

Das Streben nach Qualität – Qualitätssicherung und -management im deutschen Krankenhaussektor

Matthias Döring

Qualität ist in den letzten Jahren zu einem intensiv diskutierten Thema im Gesundheitswesen geworden. Nach Hygiene- und Behandlungsskandalen steht vor allem der Krankenhaussektor unter Druck. Und obwohl in den vergangenen 15 Jahren eine ganze Reihe an Mechanismen und Regularien eingeführt wurde, so ist der Bereich nur teilweise erforscht. Dieser Artikel liefert einen Überblick über die Komplexität des Qualitätsbegriffs. Anschließend wird die Landschaft der Instrumente zur Qualitätskontrolle und -sicherung im deutschen Krankenhaussektor vorgestellt. Erkenntnisse aus der internationalen Forschung sollen einen vertieften Einblick in die Wirkungsweise gewähren und weitere Forschungslücken betonen.

Qualität ist in den vergangenen Jahren eines der geflügelten Wörter jeglicher Reformdebatten des Krankenhaussektors geworden. Spätestens mit der Umstellung des Vergütungssystems auf diagnosebezogene Fallgruppenpauschale gab es erheblichen Bedarf, Maßnahmen zu ergreifen, die die Qualität im stationären Bereich des Gesundheitswesens sicherstellen sollten.¹ Die Politik hat in den vergangenen 15 Jahren eine Vielzahl von Instrumenten und Kontrollmechanismen eingeführt, die diesen Zweck erfüllen sollen. Die Landschaft der Regulierungen reicht von einer externen Qualitätssicherung über obligatorische, interne Qualitätsmanagement-Systeme (QM-Systeme) bis hin zu öffentlichen Qualitätsberichten.

Diese Instrumente und Steuerungsansätze werden besonders von Praktikern wegen ihrer Wirkung und Notwendigkeit zum Teil eher zynisch betrachtet. Ob tatsächlich „kein Mensch“² wisse, ob die Qualität durch Qualitätsmanagement gesteigert werden könne, sei dahingestellt. Im Rahmen dieses Artikels soll ein kurzer Abriss über die Komplexität des Qualitätsbegriffs erfolgen. Hierbei soll vor allem auf die Besonderheiten von Dienstleistungen eingegangen werden, da diese den Großteil des Leistungsspektrums von sowohl Verwaltungen als auch Krankenhäusern ausmachen. Anschließend soll die aktuelle Landschaft der Qualitätsinstrumente präsentiert und diskutiert werden. Erkenntnisse der aktuellen deutschen sowie internationalen Forschung werden präsentiert.

„Qualitätsoffensive“³ wird hierbei u.a. gesprochen. Gründe für das zunehmende Gewicht des Themas können bspw. in Qualitätsmängeln gesehen werden, die häufiger öffentlich werden sowie der „aufkommenden Debatte um den Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen“⁴. Bandelow et al. sprechen sogar davon, dass Qualität das nächste „Megathema“⁵ sei. Und obwohl Qualität eine gemeinsprachlich positive Konnotation besitzt, gilt doch grundlegend zu klären, was eigentlich unter dem Begriff zu verstehen ist.

Pfeifer weist Qualität verschiedene Eigenschaften und Funktionen zu.⁶ Qualität sei grundlegend für die Kaufentscheidung von Kunden, gleichzeitig jedoch auch abhängig von Wettbewerbssituation und Leistungsfähigkeit des Anbieters. Allgemein sei Qualität eine Menge von Eigenschaften, die dem Produkt bzw. der Leistung innewohnen oder hinzugefügt wurden. Diese Art von Definition kann als produktorientierter Qualitätsbegriff bezeichnet werden. Unklar ist hierbei jedoch, was Maßstäbe für eine Bewertung wären, wer sie bewertet und wie sie gemessen werden. Es wäre entsprechend davon auszugehen, dass Qualität eine objektive Eigenschaft sei, die von jedem Konsumenten gleich eingeschätzt werden würde.



Matthias Döring, M.A.

Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Public und Nonprofit Management an der Universität Potsdam.

Qualität – „Megathema“ oder Gummibegriff?

Eines der zentralen Themen derzeitiger Reformdebatten im Gesundheitswesen ist Qualität. Im aktuellen Koalitionsvertrag der Großen Koalition findet sich allein im Abschnitt zur Krankenhausversorgung 25mal das Wort Qualität. Von einer

- 1 Manksy 2011, S. 22.
- 2 Costa 2014, S. A1557.
- 3 Die Bundesregierung 2013, S. 56.
- 4 Reimann und Trefzer 2009, S. 42.
- 5 Bandelow et al. 2009, S. 15.
- 6 Pfeifer 1990.

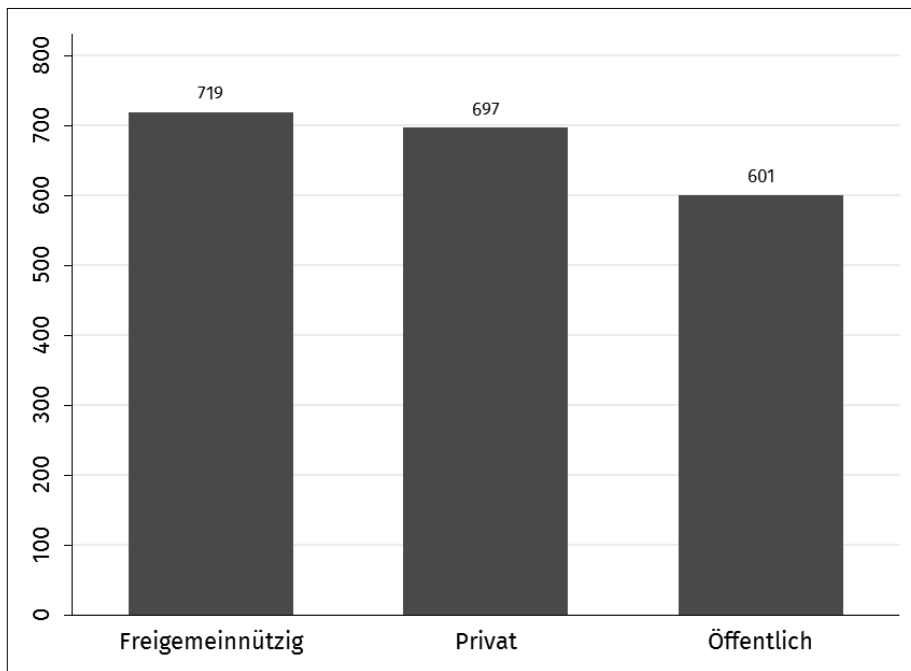


Abb. 1: Krankenhauszahlen nach Trägerschaft - Stand 2012 (Bundesamt 2013)

Die DIN EN ISO 9000 definiert Qualität als „Grad, in dem ein Satz inhärenter Merkmale Forderungen erfüllt“⁷. Qualität ist also keine isolierte Eigenschaft eines Objektes oder einer Leistung, sondern muss durch Produzenten und vor allem durch den Qualitätsempfänger, bspw. Kunden, interpretiert und eingeschätzt werden. Die Einschätzung der Qualität kann folglich je nach Erwartungen und Forderungen einer Person variieren. Diese Art der Definition entspricht einem leistungsempfängerorientierten Qualitätsbegriff. Die unterstellte Subjektivität von Qualität erschwert jedoch sinnvolle Vergleiche zwischen Leistungserstellern.

