

## SPEZIAL-QUALITÄTSBERICHTERSTATTUNG DES DRK-KRANKENHAUSES MÖLLN-RATZEBURG



# 1. QualitätsBericht

des **EndoProthetikZentrums** Ratzeburg

### TEIL 1:

Das EPZ vor dem Hintergrund der  
Qualitätsoffensive der Gesundheitspolitik

Version 1.0

September 2019

**Erstellt von:**

DR. RER. MEDIC. F.-MICHAEL NIEMANN



Gesellschaft für Informationsmanagement und  
Forschung im Gesundheitswesen mbH & Co. KG

Viehkamp 4  
24226 Heikendorf bei Kiel  
Tel.: (04 31) 23 78 295  
Fax: (04 31) 23 78 294  
eMail: dr-niemann@if-gesundheit.de  
www.if-gesundheit.de

**im Rahmen der Spezial-Qualitätsberichterstattung des DRK-Krankenhauses Mölln Ratzeburg im  
Hinblick auf das EndoProthetikZentrum Ratzeburg**

**und in Abstimmung mit:**

DR. MED. ANDREAS SCHMID, MAHM	Leiter der chirurgischen Klinik / Ärztlicher Direktor / Geschäftsführer Tel.: (0 45 41) 884 261 Fax: (0 45 41) 884 266 eMail: aschmid@drk-krankenhaus.de
PD DR. MED. PETER BENECKE	Chefarzt / Leiter des EPZ Ratzeburg Facharzt für Chirurgie, Orthopädie und Unfall- chirurgie, spezielle Unfallchirurgie, Sportmedizin, Radiologie (fachbezogen) Tel.: (0 45 41) 884 261 Fax: (0 45 41) 884 266 eMail: aschmid@drk-krankenhaus.de
DANIELA FISCHER	Stellv. Verwaltungsleiterin, Leiterin Qualitätsmanagement Tel.: (0 45 41) 884 412 Fax: (0 45 41) 884 266 eMail: dfischer@drk-krankenhaus.de

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>VORWORT</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>3</b>
<b>2.1</b>	<b>DIE QUALITÄTSOFFENSIVE DER GESUNDHEITSPOLITIK</b> .....	<b>3</b>
<b>2.2</b>	<b>SPEZIAL-QUALITÄTSBERICHTERSTATTUNG DES DRK-KRANKEN-HAUSES MÖLLN-RATZEBURG ALS EINE ANTWORT ZUR QUALITÄTSOFFENSIVE</b> .....	<b>6</b>
<b>2.3</b>	<b>DAS ENDOPROTHETIKZENTRUM DES DRK-KRANKENHAUSES MÖLLN-RATZEBURG</b> .....	<b>10</b>

## 1 Vorwort

„Nur Kliniken mit größeren Fachabteilungen und mehr Patienten haben genügend Erfahrung für eine sichere Behandlung“ – so lautet eine der Kernaussagen der Bertelsmann-Studie, die eine „bessere Versorgung durch deutlich weniger Krankenhäuser“ suggeriert.

Ungeachtet der fehlenden Evidenz für diese Aussagen steht die wohnortnahe Versorgung als einer der wesentlichen Entscheidungsgründe der Patienten bei der Entscheidung für den Behandlungsort gegenüber.

Das Endoprothetikzentrum (EPZ) Ratzeburg respektive das DRK- Krankenhaus Mölln-Ratzeburg ist ein Beispiel dafür, dass hervorragende Qualität auch in kleineren Krankenhäusern erbracht werden kann und demzufolge Qualität nicht unbedingt eine hinreichende Quantität - sprich Fallzahl - voraussetzt.

Dies möchten wir mit dem vorliegenden 1. Qualitätsbericht der EPZ Ratzeburg unter Beweis stellen.

