

# Entwicklung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser nach § 137 SGB V auf dem richtigen Weg?

*Die einheitliche strukturierte Qualitätsberichterstattung in deutschen Krankenhäusern erfolgte erstmals im September 2005, als nahezu alle Qualitätsberichte auf Basis der Daten des Jahres 2004 der insgesamt über 2000 Krankenhäuser im Internet unter [www.g-qb.de](http://www.g-qb.de) veröffentlicht wurden. Gesetzliche Grundlage war und ist der § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V, der die Krankenhäuser verpflichtet, im Abstand von zwei Jahren einen Qualitätsbericht nach den vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Inhalt und Umfang vorgegebenen Strukturen zu erstellen. Die Erwartungen an die ersten strukturierten Qualitätsberichte waren hoch, sollte sie doch neben der Information der Patientinnen und Patienten es den Krankenkassen ermöglichen, ihre Versicherten und die Vertragsärzte vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser zu informieren und Empfehlungen auszusprechen.<sup>1</sup> In wenigen Monaten liegt die zweite Generation der strukturierten Qualitätsberichte vor, über deren Weiterentwicklung und Nutzungsmöglichkeiten hier diskutiert werden soll.*

■ Beate Schmucker, Daniel Viehweg

## Rückblick auf die Qualitätsberichterstattung 2005

Die Resonanz auf die erste Generation der strukturierten Qualitätsberichte war äußerst heterogen. Während das Bundesministerium für Gesundheit die Transparenz im Interesse der Patienten lobte<sup>2</sup>, zeigten sich Verbraucherverbände und Krankenkassenvertreter eher enttäuscht von einem Struktur- und Mengenreport, da hieraus keine Ergebnisqualität abzuleiten ist. Dabei wurde moniert, dass die Behandlungsergebnisse ja bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) vorlägen, sie aber nur hinter verschlossener Tür von ausgewählten Experten gesichtet werden dürfen<sup>3</sup>. In der Tat beinhalteten die Qualitätsberichte 2005, auf Basis der Daten 2004, viele Informationen zu Strukturen und Prozessen im Krankenhaus wie apparative Ausstattung, therapeutische Möglichkeiten, Personalqualifikation und TOP-30-DRG, die zwar in vorstrukturierter Form, aber ohne Verwendung einer Nomenklatur aufgelistet werden. Angaben zu Behandlungsergebnissen, z.B. aus dem sog. BQS-Verfahren<sup>4</sup>,

waren jedoch nicht verpflichtend und wurden von knapp 30% der Krankenhäuser freiwillig geliefert. Da sich die für den ersten Qualitätsbericht zuständigen Vertragspartner (Spitzenverbände der Krankenkassen und Deutsche Krankenhausgesellschaft im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer und dem Deutschen Pflegerat) in ihrer Vereinbarung<sup>5</sup> nicht auf ein einheitliches Datensatzformat einigen konnten, waren die Berichte zunächst nur im pdf-Format, also nur eingeschränkt maschinenlesbar, veröffentlicht worden. Damit waren die Recherche- und Vergleichsmöglichkeiten stark reduziert, so dass erst nach einer aufwendigen Aufbereitung der Daten durch die Krankenkassen bzw. ihren Verbänden Internet-Suchmaschinen angeboten werden konnten, die es den Adressatenkreis der Qualitätsberichte ermöglichte, komfortabel bestimmte Informationen abzurufen<sup>6</sup>. Die Suche nach qualitätsrelevanten Kennzahlen gestaltete sich dennoch schwierig, da Angaben zur Anzahl von Betten oder Häufigkeit von Operationen per se noch keinen Aufschluss über Qualität geben. Auch die uneinheitliche Übersetzung medizinischer Fachbegriffe in laienverständliche Ausdrücke erschwerte die Suche nach einem geeigneten Krankenhaus, so dass trotz der Vielfalt der Recherchemöglichkeiten die Nutzbarkeit zur Entscheidungsfindung eingeschränkt blieb.

*Dr. Beate Schmucker, Daniel Viehweg, BKK Bundesverband, Essen*

## Weiterentwicklung der Qualitätsberichte – Hinweise auf Ergebnis- und Strukturqualität

Die gesetzliche Vorgabe im § 137 SGB V sieht verpflichtend vor, die Qualitätsberichterstattung der Krankenhäuser mindestens alle 2 Jahre durch eine Neuauflage der Qualitätsberichte weiterzuentwickeln und die Inhalte zu aktualisieren. Motiviert von dem Ziel, die Qualitätsberichte als das Informationsmedium für Millionen von Patienten bzw. Versicherten weiterzuentwickeln und zu etablieren, haben die beteiligten Selbstverwalter unter Beteiligung der Patientenvertreter frühzeitig begonnen, die Erfahrungen aus der ersten Veröffentlichungsrunde auszuwerten, um auf dieser Basis eine weiterentwickelte Beschlussfassung der Vereinbarung zum Qualitätsbericht im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu erreichen.