Als Besonderheit des Non-Profit-Sektors beschreibt Bruhn wiederum den gesellschaftsorientierten Qualitätsbegriff.⁸ Hierbei wird davon ausgegangen, dass Öffentlichkeit und Staat ein besonderes Interesse an den Ergebnissen der Leistungserstellung besitzen. Auf den deutschen Krankenhaussektor trifft dies offensichtlich zu. Zum einen steht das Gesundheitswesen stets im politischen Fokus. Neben weitreichender Regulierung finanziert der Staat (speziell die Bundesländer) die Krankenhäuser unmittelbar im Bereich der Investitionen und hat dadurch ein weitergehendes, primäres Interesse am Leistungsprozess. Zum anderen ist der Krankenhausmarkt stark durch freie-

meinnützige und öffentliche Krankenhäuser geprägt (siehe Abb. 1).

Brüggemann und Bremer definieren für Qualität drei Grundsätze.⁹ Erstens ist Qualität relativ und immer abhängig von den Forderungen und Erwartungen an das Ergebnis. Zweitens ist Qualität selbst keine messbare, physikalische Größe. Messbar sei nur der „Grad der Erfüllung von Einzelanforderungen“¹⁰. Drittens ist Qualität keine diskrete Variable, die nur zwischen Vorhandensein und Fehlen unterscheidet. Stattdessen müsse Qualität auf einem Kontinuum gemessen werden, das viele Zwischenstufen kennt. Oess definiert zusätzlich, dass Qualität keine Einzelgröße sei, sondern eine Vielzahl verschiedener Elemente vereinige.¹¹

Ergänzend zu diesen verschiedenen Merkmalen einer umfassenden Definition wird die Einschätzung von Qualität von unterschiedlichen Erwartungshaltungen und Zieldimensionen beeinflusst, die eine Organisation bei der Leistungserstellung beachten muss. Diese Anforderungen werden durch Erwartungen verschiedener Anspruchsgruppen begleitet, die schließlich in Zielformulierungen der Organisation münden. Als (Haupt-)Anspruchsgruppen im deutschen Gesundheitswesen lassen sich folgende bestimmen:

- Leistungsempfänger (Patienten)
- Kostenträger (Krankenkassen)

- Staat
- Gesellschaft
- Mitarbeiter

Patienten als Leistungsempfänger sind die zentralste Anspruchsgruppe. Sie sind unmittelbar von der Qualität von Krankenhausleistungen betroffen und besitzen z.T. heterogene Vorstellungen, was gute Qualität jeweils bedeutet. Diese Qualitätswahrnehmung ist wiederum auch von individuellen Faktoren wie bspw. dem Alter des Patienten abhängig.¹² Die Krankenkassen als Kostenträger wiederum setzen andere Schwerpunkte. Neben der baldigen Genesung des Versicherten sollte bei der Wahl der Therapie auf Wirtschaftlichkeit geachtet werden. Besitzen zwei Leistungen die gleiche Heilungschance, dann ist die günstigere Leistung zu bevorzugen. Der Staat (vor allem die Bundesländer) legitimiert die Leistungserstellung und muss Krankenhäuser über die Krankenhausplanung erst zulassen. Hierbei liegt der Fokus auf die Sicherstellung der Krankenhausversorgung, auch im ländlichen Raum. Des Weiteren spielt die Gesellschaft im solidarischen Sozialbeitragsystem der Bundesrepublik eine besondere Rolle. Die Gesamtheit der Beitragszahler wird häufig als eigener Interessenvertreter mit homogenen Interessen aufgefasst. Im Gegensatz zu vollständig privatisierten Systemen hat nicht nur der einzelne Patient ein Interesse an der Qualität und Effizienz einer Leistung. Im Solidarprinzip der Sozialversicherung haben alle Beitragszahler ein grundlegendes Interesse an einer effektiven und effizienten Nutzung ihrer Beiträge. Des Weiteren wird auf, von der Gesellschaft, nicht toleriertes Handeln mit zusätzlichen Druck auf die Krankenhäuser und die Politik reagiert. Ein Beispiel hierfür waren die Debatten um Boni-Zahlungen für Chefarzte in Krankenhäusern, die zum z.T. auf Behandlungsmengen basierten. Durch die entstandene öffentliche Debatte wurde im Rahmen der Novellierung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes (KFRG) die Deutsche Kranken-

7 DIN 2005.

8 Bruhn 2013, S. 22.

9 Brüggemann und Bremer 2012, S. 4.

10 Brüggemann und Bremer 2012, S. 4.

11 Oess 1989, S. 55.

12 Sofaer und Firminger 2005.

hausgesellschaft (DKG) beauftragt, Leitlinien zu erstellen, die Zielvereinbarungen, die finanzielle Anreize an bestimmte Leistungen knüpfen, ausschließen. Ob die Annahme des gemeinen Betrachters jedoch zutrifft, ist empirisch fraglich. Eine weitere (interne) Anspruchsgruppe eines Krankenhauses sind dessen Mitarbeiter. Sie sind durch den Dienstleistungscharakter der Leistungserstellung für die Qualität fundamental. „Das Krankenhaus existiert ausschließlich durch die Leistung seiner Mitarbeiter“¹³. Entsprechend sind Mitarbeiter zwar einerseits Produzenten der Organisation. Andererseits sind sie jedoch auch von organisationsinternen Abläufen unmittelbar betroffen.

Die aufgeführte Liste hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Vielfalt der deutschen Krankenhauslandschaft

Qualitätsbegriff beschreiben die grundlegende Problematik einer Konzeption. Den Begriff schließlich auf einen bestimmten Bereich wie den Krankenhaussektor anzupassen, wird hierdurch schnell komplex.

Verbreitete Kennzahlen von Qualität im Gesundheitswesen sind Mortalitätsraten oder auch Fehlerquoten bei Operationen. Diese Maßzahlen sind outcomeorientiert. Und obwohl eine Outcome-Orientierung mit solchen recht greifbaren und objektiven Messungen auf den ersten Blick ideal wirkt, so sind dennoch Abstriche zu machen. Im komplexen Umfeld des Zusammenspiels von Therapie und Genesung des Patienten ist es schwierig, klare Kausalitäten herzustellen, die wiederum für die Qualitätssicherung essentiell wären, da sehr viele Faktoren die Genesung beeinflussen können.¹⁴ Die Validität von

nisse deuten auf eine teils differenzierte Wirkung von TQM-Instrumenten hin, da bspw. Kundenorientierung ausschließlich auf Engagement am Arbeitsplatz einen positiven Einfluss hat. Auch wenn diese Unterteilung wenig theoretisch hergeleitet ist, so deuten die Ergebnisse darauf, dass eine differenzierte Betrachtung von Qualitätsmanagement auch detailliertere Ergebnisse liefert. Hierdurch kann die Wirkungsweise von QM-Systemen besser verstanden werden.

Eine verbreitete Konzeption von Qualität, speziell im Gesundheitssektor, beschreibt Donabedian.¹⁷ Um die Mängel rein ergebnisorientierter Qualitätsmessungen zu überwinden, empfiehlt er den Blickwinkel auf weitere qualitätsrelevante Merkmale zu erweitern. Hierzu gehört die Untersuchung der Prozesse, die zur eigentlichen Diagnose und Behandlung führen. Kriterien hierfür sind bspw. die Angemessenheit, Vollständigkeit und Optimierung der Untersuchungsinformationen, die Berechtigung und Angemessenheit von Untersuchungen und Therapien, die Koordination einer übergangslosen Pflege sowie die Akzeptanz des Patienten, die durch Responsivität und Transparenz erreicht werden kann. Viele dieser Eigenschaften sind jedoch schwierig zu erfassen und, speziell bezogen auf die Patienten, mitunter subjektiv beeinflusst.