Dieser erscheint zusätzlich zu einem **Gesamtbericht** auch in **Teilberichten**, um damit insbesondere die verschiedenen Zielgruppen des 1. Qualitätsberichtes der EPZ Ratzeburg spezifischer ansprechen zu können.

Im Einzelnen handelt es sich dabei um folgende Teilberichte

Teil 1: Das EndoProthetikZentrum Ratzeburg  
vor dem Hintergrund der Qualitätsoffensive der Gesundheitspolitik

Teil 2: Qualität aus medizinischer Sicht

Teil 3: Qualität aus Sicht der Einweiser

Teil 4: Qualität aus Sicht der Patienten

Teil 5: Zusammenfassung

## 2 Einleitung

### 2.1 Die Qualitätsoffensive der Gesundheitspolitik

#### Krankenhausstrukturgesetz

Mit dem - zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen - Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz - KHSG) soll insbesondere auch die Qualität der Krankenhausversorgung gestärkt werden. Auf der Webseite des Bundesgesundheitsministeriums heißt es hierzu:

*„Die Qualität der Krankenhausversorgung spielt zukünftig eine noch größere Rolle und wird noch strenger kontrolliert und konsequent verbessert. Qualität wird als Kriterium bei der Krankenhausplanung eingeführt. Die Verbindlichkeit der Qualitätssicherungsrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses wird gestärkt. Die Mindestmengenregelung wird nach den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtssicher ausgestaltet. Die Zahl der aus Qualitätsgründen durchgeführten klinischen Sektionen soll erhöht werden. Die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen wird erhöht. Bei der Krankenhausvergütung wird auch an Qualitätsaspekte angeknüpft. So werden Qualitätszu- und -abschläge für Leistungen eingeführt. Die Qualitätsberichte der Krankenhäuser werden noch patientenfreundlicher gestaltet, damit Patienten leichter nutzbare Informationen zur Verfügung stehen. Zudem wird erprobt, ob durch einzelvertragliche Regelungen eine weitere Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung möglich ist.“*

Aktuell sind erhebliche Bemühungen - allen voran durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) - festzustellen, um Qualität und Ökonomie - Stichwort „Pay for Performance (P4P)“ - in Einklang zu bringen.

#### Qualitätsmanagement-Richtlinie

Für die Zertifizierung von Krebszentren wie z.B. ein Brust(krebs)zentrum<sup>1</sup>, ein Darm(krebs)zentrum oder ein Onkologisches Zentrum ist neben der Erfüllung der hierfür definierten fachlichen Anforderungen auch das **Vorhandensein eines zertifizierten Qualitätsmanagements (QM)** erforderlich. Anerkannt werden hierbei folgende Zertifizierungen:

- DIN ISO 9001
- KTQ (Kooperation durch Transparenz und Qualität)
- Joint Commission
- ProCum Cert

Bereits seit dem Jahr 2000 besteht auf der Grundlage des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) für die zur Patientenversorgung zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland - unabhängig von jeglicher Zertifizierungsanforderungen - eine **gesetzliche Verpflichtung zur Einführung und Weiterentwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**.

Konkretisiert wurde diese Verpflichtung mit der **Vereinbarung** gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, die zum 01.10.2012 in Kraft getreten ist.

---

<sup>1</sup> Die Begriffe Brustzentrum und Brustkrebszentren werden oft synonym verwendet. In der Anfangsphase der Zertifizierung von Krebszentren gemäß der fachlichen Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft ist von Brust- bzw. Darmzentren die Rede gewesen – heute heißt es Brustkrebszentrum bzw. Darmkrebszentrum. Im Krankenhausplan Schleswig-Holstein ist dagegen weiterhin die Bezeichnung Brustzentrum in der Verwendung, obwohl eigentlich die Eigenschaft eines Brustkrebszentrums gemeint ist.