Trotz der unterschiedlichen Interessenlagen von zum Beispiel der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Spitzenverbänden der Krankenkassen, ist es gelungen, eine Grundlage für ein an der Ergebnisqualität des Krankenhauses patienten- bzw. versichertenorientiertes Informationsangebot zu schaffen. Das bedeutet, dass sich die Veröffentlichung der Leistungsdaten eines Krankenhauses nicht wie bisher auf quantitative Kennzahlen beschränkt, sondern zukünftig auch über die qualitative Ebene, also wie häufig zum Beispiel während des Behandlungsablaufs Komplikationen aufgetreten sind, berichtet werden muss. Dieses wird vor allem durch die verpflichtende Angabe von 27 Qualitätsindikatoren aus dem etablierten, aber bislang nicht öffentlichen Verfahren der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) erreicht.

Abbildung 1: 10 der insgesamt 27 zu veröffentlichenden Qualitätsindikatoren

Leistungsbereich und Qualitätsindikator	Kennzahlbezeichnung
<b>Gallenblasenentfernung</b> Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionenrate
<b>Herzschrittmachereinsatz</b> Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: chirurgische Komplikationen
<b>Herzschrittmachereinsatz</b> Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Ventrikel
<b>Herzschrittmachereinsatz</b> Komplikationen während oder nach der Operation	Perioperative Komplikationen: Sondendislokation im Vorhof
<b>Hüftgelenkersatz</b> Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation
<b>Hüftgelenkersatz</b> Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion
<b>Halsschlagaderoperation</b> Schlaganfälle oder Tod infolge einer Operation zur Erweiterung der Halsschlagader	Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I: Risikoadjustierte Rate nach logistischem Karotis-Score I
<b>Kniegelenkersatz</b> Ungeplante Folgeoperation(en) wegen Komplikation(en)	Reinterventionen wegen Komplikation
<b>Kniegelenkersatz</b> Entzündung des Operationsbereichs nach der Operation	Postoperative Wundinfektion
<b>Operation an den Herzkranzgefäßen</b> Sterblichkeitsrate während des stationären Aufenthaltes	Letalität: Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach logistischem KCH-SCORE

Quelle: Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung

Dass die ausdauernd vorgetragenen Forderungen der Krankenkassen und der Patientenvertreter nach einer stärkeren Fokussierung auf die Ergebnisqualität und die nun erreichte Veröffentlichungspflicht der genannten Indikatoren gerechtfertigt ist, belegt der jüngst erschienene Bericht 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

So konstatierte der Sachverständigen Rat, dass es empirisch belegbare Zusammenhänge zwischen der verpflichtenden Veröffentlichung von risikoadjustierten Outcomes und der in einem Zeitraum erreichten Verbesserung der Versorgungsqualität der untersuchten Einrichtungen gibt.<sup>7</sup> Die Offenlegung der an Qualitätszielen gemessenen Ergebniszahlen erhöht nicht nur die Transparenz über die erreichte Behandlungsqualität, sondern motiviert einmal mehr die Leistungserbringer, ihren Zielerreichungsgrad zumindest in den öffentlich observierten Leistungsbereichen zu steigern. Vor allem in der Krankenhausversorgung könnte dieses Wettbewerbselement der Patientenbindung zu einem verstärkten Anreiz führen, dass über die bereits bestehenden Systeme (z.B. BQS-Verfahren) hinaus in das Qualitätsmanagement investiert wird und die Behandlungsergebnisse einem fortlaufendem Qualitätscontrolling unterzogen werden. Inwiefern die auf insgesamt zehn Leistungsbereiche fokussierten Qualitätsindikatoren die Vergleichbarkeit des medizinischen Outcomes der Krankenhäuser zu einem Abbau der asymmetrischen Informationsverteilung zwischen Leistungserbringer und Patient bzw. Versicherter führen, wird nicht zuletzt durch die gewählten Darstellungsformen und Inhalte der zur Veröffentlichung der Qualitätsberichte verpflichteten Krankenkassen beeinflusst. Auch wenn die verpflichtende Veröffentlichung von Ergebnisqualitätsindikatoren als Novum gilt, muss einschränkend festgestellt werden, dass sich die Beteiligten im G-BA lediglich auf operative Leistungsbereiche einigen konnten. Qualitätsindikatoren, die Rückschlüsse auf die Ergebnisqualität konservativer Behandlung zulassen, fehlen hingegen vollständig. Es steht den Krankenhäusern frei, weitere bewertete Indikatoren in den Bericht mit aufzunehmen. Zwingende Voraussetzung für die Publizierung der BQS-Ergebnisse ist, dass der sogenannte „Strukturierte Dialog“ des Krankenhauses mit den Landesgeschäftsstellen der Qualitätssicherung sowie der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung abgeschlossen ist.<sup>8</sup> Es bleibt abzuwarten, ob Krankenhäuser den Zusammenhang zwischen aussagekräftiger Qualitätsberichterstattung und dem Wettbewerbsinstrument Patientenbindung erkannt haben und über den gesetzlich verpflichtenden Teil hinaus, Ergebnisqualität veröffentlichen.