»Mitarbeiter sind für die Qualität der Leistungserstellung fundamental. Sie sind Produzenten, aber auch Betroffene.«

führt dazu, dass eine Verallgemeinerung für alle Einrichtungen äußerst schwierig ist. So kann es gerade bei privaten Krankenhäusern der Fall sein, dass ein übergeordneter Konzern erheblichen Einfluss auf die Ausgestaltung der Arbeitsabläufe nimmt. Anteilseigner der Firmen können durch spezifische Vorgaben den Spielraum einschränken. Öffentliche Krankenhäuser können durch kommunalpolitische Themen und Auseinandersetzungen beeinflusst werden. Eventuelle Gewinne können von der Stadtverwaltung zur Konsolidierung des Haushaltes einbehalten werden, anstatt neue Investitionen zu tätigen. Freigemeinnützige Krankenhäuser können aufgrund von Vorgaben einer zugehörigen Ordensgemeinschaft eingeschränkt werden. Diese verschiedenen Dimensionen und Perspektiven auf den

Mortalitätsraten als Qualitätskennzahlen ist folglich zu relativieren. So kritisieren verschiedene Studien, dass diese Messart kein angemessener Prädiktor für Qualität im Krankenhaus sei.¹⁵ Es ist also zu hinterfragen, ob eine reine Outcome-Orientierung überhaupt ausreichend ist. Einen pragmatischer Versuch der Operationalisierbarkeit der Multidimensionalität von Qualität bieten Karia und Asaari, die Total Quality Management (TQM) und seine Teilinstrumente in vier Kategorien unterteilt: „customer focus“, „training und education“, „empowerment und teamwork“ sowie „continuous improvement und problem prevention“.¹⁶ Anschließend wurde der Zusammenhang zwischen diesen Kategorien und arbeitsbezogenen Einstellungen wie Arbeitszufriedenheit und Commitment untersucht. Die Ergeb-

Als dritte Komponente ist das Umfeld relevant, in dem diese Prozesse stattfinden. Diese strukturellen Gegebenheiten, so die Annahme, beeinflussen wiederum die Eigenschaften der Prozesse sowie die Ergebnisse selbst. Hierzu gehören die interne Organisation mit ihren Kompetenz- und Verantwortungsverteilungen, die technische Ausstattung, Ausbildung des Personals und seine organisatorische Einbindung. Im Gegensatz zur Prozessdimension sind viele dieser Charakteristika konkrete und dadurch erfassbare Informationen.¹⁸

13 Roeder und Franz 2014, S. 20.

14 Daher werden bspw. Mortalitätsraten nicht selten risikoadjustiert, um patientenspezifische Faktoren zu kontrollieren.

15 Hofer und Hayward 1996; Thomas und Hofer 1999.

16 Karia und Asaari 2006.

17 Donabedian 1980.

18 Donabedian 1966, S. 695.

Durch diese drei Dimensionen soll eine umfassende Evaluierung der Qualität einer Gesundheitseinrichtung möglich werden. Die Ergebnisorientierung steht im Vordergrund und soll die Hauptausrichtung der Performanz einer Organisation sein. Jedoch kann ein umfassendes Bild von Qualität nur mit Unterstützung der Prozess- und Strukturdimension erfasst werden.

Dieses Paradigma wurde in verschiedenen Studien getestet und untersucht, um das Zusammenspiel von Struktur, Prozessen und Ergebnissen besser nachzuvollziehen. Die Erkenntnisse sind hierbei gemischt. Kunkel et al. finden in ihrer Untersuchung von 386 Krankenhausabteilungen in Schweden eine signifikante Wirkung von Struktur auf Prozesse und Ergebnisse sowie eine, wenn auch schwächere, Wirkung von Prozessen auf Ergebnisse.¹⁹ Auch Sainfort et al. finden ähnliche, signifikante Zusammenhänge in ihrer Untersuchung von Pflegeeinrichtungen.²⁰ Ramsay et al. hingegen finden in ihrer detaillierten Studie kaum Belege für das Zusammenspiel von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Pflegeeinrichtungen und vermuten, dass die geringe Autonomie und der mangelnde wettbewerbliche Druck dafür ein Grund sein können.²¹

Spezielle Anforderungen an Leistungen im Krankenhaus

Quality matters, das gilt auch für Krankenhäuser.²² Für die Qualitätsbetrachtung im Krankenhaus sind verschiedene Aspekte jedoch besonders hervorzuheben, die die Leistungserstellung beeinflussen. Die Produkte eines Krankenhauses sind vor allem Dienstleistungen und unterliegen entsprechenden besonderen Eigenschaften bei der Qualitätssicherung und dessen Management. Parasuraman et al. nennen verschiedene Gründe, warum Dienstleistungen besondere Anforderungen an ein QM-System stellen.²³ Sie sind immateriell. Da Dienstleistungen keine Objekte sind, deren Beschaffenheit überprüft werden kann, sind sie schwer zu messen und zu evaluieren. Weiterhin sind sie heterogen (vor allem jene mit erheblichem Arbeitsaufwand). Das bedeutet, dass sich die Eigenschaften der Leistung vom Dienstleister, Kunden und Zeitpunkt der Erstellung unterscheiden können. Des Weiteren sind

meist die Produktion und der Konsum einer Leistung zeitlich nicht voneinander zu trennen. Diese Untrennbarkeit erschwert die systematische Kontrolle der Qualität durch die Leitungsebenen. Der Einfluss der Kunden hat unmittelbar Einfluss auf den eigentlichen Erstellungsprozess. Die spezielle Beziehung zwischen Leistungsersteller und Kunden kann für die Qualitätswahrnehmung außerdem grundlegend und Teil der Leistung selbst sein. Im Bildungssektor bspw. hängen die Qualität und der Erfolg der erbrachten Leistung von der Interaktion und dem Engagement des Kunden ab. Jeder kennt Fälle von Lehrern, vor denen einige Schüler sogar förmlich Angst hatten, was deren Lernleistung nicht unbedingt verbesserte. Diese Faktoren machen nicht nur die Qualitäts-

Krankenhauses. Jede der Gruppen verfügt über eigene Interessen und Ziele und sieht unterschiedliche Wege, die Leistung des Krankenhauses zu optimieren.²⁶

Welche Vorteile erhofft sich eine Organisation nun aus einer systematischen Verbesserung und Kontrolle der Qualität? Verschiedene Zwecke können hierbei genannt werden. Bruhn beschreibt drei Kategorien von Wirkung, die durch eine hohe Leistungsqualität erreicht werden können:²⁷

- Psychologische Wirkung
- Verhaltensbezogene Wirkung
- Ökonomische Wirkung

Der Leistungsempfänger kann durch einen Vergleich seiner Erwartungen mit

»Für ein umfassendes Bild von Qualität muss neben der Ergebnisdimension auch die Prozess- und Strukturdimension erfasst werden.«

sicherung und -management für den Produzenten schwierig. Sie erschweren auch die Bewertung durch den Konsumenten.

Dienstleistungen im Krankenhaus speziell unterliegen besonderen Bedingungen aufgrund ihrer medizinischen Natur. Das Personal, das die Leistungen erstellt, ist hoch professionalisiert und eine „klassische Expertenorganisation“²⁴. Das gilt für das ärztliche, das pflegerische sowie das administrative Personal. Ein Effekt dieses Expertentums ist, dass sich Patient in einem erheblichen Abhängigkeitsverhältnis zum medizinischen Personal befindet.²⁵ Die starke Informationsasymmetrie erschwert die gemeinsame Leistungserstellung mit dem Patienten. Die unterschiedlichen Expertengruppen innerhalb eines Krankenhauses (Ärzte, Pflege, Management) erschweren wiederum ein gemeinsames Verständnis des Managements eines

dem empfundenen Wert der Leistung auszuwerten, ob er diese als zufriedenstellend empfindet.²⁸ Durch die daraus entstehende Zufriedenheit kann ein Vertrauensverhältnis zwischen Leistungsempfänger und -erbringer entstehen, das Nutzungsverhalten des Kunden beeinflusst. Die Wahrscheinlichkeit erhöht sich, dass eine Kundenbindung entsteht

¹⁹ Kunkel et al. 2007.