Diese zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen einschließlich des Bundesverbands der privaten Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung von Bundesärztekammer und Deutschem Pflegerat geschlossene Vereinbarung zielte darauf ab, eine umfassende, auf ethische und humanitäre Werte hin orientierte Qualitätskultur in der stationären Versorgung zu etablieren. Dabei sollen einzelne Qualitätsmanagementelemente wie Patientenorientierung, Verantwortung und Führung, Wirtschaftlichkeit, Prozessorientierung, Mitarbeiterbeteiligung, Zielorientierung und Flexibilität sowie die Einleitung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses miteinander verknüpft werden.

Seit dem 17.04.2014 regelt erstmals eine **Richtlinie** die Anforderungen an das krankenhauserinterne („einrichtungsinterne“) Qualitätsmanagement.<sup>2</sup>

Diese Richtlinie ist vom Gemeinsamen Bundesausschuss in seinen Sitzungen am 17. Dezember 2015 und 15. September 2016 grundlegend als sektorenübergreifende QM-Richtlinie überarbeitet worden. Sie ist seit dem 16. November 2016 in Kraft und ersetzt damit die bisher gültigen sektorenspezifischen Richtlinien zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement.

Im Teil A dieser Richtlinie werden die **sektorenübergreifenden Rahmenbestimmungen** für die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement dargestellt. Sie umfassen folgende Aspekte:

- **Ziele des Qualitätsmanagements**
- **Grundlegende Methodik**
- **Grundelemente, und zwar:**
  - Patientenorientierung einschließlich Patientensicherheit
  - Mitarbeiterorientierung einschließlich Mitarbeitersicherheit
  - Prozessorientierung
  - Kommunikation und Kooperation
  - Informationssicherheit und Datenschutz
  - Verantwortung und Führung.
- **Methoden und Instrumente, wie:**
  - Messen und Bewerten von Qualitätszielen
  - Erhebung des Ist-Zustandes
  - Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten



<sup>2</sup> Richtlinien stellen die höchste Stufe von Verbindlichkeit dar. Ihnen folgen in weiteren Abstufungen Leitlinien und Empfehlungen. Konkret gilt:

**Richtlinien** sind von einer rechtlich legitimierten Institution konsensierte, schriftlich fixierte und veröffentlichte Regelungen des Handelns oder Unterlassens, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht. Eine ähnliche Verbindlichkeit wie Richtlinien haben **Standards**, die als normative Vorgaben bezüglich der Erfüllung von Qualitätsanforderungen verstanden werden und durch ihre in der Regel exakte Beschreibung einen mehr technisch-imperativen Charakter haben.

**Leitlinien** sind systematisch entwickelte Hilfen zur Entscheidungsfindung über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen Problemen. Sie stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen zu bestimmten Vorgehensweisen dar. Sie sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen. Methodische Instrumente sind zum Beispiel Konsensuskonferenzen, Therapiestudien und Metanalysen. Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss. Sie werden regelmäßig auf ihre Gültigkeit hin überprüft und ggf. fortgeschrieben.

**Empfehlungen und Stellungnahmen** wollen die Aufmerksamkeit auf änderungsbedürftige und beachtenswerte Sachverhalte lenken. Ein **Memorandum** dient mit seinem Inhalt der umfassenden Information und Aufklärung. Seine Inhalte sollen für die Urteilsbildung über den aktuellen Stand des Wissens, ggf. auch über veraltetes Wissen, von Nutzen sein.

- Prozess- und Ablaufbeschreibungen
- Schnittstellenmanagement
- Checklisten
- Teambesprechungen
- Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Beschwerdemanagement
- Patienteninformation und -aufklärung
- Risikomanagement
- Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme.
  
- **Dokumentation**
- **Erhebung und Darlegung des Stands der Umsetzung und Weiterentwicklung von einrichtungsinternem Qualitätsmanagement**
- **Übergangsregelungen**

Im Teil B werden dann noch spezielle sektorenspezifische Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement formuliert.