Im Vergleich mit den Vorgaben für die ersten Qualitätsberichte, die noch eine Gliederung in einen Basisteil, in dem Informationen über Struktur- und Leistungsdaten aufgeführt waren, und einem Systemteil, in dem das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement beschrieben wurde, verbindlich vorsahen, hat man sich nun auf einen viergliedrigen Aufbau verständigt (Abbildung 2). Der Qualitätsbericht 2007 auf Basis der Daten 2006 differen-

ziert die Komponenten Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses und der Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen und im sogenannten Qualitätsteil zwischen Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement.

Der krankenhausesübergreifende Struktur- und Leistungsteil, also Informationen über Versorgungsschwerpunkte, medizinisch-pflegerische Leistungsangebote, apparative Ausstattung oder die Qualifikation der Ärzte, der Pflegekräfte sowie anderer therapeutischer Berufsgruppen, ist erheblich weiterentwickelt worden. Hier führen vor allem die vordefinierten Auswahllisten, und somit die Umsetzung einer begrifflichen Vereinheitlichung von Strukturinformationen, zu einer für den Patienten bzw. Versicherten, den zuweisenden Arzt oder die beratende Krankenkasse verbesserten Ausgangslage, um die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser einer Vergleichsmöglichkeit zu unterziehen. Diese Nomenklatur ist die entscheidende Grundlage dafür, die Qualitätsberichte als Instrument der Entscheidungsfindung für Versicherte bzw. Patienten auf Basis der Strukturkriterien auszubauen. Der Nutzen aus den genannten Änderungen erschließt sich für die Interessensgruppen letztlich erst durch die Verwendung intelligenter Datenbanksysteme und die Bereitstellung strukturierter Abfragen, die die vielen Dimensionen des Qualitätsberichtes zu einem anwenderfreundlichen und aussagekräftigen Informationsmedium zusammenführen. Die verpflichtende Lieferung der Qualitätsberichte in einem maschinenlesbaren Datenformat und der deutlich erweiterte Datenkranz, bezogen auf die nun umfassender zu veröffentlichen Mengen- und Leistungsreports auf Organisationseinheiten- bzw. Fachabteilungsebene, erlauben im Bereich der Strukturqualitätsmerkmale quantitative Vergleiche der Leistungserbringer untereinander. Diese neuen Möglichkeiten müssen die Anbieter der sich zahlreich am Markt befindlichen Krankenhaussuchmaschinen allerdings noch operationalisieren, um ihren Interessensgruppen, je nach Auskunftsbedürfnis, spezifischere Suchergebnisse zur Verfügung stellen zu können.

## Diskussion

Bei Veröffentlichungen zur Nutzung von Qualitätsberichten bzw. Qualitätsdaten als Entscheidungshilfe bei der Krankenhauswahl fällt den Autoren die Diskrepanz zwischen dem vermeintlichen, hohen Informationsbedürfnis von Interessensgruppen und der tatsächlichen geringen Nutzung auf.<sup>9</sup> Dabei wird meist unterstellt, dass die Inhalte nicht dem Informationsbedürfnis von Versicherten bzw. Patienten entsprächen und die Aufbereitung und Darstellung der Information nicht verbraucher- bzw. patientenfreundlich sei. Bei der Diskussion bezogen auf die Inhalte der Qualitätsberichterstattung wird im Allgemeinen angenommen, dass für Patienten die Behandlungsqualität eines der wichtigsten Entscheidungskriterien für die Krankenhauswahl sei. Vergleiche zu den Behandlungsergebnissen in Krankenhäusern liegen bisher in Deutschland jedoch nicht vor. Auch wenn für die