²⁰ Sainfort et al. 1994.

²¹ Ramsay et al. 1995, S. 74.

²² Tsai und Jha 2014.

²³ Parasuraman et al. 1985.

²⁴ Offermanns 2011, S. 134.

²⁵ Stratmeyer 2002, S. 113.

²⁶ Glouberman und Mintzberg 2001.

²⁷ Bruhn 2013, S. 33.

²⁸ Für eine weitere Vertiefung siehe auch das (Dis-) Confirmation-Paradigma bei Oliver 1997.

und der Leistungserbringer weiterempfohlen wird. Die daraus resultierenden ökonomischen Effekte sind vielfältig und reichen von Erlössteigerungen bis zur Ausweitung des Marktanteils. Des Weiteren kann Qualität die Produktivität einer Organisation erhöhen.²⁹ Durch einen Fokus auf kontinuierliche Verbesserung können darüber hinaus Effizienzsteigerungen erzielt werden.³⁰

Die aufgezeigten unterschiedlichen Betrachtungsweisen auf Qualität, speziell im Krankenhaus, verdeutlichen die Schwierigkeit, ein umfassendes System zur Qualitätssicherung und -verbesserung einzurichten, in dem alle Anspruchsgruppen (oder zumindest die Mehrheit) abgedeckt und einbezogen werden.

Die Bandbreite an Qualitätsmaßnahmen

Die Bandbreite der Ansatzpunkte zur Kontrolle und Verbesserung von Qualität ist denkbar groß. Deshalb soll eine Vielzahl der Instrumente erläutert und strukturiert werden. Devers et al. nennen drei grundlegende Mechanismen, die zu Qualitätssteigerung im Krankenhausbereich führen können: Regulierung, Professionalisierung und Marktdruck.³¹ Im folgenden Abschnitt werden eine Reihe von Ansätzen aus dem deutschen Krankenhausbereich vorgestellt, die sich diesen Kategorien zuordnen lassen.

Qualitätssicherung oder Qualitätsmanagement?

In Debatten und Literatur zur Kontrolle und Verbesserung von Qualität im Krankenhaussektor tauchen zwei Begriffe miteinander synonym verwendet auf: Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. Eine Differenzierung der beiden Begriffe ist essentiell. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement können aus unterschiedlicher Perspektive miteinander in Verbindung gebracht werden. Kamiske und Malornym sehen beide Aspekte als unterschiedliche Entwicklungsstufen mit dem Ziel eines Total Quality Managements.³² Die Basis hierfür bildet die Qualitätskontrolle, bei der Qualität als eine von vielen Funktionen betrachtet wird, für die Spezialisten beauftragt werden. Hierbei steht die Kontrolle der Produkte (Leistungen)

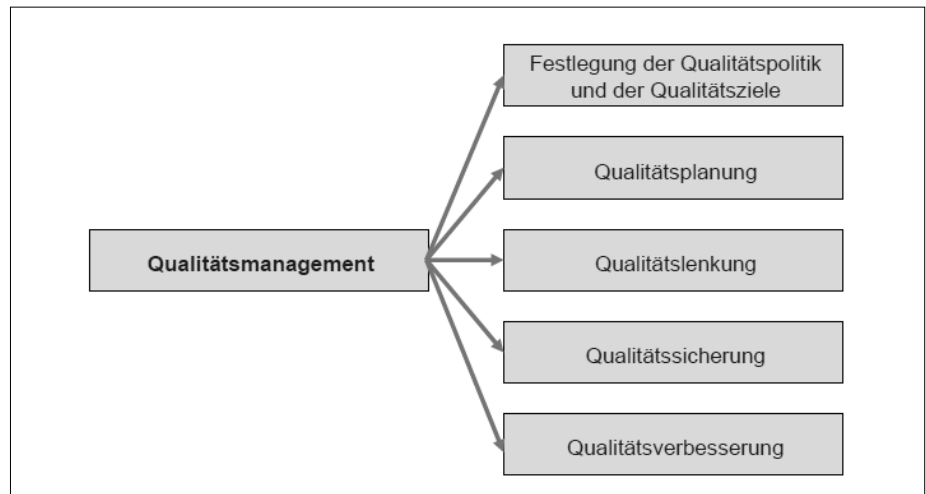


Abb. 2: Bestandteile des Qualitätsmanagements (Brüggemann/Bremer 2012: 122)

im Vordergrund, um Fehler zu vermeiden. Die nächste Stufe ist die Integrative Qualitätssicherung. Hier wird Qualität als Querschnittsfunktion betrachtet, die jeden betrifft. Qualitätssicherung wird zur präventiven Aufgabe auf sowohl auf individueller wie auch organisationaler Ebene. Allerdings konkurriert Qualität mit anderen Fokussen, die die Organisation besitzt. Auf letzter Stufe wird ein Qualitätsmanagement nach dem Vorbild des Total Quality Management eingeführt. Qualität wird nun als Führungsaufgabe verstanden und allen Funktionen übergeordnet.

Eine Definition der beiden Begriffe liefert ebenfalls die DIN EN ISO. Bis Ausgabe März der DIN EN ISO 8402 stellte Qualitätssicherung den Oberbegriff zur Steuerung von Qualität dar. Danach wurde dieser durch Qualitätsmanagement ersetzt, der nun eine umfassendere Rolle einnimmt.³³ Die DIN EN ISO 9000 stellt für einen Großteil wissenschaftlicher Untersuchungen die definitorische Grundlage dar. Hier wird Qualitätssicherung als Bestandteil eines Qualitätsmanagementsystems verstanden. Abbildung 2 stellt die einzelnen Elemente dar. Qualitätssicherung soll hierbei der Teil eines QM-Systems sein, der „darauf ausgelegt ist, Vertrauen zu erzeugen, dass Qualitätsanforderungen erfüllt werden“³⁴. Dies soll durch eine präventive Verbesserung und Kontrolle der Prozesse und Tätigkeiten erfolgen, die an der Leistungserstellung teilhaben. Als einzelnes Element erfüllt Qualitätssicherung somit eine spezifische Funktion und ist integraler Bestandteil eines Qualitätsmanagements. Des Weiteren

ist zwischen einer internen sowie externen Qualitätssicherung zu unterscheiden. Erstere bezieht sich auf Maßnahmen, die innerhalb der Organisation durch sich selbst durchgeführt werden. Externe Qualitätssicherung wiederum bezieht sich auf zwischen- und überorganisationale Aktivitäten, welche durch externe Akteure durchgeführt werden.³⁵ Speziell die externe Qualitätssicherung kann weitere positive Effekte mit sich bringen. So kann bspw. die eigene Performanz in Relation zu anderen Akteuren gesetzt werden, die ebenfalls an der Qualitätssicherung teilnehmen (bspw. Benchmarks). Zusätzlich kann die Leistungsfähigkeit der eigenen Qualitätssicherung überprüft werden.³⁶ Eine Akkreditierung ist hiervon jedoch zu unterscheiden, da eine Qualitätssicherung wiederum häufig Voraussetzung für eine Akkreditierung ist.

Gesetzliche Externe Qualitätssicherung

Die besondere korporatistische Struktur des deutschen Gesundheitswesens ist prägend für die Ausgestaltung der gesetzlichen Qualitätssicherung. So spielt

²⁹ Elearn 2008.

³⁰ Robson 2010.

³¹ Devers et al. 2004.

³² Kamiske und Malornym 1994.

³³ Kamiske und Brauer 2008, S. 215.

³⁴ Brüggemann und Bremer 2012, S. 123.

³⁵ Vlasceanu et al. 2007, S. 74.