### **Strukturierte Qualitätsberichte**

Bereits 2005, d. h. mit der Einführung einer Pflicht zur Qualitätsberichtserstattung für Krankenhäuser, verfolgte der Gesetzgeber das übergreifende Ziel, die Transparenz über die Qualität der Versorgung in den stationären Einrichtungen zu verbessern. Das heißt, interessierte Personen, wie Patienten, ihre Angehörigen sowie behandelnde Ärzte, sollten - insbesondere im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung - auf diese Weise Zugriff auf unabhängige und aussagekräftige Informationen über Art, Umfang und Qualität der Leistungen von Krankenhäusern erhalten.

Damit sollte eine Grundlage sowohl für die vergleichende Darstellung und Empfehlungen über die Versorgungsqualität im Krankenhaus als auch eine wesentliche Voraussetzung für eine echte Auswahlentscheidung von Patienten zwischen unterschiedlichen Leistungserbringern geschaffen werden.

Gleichzeitig erhielt das Krankenhaus selbst die Möglichkeit, die gewonnenen Erkenntnisse für das interne Qualitätsmanagement und die kontinuierliche Verbesserung zu nutzen und seine Leistungsfähigkeit professionell nach außen darzustellen.

Seit 2013 sind alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht auf Standortbasis zu erstellen. Zuvor war die Erstellung des Qualitätsberichts alle 2 Jahre verpflichtend für die Krankenhäuser.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Die gesetzliche Grundlage ist im § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V verankert. Dort wird dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) die Aufgabe übertragen, Inhalte, Umfang und Datenformat der Berichte zu definieren und den Prozess der Übermittlung und Annahme zu strukturieren. Eine entsprechende Arbeitsgruppe im G-BA, die sich aus Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Patientenorganisationen zusammensetzt, arbeitet kontinuierlich an der inhaltlichen und technischen Weiterentwicklung des Berichts. Unterstützt wird die Gruppe von weiteren Beteiligten (Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerats) sowie externen Dienstleistern.

## 2.2 Spezial-Qualitätsberichterstattung des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg als eine Antwort zur Qualitätsoffensive

### *Erster Schritt: Qualitätstransparenz*

Ungeachtet der Diskussion um die Umsetzbarkeit von P4P gibt es durchaus einen breiten Konsens dahingehend, dass durch mehr Transparenz bezüglich der Qualität der Leistungserbringung insbesondere patientenseitig bei der Wahl des Behandlungsortes eine stärkere Orientierung am Aspekt Qualität erfolgen kann. Ein Beispiel hierfür ist der Klinikführer Rhein-Ruhr. In einer Studie haben WÜBKER, SAUERLAND UND WÜBKER (2008) den Klinikführer des Initiativkreises Ruhrgebiet einer Funktionsprüfung unterzogen.

Die drei wichtigsten Ergebnisse:

1. Kliniken, die im Klinikführer Rhein-Ruhr freiwillig ihr Leistungsspektrum darstellen und sich einer Bewertung stellen, haben mehr Patienten als die Krankenhäuser, die nicht enthalten sind.
2. Die, die im Klinikführer gut abschneiden, können ihren Marktanteil ausbauen, die anderen verlieren Patienten.
3. Häuser, die schlecht bewertet werden, können überwiegend Patienten aus der direkten Umgebung gewinnen.<sup>4</sup>

Der Klinikführer Rhein-Ruhr gehört damit zu einem der positiven Instrumente des sogenannten **Public-Reporting**, die von EMMERT u.a. (2012) im Hinblick auf die Auswirkungen veröffentlichter Qualitätsdaten auf die Patientensteuerung untersucht wurden.<sup>5</sup> Die Autoren gelangen bei dieser Untersuchung auch zur Auffassung, dass aufgrund der im deutschen Gesundheitswesen überwiegend vorhandenen Wahlfreiheit bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen der Effekt von PR-Instrumenten größer ausfalle als dies bislang im US-Raum der Fall gewesen ist.