Abbildung 2: Struktureller Aufbau des Qualitätsberichts 2007

<b>A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses</b>	
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses
A-2	Istitutionskennzeichen des Krankenhauses
A-3	Standortnummer
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses
A-7	Regionale Verpflichtung für die Psychiatrie
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte
A-9	Fachabteilungsübergreifende Leistungsangebote des Krankenhauses
A-10	Allgemein nicht medizinische Serviceangebote des Krankenhauses
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses
<b>B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten / Fachabteilungen</b>	
B-[X].1	Name der Organisationseinheit /Fachabteilung
B-[X].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit /Fachabteilung
B-[X].3	Leistungsangebote der Organisationseinheit /Fachabteilung
B-[X].4	Serviceangebote der Organisationseinheit /Fachabteilung
B-[X].	Fallzahlen der Organisationseinheit /Fachabteilung
B-[X].6	Hauptdiagnosen nach ICD
B-[X].7	Prozeduren nach OPS
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs- Arztverhalten der Berufsgenossenschaft
B-[X].11	Apparative Ausstattung
B-[X].12	Personelle Ausstattung
B-[X].12.1	Ärzte
B-[X].12.2	Pflegepersonal
B-[X].12.3	Spezielles therapeutisches Personal
<b>C Qualitätssicherung</b>	
C-1	Teilnahme am BQS-Verfahren (§ 137 SGB V Abs.1 Satz 3 Nr.1)
C-1.1	Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsraten
C-1.2	Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht § 112 SGB V
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1
C-6	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung
<b>D Qualitätsmanagement</b>	
D-1	Qualitätspolitik
D-2	Qualitätsziele
D-3	Aufbau des Einrichtungsinternen Qualitätsmanagement
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagement

Quelle: Vereinbarung des G-BA nach § 91 Abs. 7 SGB V zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Anlage 1

Berichte 2007 auf Basis der Daten 2006 nun erstmals für einzelne Bereiche Ergebnisse öffentlich werden, ist unklar, inwieweit davon subjektive Patientenentscheidungen beeinflusst werden. Einerseits werden erstmals risikoadjustierte, valide, wissenschaftlich fundierte und von Experten evaluierte Qualitätsindikatoren im Qualitätsbericht veröffentlicht. Andererseits hat der Versicherte, bzw. zukünftige Patient, das einfache Bedürfnis, für sein spezielles Anliegen ein geeignetes Krankenhaus zu finden. Ist der Versuch, laienverständliche Erklärungen für komplexe medizinische Zusammenhänge zu finden für sich genommen schon ein schwieriges Unterfangen, dürfte dies durch Anreicherung mit statistischen Kennzahlen und Referenzbereichen noch wesentlich komplizierter werden. Bisherige Studien zeigen, dass Versicherte Qualitätsinformationen nur dann nutzen, wenn sie sie verstehen und sie mit der Komplexität der Informationen nicht überfordert sind. Dazu müssen die bereitgestellten Daten übersichtlich sein, nicht zu hohe kognitive Anforderungen stellen und an das Wissen der Nutzer anschließbar sein.<sup>10</sup>

Diese Kriterien werden auch in den Qualitätsberichten 2007 auf Basis der Daten 2006 nur zum Teil erfüllt sein, da die Berichte der Krankenhäuser zunächst unverändert in das Internet gestellt werden müssen. Erst durch die maschinenlesbare Datenlieferung wird es möglich, die Informationen zielgruppengerecht aufzubereiten und Vergleiche zu ermöglichen. So sind die Anbieter von Krankenhaus-Suchmaschinen einmal mehr mit der Herausforderung konfrontiert, die Recherchemöglichkeiten in den Qualitätsberichten so zu gestalten, dass möglichst jeder Nutzer einfach und verständlich die Informationen findet, die er sucht. Allzu verführerisch erscheint dabei die Erstellung einfacher Hitlisten von Krankenhäusern, wie die hohen Auflagen einschlägiger Zeitschriften zeigen. War es mit den Daten der Qualitätsberichte 2005 noch nicht sonderlich interessant, Rankings durchzuführen – denn wen interessiert schon die Klinik mit den meisten Betten oder den meisten Ärzten –, so könnte es durch die Kombination von Aussagen über Struktur- und Ergebnisqualität zu einem anderen Bild kommen.