³⁶ Matson 1998.

die Selbstverwaltung der Akteure des Gesundheitswesens, seit 2004 vor allem über den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), eine wichtige Rolle bei der Spezifizierung von gesetzlichen Vorgaben. Die Qualitätssicherung im deutschen Gesundheitswesen lag im besonderen Fokus des Gesetzgebers und hat mittlerweile mehrere Entwicklungsstufen durchlaufen. Mit der Gesundheitsreform 2000 wurden die Grundsteine hierfür gelegt. Zugelassene Krankenhäuser wurden verpflichtet, ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement einzuführen. Des Weiteren wurde die Selbstverwaltung zur Konkretisierung der Anforderungen eines solchen QM verpflichtet. Seit 2001 wurde entsprechend

lichung zu fördern. Da die Kooperation zwischen der BQS und dem Gemeinsamen Bundesausschuss nicht komplikationsfrei verlief³⁸, bestimmte der Gesetzgeber, dass ein unabhängiges, wissenschaftliches Institut die Aufgaben übernehmen soll. Zum 1. Januar 2010 übernahm das AQUA-Institut den Bereich und strukturierte die sektorenübergreifende Qualitätssicherung. Das Institut fokussierte eine erhöhte Transparenz und Effizienz bei der Datenermittlung und -darstellung. Zum 24. Juli 2014 wurde das GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) verkündet. Unter anderem soll durch den Gemeinsamen Bundesausschuss ein unabhängiges Stiftungsinstitut

dividueller Ebene.⁴² Mit der Einführung eines obligatorischen, einrichtungsinternen Qualitätsmanagements wurde die gemeinsame Selbstverwaltung damit beauftragt, Grundsätze für ein solches System zu entwickeln. In einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. Juni 2005 wurden diese Anforderungen weiter konkretisiert. Ein von den Häusern frei gewähltes QM-System müsse folgende Elemente miteinander verknüpfen:

- Patientenorientierung
- Patientensicherheit
- Verantwortung und Führung
- Wirtschaftlichkeit
- Prozessorientierung
- Mitarbeiterorientierung und -beteiligung
- Zielorientierung und Flexibilität
- Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess

»Die DIN EN ISO 9000 definiert Qualitätsmanagement als ‚aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität‘.«

die externe Qualitätssicherung durch die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) umgesetzt. Durch sie wurden die relevanten Daten der Krankenhäuser gesammelt, ausgewertet und anonymisiert veröffentlicht. Dadurch erhielten Patienten jedoch keine Informationen über die Leistungsfähigkeit der einzelnen Krankenhäuser³⁷. Dieses Problem sollte mit der Veröffentlichung von Qualitätsberichten behoben werden, worauf weiter unten ausführlicher eingegangen wird. Durch das Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) 2004 wurden die Qualitätssicherungsmaßnahmen im ambulanten Sektor eingeführt und Praxen dazu verpflichtet ein internes Qualitätsmanagement einzuführen. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 schließlich wurde eine sektorenübergreifend einheitliche Qualitätssicherung angestoßen. Auch hier sollte der Gemeinsame Bundesausschuss Richtlinien erlassen, um eine Vereinheit-

gegründet werden, dass „[i]m Wesentlichen [...] die Aufgaben übernehmen [wird], die jetzt AQUA macht“³⁹ wie Prof. Dr. Jürgen Windeler, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), in einem Interview prognostiziert.

Es gibt empirische Hinweise dafür, dass diese Palette an Instrumenten und Regelungen zur Qualitätssicherung über die Jahre einen positiven Effekt auf die Versorgungsqualität hatte.⁴⁰

Internes Qualitätsmanagement

Die DIN EN ISO 9000 definiert Qualitätsmanagement als „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation bezüglich Qualität“⁴¹. Es ist eine Managementmethode, die Qualität auf verschiedenen Ebenen betrachtet: sowohl auf Institutionsebene als auch auf interinstitutioneller und in-

Auf Basis dieser Grundsätze steht eine Vielzahl von Instrumenten zur Verfügung, die sich gegenseitig ergänzen, um damit die verschiedenen Dimensionen von Qualität abzubilden. Um Verbesserungspotenziale zu identifizieren und Entwicklungsstände überprüfen und vergleichen zu können, eignen sich Instrumente der Informationserhebung. Zu nennen wären hier Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, aber auch Umfragen unter zuliefernden Ärzten sowie die Erhebung und Auswertung anderer Kennzahlen. Ein ausgearbeitetes Beschwerdemanagement kann hierfür ebenfalls genutzt werden und kann zusätzlich die Zufriedenheit der Patienten erhöhen. Da Fehler im Krankenhausbereich als hochkomplexe und technologische Organisation eine besondere Rolle spielen, bieten sich Instrumente zur Optimierung und Fehlervermeidung an.⁴³ Hierzu zählt ein systematisches Risikomanagement, das, unterstützt durch eine vertiefte Prozessorientierung, präventiv Schwachstellen in den Abläufen

37 Reimann und Trefzer 2009, S. 44.

38 ebd., S. 47.

39 Hömberg 2014.

40 Reimann und Trefzer 2009, S. 46.

41 DIN 2005.

42 Lauterbach 2008, S. 280f.

43 Wolter 2011, S. 202.

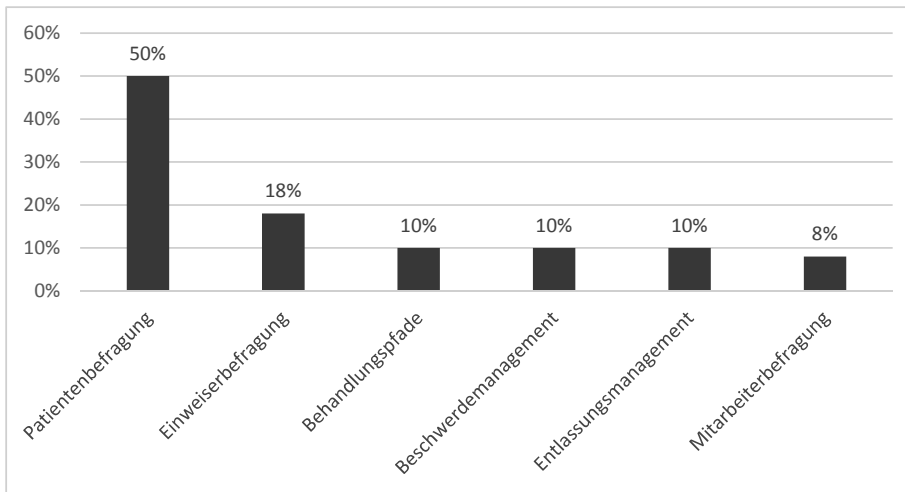


Abb. 3: Verwendete QM-Instrumente 2004 (auf Basis der Daten von Pietsch und Wialdn 2008; n=90)

und Strukturen des Krankenhauses identifizieren kann. Um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu etablieren und Mitarbeiter zu aktivieren, bieten sich ein Ideenmanagement und Qualitätszirkel an. Die Liste an Instrumenten ließe sich noch lange fortsetzen. Das Potpourri an Zertifikaten und Instrumenten zeugt von einer großen Vielfalt, was wiederum auf die Komplexität des Begriffs Qualität im Krankenhaus sowie einen mittlerweile durchaus etablierten Industriezweig hindeutet.

