf körperliche Betätigung, Ernährung), wann ärztliche Nachkontrollen sind und welche Medikamente wie lange eingenommen werden müssen?
- Wird sichergestellt, dass der Arztbrief unmittelbar nach der Entlassung beim Hausarzt eintrifft?