Die Erfahrungen aus der Veröffentlichung des Klinikführers der Techniker Krankenkasse (TK-Klinikführer<sup>11</sup>) weisen in eine Richtung, die durchaus kritisch diskutiert werden kann. Die Techniker Krankenkasse hat mit Hilfe einer Krankenhausbefragung unter ihren Versicherten innerhalb deutscher Großstädte die Patientenzufriedenheit im Krankenhaus analysiert und die Ergebnisse des Kriteriums „Allgemeine Zufriedenheit mit dem Krankenhaus“ veröffentlicht. Obwohl die Techniker Krankenkasse darauf hinweist, dass sich der Zufriedenheitswert nicht zur Aufstellung einer Rangfolge eignet, wurden umgehend in vielen auflagestarken Tageszeitungen „Klinik-Bestenlisten“ ausgegeben. Die Antwort der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Verbraucherzentralen kam prompt, wenn auch mit unterschiedlichen Akzenten: „Subjektive Patientendaten für Bestenliste ungeeignet“ (Deutschen Krankenhausgesellschaft)<sup>12</sup> versus „Kranken-

kassen müssten als Anbieter von Suchportalen immer mit dem Vorwurf leben, dass sie als Vertragspartner bestimmter Krankenhäuser nicht neutral sind“ (Bundesverband der Verbraucherzentralen)<sup>13</sup>. Es ist nicht auszuschließen, dass die Veröffentlichung von Ergebnissen aus der externen Qualitätssicherung im Qualitätsbericht 2007 auf Basis der Daten 2006 einige Anbieter zu einem Ranking verleiten wird.

Untersuchungen zur Qualitätspräferenz von Patienten bzw. Versicherten bei der Krankenhauswahl zeigen allerdings, dass nicht nur das zu erwartende Behandlungsergebnis, also die Ergebnisqualität, eine wichtige Rolle spielt, sondern zumindest ergänzend „weiche Faktoren“, wie die Arzt-Patientenbeziehung, die Einbeziehung des Patienten bei der Behandlung und die Freundlichkeit des Personals – was wiederum den Ansatz der Patientenbefragung bei der Qualitätsbeurteilung stützt – vom Versicherten bzw. Patienten herangezogen werden.<sup>14</sup> So ist zum Beispiel in der Touristikbranche üblich, dass Gäste die Erfahrungen ihres Hotelaufenthalts mit Hilfe von Bewertungsskalen im Internet dokumentieren. Ob diese Verfahren auch bei der Krankenhauswahl zukünftig relevant sein werden bleibt abzuwarten, da nach heutigem Forschungsstand sich fast 90% der Versicherten bzw. Patienten gemeinsam mit ihrem behandelnden Arzt für ein Krankenhaus entscheiden oder sogar die Entscheidung ganz ihrem Arzt überlassen.<sup>15</sup> Unabhängig davon wird von Experten die Bereitstellung von Krankenhaussuchmaschinen grundsätzlich als sinnvoll erachtet und kann für den Patienten bzw. Versicherten die noch im Vorfeld ihrer Behandlung über ausreichend Zeit verfügen, ein Instrument der Angebotsselektion des richtigen Krankenhauses darstellen.<sup>16</sup>

Ein weiterer Aspekt zur Qualitätsbeurteilung könnte neben den Daten aus Qualitätsberichten und Patientenbefragungen die Nutzung von Abrechnungsdaten der Krankenkassen sein. Ein Ansatz, der insbesondere von der AOK favorisiert wird, die in ihrem Projekt „Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten“ (QSR)<sup>17</sup> nachweisen konnte, dass sich diese Daten unter bestimmten Bedingungen auch für Qualitätsmessungen und Qualitätsvergleiche eignen. Sie haben gegenüber den nur zweijährlich mit einer Zeitverzögerung von fast einem Jahr erscheinenden Qualitätsberichten den Vorteil, dass sie ressourcenschonend mit deutlich reduziertem Dokumentationsaufwand erstellt und zeitnah genutzt und Ergebnisse schneller verfügbar gemacht werden können. Der Nachteil liegt allerdings darin, dass zur Zeit diese Daten nur kassenartenspezifisch vorliegen, somit die statistische Aussagekraft angezweifelt werden kann. Hier könnte die Einbindung des Datenkörpers nach § 21 KHEntgG, welcher beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zur jährlichen Weiterentwicklung des G-DRG Systems verwendet wird, Abhilfe schaffen. In Verbindung mit einer jährlichen Qualitätsberichterstattung, einer Forderung, die seit längerem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen erhoben wird, könnte dies zu einer erheblichen Transparenzsteigerung

und erhöhten Verbindlichkeit der Informationen der Krankenhausberichte führen.