In der Kombination erfolgsorientierter Vergütung und Public Reporting sieht die Techniker Krankenkasse einen wesentlichen Erfolgsfaktor für das Konzept „P4P“ – verstanden als Instrument zur Verbesserung der Qualität im Gesundheitswesen.

In einer im September 2013 erschienenen Studie der Boston Consulting Group verweisen die Autoren darauf, dass Länder, die Qualitätstransparenz in den Mittelpunkt stellen und eine Infrastruktur dafür aufbauen, die beste Qualität und höchste Effizienz haben. Sie schlagen daher für das deutsche Gesundheitswesen einen bundesweiten Qualitätswettbewerb vor, der das Patientenwohl in den Mittelpunkt stellt.<sup>6</sup> Als zentrale Säule dieses Wettbewerbs, so die Autoren, ist die Qualitätstransparenz zu sehen.

*Soll die bessere und erfolgreichere Versorgung belohnt werden, müssen sich die Patientinnen und Patienten für die besten Leistungsanbietenden entscheiden können, so die Gesundheitspolitische Kommission der Heinrich-Böll-Stiftung. Und weiter: Dies können sie aber nur, wenn sie auch erkennen können, welche Leistungserbringenden bzw. Gemeinschaften von Leis-*

---

<sup>4</sup> Wübker, Ansgar, Dirk Sauerland, Achim Wübker (2008): Wie Qualitätsinformationen die Krankenhauswahl beeinflussen – eine empirische Untersuchung. Diskussionspapier N. 15 Wissenschaftliche Hochschule Lahr

<sup>5</sup> Emmert, M., R Gemza, O. Schöffski, S. Sohn (2012): Public Reporting im Gesundheitswesen: Auswirkungen veröffentlichter Qualitätsdaten auf die Patientensteuerung Gesundheitswesen 2012, Seite 387-388.

<sup>6</sup> Grosch, B. et al. (2013): Qualitätswettbewerb. Chancen für Deutschlands Gesundheitssystem. The Boston Consulting Group. Berlin



tungserbringenden besser und erfolgreicher sind als andere. Dazu brauchen sie Qualitätsmerkmale, die dieses messen können, z.B. inwieweit die Einhaltung von Mindeststandards gewährleistet bzw. übertroffen wird und welche Erfolge über die Zeit erreicht werden.

### **Herausforderung: adäquate Generierung und Aufbereitung von Qualitätsinformationen für eine nutzerorientierte Qualitätsberichterstattung**

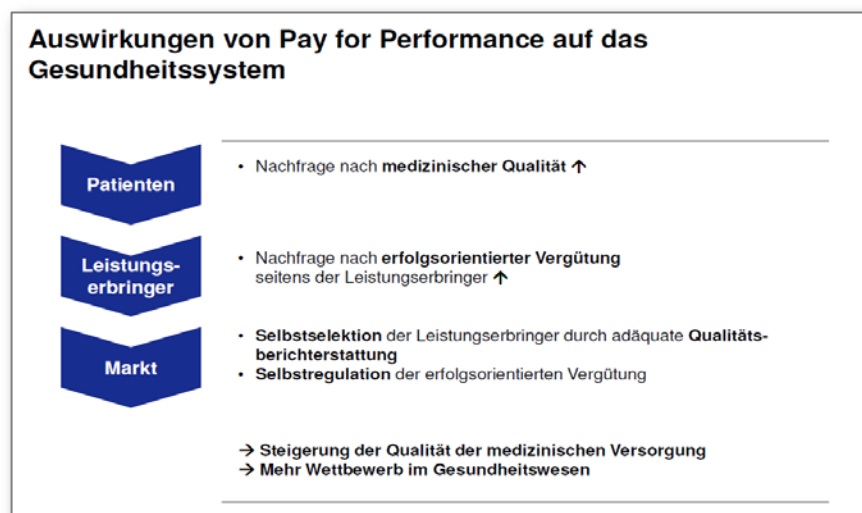
Als ein solches Instrument haben sich die gesetzlichen Qualitätsberichte und die darauf basierenden sogenannten Klinikführer bisher nicht erwiesen. So ist zwar seit der ersten Veröffentlichung der Strukturierten Qualitätsberichte nach § 137 SGB V im Jahr 2005 im Internet ein regelrechter „Wildwuchs“ von Klinikführern zu beobachten – aktuell existieren mehr als 60 sogenannte Klinikführer. Sie alle erheben den Anspruch, vorrangig die Patienten über das Leistungsangebot der Kliniken zu informieren und gleichzeitig als Orientierungshilfe bei der Auswahl des richtigen Krankenhauses zu dienen. Bei näherer Betrachtung - so eine Bewertung der KGSH zu ausgewählten Klinikführern - fällt jedoch auf, dass der eigentliche patientenseitige Informationsbedarf von den verschiedenen Anbietern wenig bis gar nicht gedeckt wird.<sup>7</sup>