Wenngleich gerade praxisorientierte Literatur für ein umfassendes und integriertes Qualitätsmanagement wirbt, ist die Wahl der Instrumente häufig sehr selektiv. Pietsch und Wialdn untersuchen die Qualitätsberichte der Krankenhäuser 2004 und stellen hierbei einen noch recht zurückhaltenden qualitativen Ausbau verschiedener Instrumente des QM heraus (siehe Abb. 3).⁴⁴

Verschiedene internationale Studien zeigen eine positive Wirkung von QM-Systemen und Hinweise auf Wettbewerbsvorteile für Krankenhäuser auf, die ein solches etablierten.⁴⁵ Für Deutschland sind derartige Untersuchungen jedoch rar. Welche Faktoren die unterschiedlichen Ausgestaltungsformen des QM beeinflussen, ist ebenfalls nur teilweise untersucht.⁴⁶

Qualitätsberichte

Qualitätsberichte (auch performance reports) sind öffentlichen zugängliche Berichte über die Performanz und Qualität

des entsprechenden Krankenhauses. Sie sollen vor allem Marktmechanismen stimulieren, aber auch, wenn auch weniger, die Professionalisierung, d.h. Qualitätssteigerung der eigenen Leistung, vorantreiben.⁴⁷ Hierbei stehen drei Annahmen im Vordergrund: die Berichte

- beeinflussen das Wahlverhalten der Patienten,
- prägen den Ruf des jeweiligen Anbieters und
- erzeugen einen Verbesserungsdruck auf Basis von beruflichen Normen, die auf eine Bewahrung der Standards und Selbstverwaltung abzielen.

International sind Qualitäts- und Performanceberichte bereits relativ verbreitet. In den 1980er Jahren wurden sie systematisch in den USA eingeführt. Länder wie Großbritannien folgten recht bald. Seit 2003 sind alle deutschen Krankenhäuser dazu verpflichtet, qualitätsrelevante Daten in strukturierten Qualitätsberichten darzustellen, die im Rhythmus von zwei Jahren veröffentlicht werden mussten. 2013 wurde dieser Rhythmus auf jährliche Publikationen verkürzt. Gerade in der Anfangsphase wurde die Datenqualität sowie Verständlichkeit und Übersichtlichkeit der Berichte mitunter stark kritisiert.⁴⁸ Um dies zu verbessern, wurde die Struktur

der Berichte über die Jahre mehrmals verändert. In seiner jüngsten Richtlinie vom 23. Dezember 2005 zu Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser legt der G-BA fest, dass die Krankenhäuser die Daten der Qualitätsberichte an eine Annahmestelle des G-BA senden. Diese sendet die gesammelten Daten schließlich an beteiligte Kassen, Verbände, Patientenorganisationen usw. Die Krankenhäuser erstellen keine PDF-Dateien mehr. Die Daten werden ausschließlich als XML-Datei standardisiert gesammelt und verteilt.

Die Wirkungsweise derartiger Qualitätsberichte ist international stark diskutiert worden. Die empirischen Hinweise sind z.T. sehr unterschiedlich⁴⁹, was vermutlich u.a. durch die unterschiedlichen Untersuchungsdesigns zu erklären ist.⁵⁰ Trotz kritischer Befürchtungen über mögliche Nebeneffekte wie Patienten-selektion⁵¹ zeigen verschiedene aktuellere Studien jedoch Evidenz, dass die Veröffentlichung von Performance-Daten und Qualitätsberichten, speziell in Bereichen mit schwacher Performance, Qualitätssteigerungen durchaus begünstigen kann.⁵²

Der Bekanntheitsgrad und die Nutzung der deutschen Qualitätsberichte durch die Bürger sind jedoch eher beschränkt.⁵³ Gaydoul erklärt, dass die besonderen Gegebenheiten des Gesundheitsmarktes dazu führen, dass Patienten bei ihrer Entscheidungsfindung für Krankenhäuser eher auf nahestehende Personen vertrauen, wozu unter anderem auch einweisende Ärzte gehören. Letzere jedoch „scheinen die Berichte über die Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern [ebenfalls] nur begrenzt zu nutzen und auf andere, historisch gewachsene Informationskanäle zu vertrauen“⁵⁴. Der aktuell verfolgte Ansatz mittels einfach strukturierter Vergleichsportale den Nutzungsgrad bei Patienten und Ärzten zu erhöhen, mag bei der weiteren Etablierung und Verbreitung helfen. Nichtsdestotrotz wäre es für externe Inte-

44 Pietsch und Wialdn 2008.

45 Douglas und Judge 2001; Shortell 1995.

46 Einen ersten Überblick liefern Wardhani et al. 2009.

47 Hibbard et al. 2005, S. 1150.

48 Döbler et al. 2007, S. 31.

49 Marshall et al. 2000.

50 Hibbard et al. 2003, S. 84.

51 Werner und Asch 2005.

52 Hibbard et al. 2003; Hibbard et al. 2005; Lindemann et al. 2007.

53 Geraedts 2006, S. 157ff.

54 Gaydoul 2009, S. 187.

ressenten (bspw. Journalisten, Universitäten) wünschenswert, wenn die Rohdaten unmittelbar verfügbar und zugänglich wären, um eigene Analysen durchführen zu können.

Weitere Maßnahmen – Mindestmengen

Eine weitere Maßnahme, die auf die Steigerung der Qualität abzielt, ist z.B. die Forderung nach Mindestmengen. Seit 2004 wurden für eine Reihe von Behandlungen Mindestmengen in den Krankenhäusern vereinbart, die erbracht werden müssen, damit solche Behandlungen überhaupt angeboten werden dürfen. Diese Vorgabe soll die Spezialisierung im Krankenhausbereich (bspw. so genannte Cen-

des Marktes und haben kaum noch signifikanten Mehrwert.⁵⁸

Resultat: Wettbewerb durch Qualität(?)

In der aktuellen politischen Debatte spielt Qualität eine zunehmende Rolle. Besonders die Krankenkassen und ihre Verbände fordern, dass Qualität als Wettbewerbselement eine wichtige Rolle spielt.⁵⁹ Forderungen reichen hier von qualitätsorientierten Selektivverträgen der Kassen mit einzelnen Krankenhäusern bis hin zu qualitätsbezogenen Vergütungssystemen.⁶⁰ Beide Modelle werden von der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus diversen Gründen abgelehnt.⁶¹ International wurde in verschiedenen Ländern

feld. Seit 2000 ist ein ausführliches Konstrukt an Mechanismen eingeführt worden, die die Qualität der Krankenhausleistung systematisch überprüfen und verbessern soll. Ein zentrales Element ist außerdem die Förderung des Wettbewerbs durch Spezialisierung und Transparenzbestrebungen. Und obwohl es Belege für die Wirkungsweisen von Qualitätssicherung und -management im internationalen Kontext gibt, so ist diese im deutschen Kontext leider nur schwach untersucht. Es wird erwartet, dass zukünftige Forschung diese Zusammenhänge näher untersucht. Dies ist umso dringlicher, als Qualität zunehmend ein politisches Instrument der Planung und Finanzierung zu werden scheint.

»Die Veröffentlichung von Performance-Daten und Qualitätsberichten kann Qualitätssteigerungen begünstigen.«

ters of Excellence) fördern und damit die Konzentration von Erfahrung oder Effizienzgewinne durch Sammlung gleichartiger Behandlungen erzielen. Dem gegenüber können aber auch Nachteile drohen wie eine Fokussierung auf Ballungszentren und eine Vernachlässigung von ländlichen Gebieten sowie eine generelle Einschränkungen der Wahlmöglichkeiten für Patienten.⁵⁵ Die Wirkung von derartigen Mindestmengenregelungen ist zwar insgesamt stark diskutiert⁵⁶ – vor allem methodische Konflikte spielen hierbei eine Rolle. Internationale Studien deuten jedoch darauf hin, dass so genannte threshold volumes einen weitestgehend positiven Effekt auf Qualitätsindikatoren wie Mortalitätsrate haben.⁵⁷ Die Findung konkreter Grenzwerte gestaltet sich jedoch schwierig, da zu niedrige Mindestmengen keinen Effekt erzeugen. Zu hohe Mindestmengen wiederum führen zu starken Veränderungen

mit unterschiedlichsten Gesundheitssystemen mit derartige Vergütungssysteme experimentiert. Empirische Erkenntnisse zu den Effekten sind allerdings rar.⁶² Existierende Studien wiederum sind schwer vergleichbar, da sich u.a. die untersuchten Variablen und Untersuchungsdesigns stark unterscheiden.⁶³ Wie sich die deutsche Debatte zu entsprechenden Konzepten weiterentwickelt, bleibt abzuwarten. Im GKV-FQWG vom 21.07.2014 wurden entsprechende Themen weitestgehend ausgelassen. Jedoch wurden in einem aktuellen Entwurf eines Arbeitskreises Eckpunkte einer weiteren Reform vorgestellt, in denen die genannten Wettbewerbselemente wieder aufgegriffen wurden.