## Fazit

Die Qualitätsberichte 2007 auf Basis der Daten 2006, die ab November 2007 zu veröffentlichen sind, stellen einen weiteren Schritt in Richtung Transparenz, Versicherteninformation und Qualitätsoffensive im Gesundheitswesen dar. Die verpflichtende Offenlegung von Ergebnissen aus dem BQS-Verfahren und der erheblich erweiterte Umfang der Strukturinformationen unter Verwendung einer einheitlichen Nomenklatur im Qualitätsbericht kann als Etappensieg für die Versicherten bzw. Patienten gewertet werden. Die Gesamtheit der weiterentwickelten Elemente wird allerdings nicht allen Ansprüchen gerecht. Insbesondere der Spagat zwischen der Komplexität der Inhalte und dem Versuch zur anwenderfreundlichen, zielgruppenorientierten Aufbereitung durch Anbieter von Krankenhaus-Suchmaschinen, Klinikführern, etc. stellt eine große Herausforderung dar. Die Weiterentwicklung der Qualitätsberichte unter Einbeziehung von Abrechnungsdaten der Krankenkassen und Versicherten- bzw. Patientenbefragungen und die Verpflichtung der Krankenhäuser zur jährlichen Veröffentlichung, sollte eine Option für die Zukunft sein. Inwieweit dies dann auch die Entscheidung zur Krankenhauswahl von Versicherten beeinflusst, sollte Gegenstand weiterer Diskussionen und wissenschaftlicher Untersuchungen sein.

## Fußnoten

- 1 vgl. § 137 Abs. 1 Satz 6 Nr. 6 SGB V
- 2 Bundesministerium für Gesundheit, Pressemitteilung vom 10.09.2005
- 3 vgl. Leber (2004): Krankenhaus-Umschau 5/2004, Qualitätsberichte ohne Ergebnisqualität

- 4 Das BQS-Verfahren ist ein Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung, bei dem alle Krankenhäuser qualitätsrelevante Daten für bestimmte Leistungsbereiche dokumentieren, die zentral bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung nach festgelegten Konzepten ausgewertet und den Krankenhäusern in Form von Berichten und Empfehlungen zur Verfügung gestellt werden. Auffällige Ergebnisse werden in einem strukturierten Dialog von Experten gemeinsam mit dem Krankenhaus analysiert und ggf. erforderliche Maßnahmen eingeleitet.
- 5 Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser vom 03.12.2003  
Die Vereinbarung wurde vom ab 2004 zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss zunächst unverändert übernommen.
- 6 vgl. [www.bkk-klinikfinder.de](http://www.bkk-klinikfinder.de), [www.klinik-lotse.de](http://www.klinik-lotse.de), den Krankenhaus-Navigator nur für AOK-Versicherte
- 7 vgl. Gutachten 2007 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in der Kurzfassung, Seite 74 ff..
- 8 Die Einschränkung der Veröffentlichungspflicht auf Daten der bereits abgeschlossenen Verfahren kann in der Konsequenz dazu führen, dass gerade die auffälligen Indikatoren in den Qualitätsberichten erst gar nicht veröffentlicht werden.
- 9 vgl. Klauber, Robra, Schellschmidt (2004): Krankenhausreport 2004, Schwerpunkt: Qualitätstransparenz, Seite 68
- 10 vgl. Schaeffer (2006): Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse. Bertelsmann Stiftung
- 11 vgl. [www.tk-online.de](http://www.tk-online.de)
- 12 vgl. Pressemitteilung der DKG vom 5. Juli 2007
- 13 vgl. Frankfurter Rundschau vom 6. Juli 2007
- 14 vgl. Geraedts (2006) Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht. Gesundheitsmonitor 2006. Gütersloh
- 15 ebenda
- 16 vgl. Drösler (2006): Qualitätsberichte gemäß § 137 SGB V und ihre Darstellung im Internet – eine vergleichende Analyse. Krankenhaus Report 2006. Seite 219f.
- 17 Wissenschaftliches Institut der AOK (2006): Qualitätssicherung der stationären Versorgung mit Routinedaten (QSR) – Abschlussbericht