Die notwendige Voraussetzung für die Darstellung der Leistungsfähigkeit von Krankenhäusern / Kliniken ist die Verfügbarkeit von geeigneten nutzer- und nutzungsorientierten Qualitätsinformationen. Für eine Orientierung und Entscheidungsfindung - gerade bei der Wahl des „richtigen“ Krankenhauses - müssen diese Qualitätsinformationen zudem vergleichbar sein oder vergleichbar gemacht werden.

Für die interne Verwendung von Qualitätsinformationen - vorrangig zum Erkennen von Verbesserungsbedarf - sind andere Anforderungen an die Aufbereitung der Daten erforderlich.

Sowohl für das Public Reporting als auch für die interne Verwendung sind im besonderen Maße fach- und sachgerechte Kompetenzen in der statistischen Datenanalyse und Datenaufbereitung erforderlich. Insbesondere für das Public Reporting sind dabei die Nutzerinteressen zu ermitteln und adäquat zu berücksichtigen.

In einer **adäquaten Qualitätsberichterstattung** sieht OBERENDER (2013) ein entscheidendes Instrument zur Selbstselektion der Leistungserbringer gerade auch im Kontext von P4P.<sup>8</sup>



<sup>7</sup> Petersen, U.; A. Kaminski; A. Jackson: Analyse aktueller Klinikführer: Was bringen sie dem Patienten? das Krankenhaus 11/2007. 1112-1117

<sup>8</sup> Oberender, P. (2013): Paradigmenwechsel im Gesundheitswesen – von der Quantität zur Qualität. Vortrag bei der gesundheitspolitischen Veranstaltung der B52-Verbandekooperation am 10.07.2013 in Stuttgart.

## „Qualitätsoffensive“ der Gesundheitspolitik versus Eigeninitiative in Sachen Qualitätskennzahlen und -transparenz

Nicht zuletzt durch das Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) kommt insbesondere Qualitätskennzahlen eine zunehmend stärkere Bedeutung zu.

Zur Realisierung dieser gesetzlichen Vorgabe bedarf es geeigneter Qualitätskennzahlen. Von besonderem Interesse in der Diskussion um P4P dürfte es dabei sein, inwieweit die Beurteilung der Qualität aus Sicht der Patienten - v.a. in ihrer Rolle als Leistungsempfänger einer Behandlung - eine adäquate Berücksichtigung findet. Dass Patienten ein besonderes Gespür für Krankenhausqualität haben, ist unlängst durch eine Studie der Weißen Liste und der Universität Witten/Herdecke festgestellt worden.<sup>9</sup>

### Darlegung der Qualität aus Sicht der Patienten als Wettbewerbsvorteil

Vor diesem Hintergrund kommt der Durchführung von v.a. kontinuierlichen Patientenbefragungen von Patienten mit einer onkologischen Erkrankung eine große Bedeutung insbesondere dann zu, wenn diese kontinuierlichen Befragungen auch zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgen. Die dort gewonnenen Informationen lassen sich dann im Rahmen einer Spezial-Qualitätsberichterstattung aufbereiten. Mithin würde so - gemäß OBERENDER (2013) - „ein entscheidendes Instrument zur Selbstselektion der Leistungserbringer gerade auch im Kontext von P4P“ etabliert werden können.