Zusammenfassung

Das deutsche Gesundheitswesen ist ein äußerst salientes und reguliertes Politik-

Literaturverzeichnis

Bandelow, Nils; Eckert, Florian; Rüsenberg, Robin (2009): Qualitätsorientierung als „Megathema“ der Zukunft? In: Nils C. Bandelow (Hg.): Gesundheit 2030: Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss., S. 13-26.

Brüggemann, Holger; Bremer, Peik (2012): Grundlagen Qualitätsmanagement. Wiesbaden: Vieweg+Teubner Verlag.

Bruhn, Manfred (2013): Qualitätsmanagement für Nonprofit-Organisationen: Grundlagen, Planung, Umsetzung, Kontrolle. Wiesbaden: Springer Gabler.

Costa, Serban-Dan (2014): Qualitätsmanagement im Krankenhaus: Nicht zum Nutzen der Patienten. In: *Deutsches Ärzteblatt* 111, (38).

Devers, K. J.; Pham, H. H.; Liu, G. (2004): What Is Driving Hospitals' Patient-Safety Efforts? In: *Health affairs (Project Hope)* 23 (2), S. 103-115.

Die Bundesregierung (2013): Deutschlands Zukunft gestalten: Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD.

DIN (2005): Qualitätsmanagementsysteme: Grundlagen und Begriffe (ISO 9000:2005); dreisprachige Fassung; DIN EN ISO 9000. Dezember 2005. Berlin: Beuth (DIN EN ISO 9000).

55 Geraedts 2004, S. 1404.

56 Velasco-Garrido und Busse 2004.

57 Gandjour et al. 2003; Elixhauser et al. 2003; Markar et al. 2012; Tsai und Jha 2014.

58 Ross et al. 2010, S. 116f; Velasco-Garrido und Busse 2004, S. 19.

59 Tenhagen 2014; GKV-Spitzenverband 2013.

60 GKV-Spitzenverband.

61 DKG 2013.

62 Waters et al. 2004.

63 Dudley 2004.

- DKG (2013): Kliniken fordern faire Rahmenbedingungen. Online verfügbar unter <http://www.dkgev.de/dkg.php/cat/38/aid/10829>, zuletzt geprüft am 12.09.2014.
- Döbler, K.; Boy, O.; Mohr, V. (2007): Qualitätsberichte der Krankenhäuser: Wie viel Prozess- und Ergebnisqualität steckt drin? In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 12 (1), S. 25–34.
- Donabedian, Avedis (1966): Evaluating the quality of medical care. Washington, D.C.: USPHS. Health Services Research Study Project.
- Donabedian, Avedis (1980): The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press (His Explorations in quality assessment and monitoring, v. 1).
- Douglas, T. J.; Judge, W. Q. (2001): Total Quality Management Implementation and Competitive Advantage: the Role of Structural Control and Exploration. In: *Academy of Management Journal* 44 (1), S. 158–169.
- Dudley, R. Adams (2004): Strategies to support quality-based purchasing: A review of the evidence. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Healthcare Research and Quality (Technical review, no. 10).
- Elearn (2008): Quality and Operations Management Revised Edition. Management Extra. Burlington: Elsevier (Management Extra Ser).
- Elixhauser, A.; Steiner, C.; Fraser, I. (2003): Volume Thresholds And Hospital Characteristics In The United States. In: *Health affairs (Project Hope)* 22 (2), S. 167–177.
- Gandjour, Afschin; Bannenberg, Angelika; Lauterbach, Karl W. (2003): Threshold volumes associated with higher survival in health care: a systematic review. In: *Medical Care* 41 (10), S. 1129–1141.
- Gaydoul, Tobias (2009): Qualitätsberichte von Krankenhäusern: Eine empirische Analyse aus informationsökonomischer Sicht. 1., Auflage. Wiesbaden: Gabler.
- Geraedts, M. (2004): Krankenhaus: Spärliche Evidenz für explizite Mindestmengen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 101 (20), S. 1402–1404.
- Geraedts, M. (2006): Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht. In: *Gesundheitsmonitor*, S. 154–170.
- GKV-Spitzenverband: GKV-Geschäftsbericht 2013: Nutzen, Qualität und Innovation voranbringen.
- GKV-Spitzenverband (2013): Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung: Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in der kommenden Legislaturperiode.
- Glouberman, Sholom; Mintzberg, Henry (2001): Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation. In: *Health Care Management Review* 26 (1).
- Hibbard, J. H.; Stockard, J.; Tusler, M. (2003): Does Publicizing Hospital Performance Stimulate Quality Improvement Efforts? In: *Health affairs (Project Hope)* 22 (2), S. 84–94.
- Hibbard, J. H.; Stockard, Jean; Tusler, Martin (2005): Hospital performance reports: impact on quality, market share, and reputation. In: *Health affairs (Project Hope)* 24 (4), S. 1150–1160.
- Hofer, T. P.; Hayward, R. A. (1996): Identifying Poor-Quality Hospitals: Can Hospital Mortality Rates Detect Quality Problems for Medical Diagnoses? In: *Medical Care* 34 (8).
- Hömborg, Erentraud (2014): Das neue Qualitätsinstitut für Krankenhäuser – Wunsch und Wirklichkeit, 31.07.2014. Online verfügbar unter <http://praxis.medscapemedizin.de/artikel/4901963>.
- Kamiske, Gerd F.; Brauer, Jörg-Peter (2008): Qualitätsmanagement von A bis Z: Erläuterungen moderner Begriffe des Qualitätsmanagements. 6. Aufl. München: Hanser.
- Kamiske, Gerd F.; Malornym, C. (1994): TQM – ein bestechendes Führungsmodell mit hohen Anforderungen und großen Chancen. In: Gerd F. Kamiske (Hg.): Die hohe Schule des Total Quality Management. Berlin: Springer.
- Karia, Noorliza; Asaari, Muhammad Hasmi Abu Hassan (2006): The effects of total quality management practices on employees' work-related attitudes. In: *The TQM Magazine* 18 (1), S. 30–43.
- Kunkel, Stefan; Rosenqvist, Urban; Westerling, Ragnar (2007): The structure of quality systems is important to the process and outcome, an empirical study of 386 hospital departments in Sweden. In: *BMC Health Serv Res* 7, S. 104.
- Lauterbach, Karl W. (2008): Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und evidence-based medicine: Eine systematische Einführung. 3. Aufl. Stuttgart [u.a.]: Schattauer.
- Lindenaier, Peter K.; Remus, Denise; Roman, Sheila; Rothberg, Michael B.; Benjamin, Evan M.; Ma, Allen; Bratzler, Dale W. (2007): Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. In: *The New England journal of medicine* 356 (5), S. 486–496.
- Mansky, Thomas (2011): Stand und Perspektive der stationären Qualitätssicherung in Deutschland. In: J. Klauber, M. Geraedts, F. Friedrich und J. Wasem (Hg.): Krankenhaus-Report 2011: Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb, Bd. 2011. Stuttgart [u.a.]: Schattauer, S. 19–37.
- Markar, Sheraz R.; Karthikesalingam, Alan; Thrumurthy, Sri; Low, Donald E. (2012): Volume-outcome relationship in surgery for esophageal malignancy: systematic review and meta-analysis 2000–2011. In: *Journal of Gastrointestinal Surgery* 16 (5), S. 1055–1063.
- Marshall, Martin N.; Shekelle, Paul G.; Leatherman, Sheila; Brook, Robert H. (2000): The Public Release of Performance Data. In: *JAMA* 283 (14), S. 1866.
- Matson, P. L. (1998): Internal quality control and external quality assurance in the IVF laboratory. In: *Human Reproduction* 13 (suppl 4), S. 156–165.
- Oess, Attila (1989): Total Quality Management: Die Praxis des Qualitäts-Managements. Wiesbaden, S.L.: Gabler Verlag.
- Offermanns, Guido (2011): Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem. Springer: Berlin Heidelberg.
- Oliver, Richard L. (1997): Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer. Boston, Mass.: Irwin McGraw-Hill.
- Parasuraman, A.; Zeithaml, Valarie A.; Berry, Leonard L. (1985): A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. In: *Journal of Marketing* 49 (4), S. 41–50.
- Pfeifer, T. (1990): Untersuchung zur Qualitätssicherung: Stand und Bewertung; Empfehlung für Massnahmen: Kernforschungszentrum (Forschungsbericht. Projektträger-schaft Fertigungstechnik, Kernforschungszentrum Karlsruhe).
- Pietsch, Barbara; Wialdn, Alexandra (2008): Strukturierte Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Analyse und Weiterentwicklung. In: Norbert Klusen und Andreas Meusch (Hg.): Zukunft der Krankenhausversorgung: Qualität, Wettbewerb und neue Steuerungsansätze im DRG-System, Bd. 21. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos (Beiträge zum Gesundheitsmanagement, Bd. 21), S. 149–167.
- Ramsay, J. D.; Sainfort, F.; Zimmerman, D. (1995): An Empirical Test of the Structure, Process, and Outcome Quality Paradigm Using Resident-Based, Nursing Facility Assessment Data. In: *American Journal of Medical Quality* 10 (2), S. 63–75.
- Reimann, Carola; Trefzer, Timo (2009): Qualitätssicherung im Gesundheitswesen: Bewährtes weiterentwickeln, Transparenz erhöhen, neue Anreize setzen. In: Nils C. Bandelow (Hg.): Gesundheit 2030: Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss, S. 42–54.
- Robson, George D. (2010): Continuous Process Improvement: Simplifying work flow systems. New York: The Free Press.
- Roeder, N.; Franz, D. (2014): Qualitätsmanagement im Krankenhaus – Aktueller Entwicklungsstand und Ausblick. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 19 (01), S. 16–21.
- Ross, Joseph S.; Normand, Sharon-Lise T.; Wang, Yun; Ko, Dennis T.; Chen, Jersey; Drye, Elizabeth E. et al. (2010): Hospital volume and 30-day mortality for three common medical conditions. In: *The New England journal of medicine* 362 (12), S. 1110–1118.
- Sainfort, F.; Ramsay, J. D.; Ferreira, P. L.; Mezghani, L. (1994): A First Step in Total Quality Management of Nursing Facility Care: Development of an Empirical Causal Model of Structure, Process and Outcome Dimensions. In: *American Journal of Medical Quality* 9 (2), S. 74–86.
- Shortell, S. M. (1995): Physician Involvement in Quality Improvement: Issues, Challenges, and Recommendations. In: David Blumenthal und Ann C. Scheck (Hg.): Improving clinical practice: Total quality management and the physician. 1. ed. San Francisco: Jossey-Bass Publ, S. 207–217.
- Sofaer, Shoshanna; Firminger, Kirsten (2005): Patient perceptions of the quality of health services. In: *Annual review of public health* 26, S. 513–559.
- Stratmeyer, Peter (2002): Das patientenorientierte Krankenhaus: Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektiven für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin. Weinheim: Juventa-Verlag.
- Tenhagen, Susanne (2014): Mehr Hand an die Qualitätskriterien legen: Interview mit Dr. Wulf-Dietrich Leber, Abteilungsleiter Krankenhäuser, GKV-Spitzenverband. In: *KU Gesundheitsmanagement* (2), S. 14–16.
- Thomas, J. William; Hofer, Timothy P. (1999): Accuracy of Risk-Adjusted Mortality Rate As a

Measure of Hospital Quality of Care. In: *Medical Care* 37 (1).

Tsai, Thomas C.; Jha, Ashish K. (2014): Hospital consolidation, competition, and quality: is bigger necessarily better? In: *The Journal of the American Medical Association* 312 (1), S. 29-30.

Velasco-Garrido, Marcial; Busse, Reinhard (2004): Förderung der Qualität in deutschen Krankenhäusern. In: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 58 (5-6), S. 10-20.

Vlasceanu, Lazar; Grünberg, Laura; Pârlea, Dan (2007): Quality assurance and accreditation: A glossary of basic terms and definitions. Bucharest: Unesco-CEPES.

Wardhani, V.; Utarini, A.; van Dijk, J. P.; Groothoff, J. W. (2009): Determinants of quality management systems implementation in hospitals. In: *Health Policy* (89(3)), S. 239-251.

Waters, Hugh R.; Morlock, Laura L.; Hatt, Laurel (2004): Quality-based purchasing in health care. In: *The International journal of health planning and management* 19 (4), S. 365-381.

Werner, Rachel M.; Asch, David A. (2005): The unintended consequences of publicly reporting quality information. In: *JAMA : the journal of the American Medical Association* 293 (10), S. 1239-1244.

Wolter, Beate (2011): Grundlagen des Riskomanagements. In: Eckhard Nagel (Hg.): *Das Gesundheitswesen in Deutschland: Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung*. 5., überarbeitete und erw. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 195-210.



Verwaltungsverfahrensgesetz Großkommentar

Herausgegeben von Prof. Dr. Thomas Mann, VizePräsVG Christoph Sennekamp und RA Prof. Dr. Michael Uechtritz

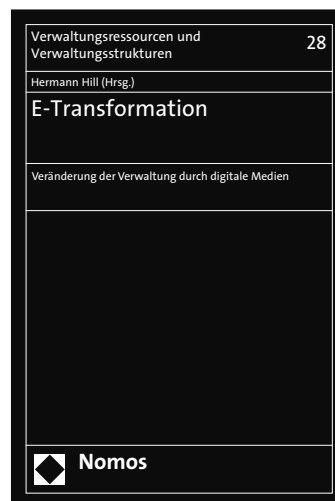
2014, 2.232 S., geb., 188,- €

ISBN 978-3-8329-6649-2

www.nomos-shop.de/13714

»Dieser Kommentar ist große Klasse: Gründliche Kommentierung, wissenschaftlicher Tiefgang, alle europarechtlichen Einflüsse sind praxisgerecht aufgezeigt. Und zudem mit minutiösen Rechtsprechungs nachweisen. Mich überzeugt der Mann/Sennekamp/Uechtritz!«

Prof. Dr. Jan Bergmann, VRiVG Stuttgart



E-Transformation

Veränderung der Verwaltung
durch digitale Medien

Herausgegeben von
Prof. Dr. Hermann Hill

2014, 226 S., brosch., 59,- €

ISBN 978-3-8487-1354-7

(Verwaltungsressourcen und
Verwaltungsstrukturen, Bd. 28)

www.nomos-shop.de/22947

Die digitale Transformation der Arbeitswelt erfordert eine Neuausrichtung der Verwaltung und den Erwerb neuer Kompetenzen. Auf der Speyerer Tagung zur Verwaltungsmodernisierung 2013 wurde Bilanz gezogen und neue Perspektiven aufgezeigt. Dieser Band enthält Beiträge aus Wissenschaft und Praxis.

Bestellen Sie jetzt telefonisch unter
07221/2104-37.

Portofreie Buch-Bestellungen
unter www.nomos-shop.de

Alle Preise inkl. Mehrwertsteuer



Nomos