**Grundlage** für eine systematische Spezial-Qualitätsberichterstattung einschließlich eines systematischen Qualitätsmonitorings bildet ein **adäquates Kennzahlensystem** zu v.a. qualitativen Aspekten des betrachteten Themenfeldes. Im Vordergrund für die Etablierung und den Betrieb eines derartigen Kennzahlensystems steht sinnvollerweise zunächst die **Nutzung vorhandener Datenquellen**.

### Spezial-Qualitätsberichte des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg

Mit der Beschreibung ausgewählter Qualitätsaspekte auf der Grundlage bestehender Datenquellen im Rahmen der zielgruppenorientierten Spezial-Qualitätsberichte ist ein deutlich anderer Fokus beabsichtigt als mit den gesetzlich geforderten Strukturierten Qualitätsberichten,

#### Studie attestiert Patienten ein Gespür für Klinikqualität

„Eine **hohe Qualität** bei der Versorgung im Krankenhaus wirkt sich **positiv** auf die **Zufriedenheit der Patienten** aus. Zu diesem Ergebnis kommt eine aktuelle Studie der Weissen Liste und der Universität Witten/Herdecke. Darin wurde untersucht, welche Struktur- und Qualitätsmerkmale eines Krankenhauses tatsächlich Einfluss auf die Patientenzufriedenheit haben. Die Studie habe Ergebnisse internationaler Untersuchungen bestätigt, wonach **Patienten meist selbst gut einschätzen könnten, ob die Qualität einer Klinik stimme**, heißt es in der Pressemitteilung der Weissen Liste. Dies wiederum unterstreiche den Ansatz der Weissen Liste und ihrer Partner AOK und Barmer GEK, bei der Information über Krankenhäuser den Erfahrungen von Patienten einen hohen Stellenwert zu geben, sagte der Projektleiter „Krankenhaus-suche“ der Weissen Liste und einer der Studienautoren, Marcel Weigand. **Es sei daher wichtig, die Patientenperspektive als ein Qualitätsmerkmal der Krankenhausversorgung stärker zu berücksichtigen.**

Laut der Studie wirke sich zum Beispiel auch eine **höhere Personalausstattung** positiv auf die **Zufriedenheit der Patienten** aus. Die Meinung von Kritikern, dass die Zufriedenheit der Patienten nur durch äußere Faktoren wie **Hotel-Leistungen** beeinflusst würde, konnte mit der Untersuchung **nicht** bestätigt werden, heißt es in der Pressemitteilung weiter.

Für die Querschnittsstudie wurden Daten aus den Strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser in Deutschland und Befragungsdaten analysiert, die mit dem sogenannten Patients' Experience Questionnaire (PEQ) erhoben wurden. Es waren nur Krankenhäuser in die Analyse eingeschlossen, denen zum Zeitpunkt der Erhebung mindestens 75 PEQ-Fragebögen vorlagen – insgesamt 999 Krankenhäuser mit 300.200 Bewertungen.“  
[Quelle: Bibliomedmanager 10/2016]

<sup>9</sup> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12485>

Kraska, R.A., Weigand, M., Geraedts, M.: Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany. Health Expect. 2016, 20(4), 593-600. <https://doi.org/10.1111/hex.12485>

die seit ihren ersten Veröffentlichungen im Jahre 2005 bis heute mehr eine Beschreibung von Quantitäten als von Qualitäten darstellen.

Im besonderen Fokus steht dabei - neben der Qualitätsbeurteilung aus Sicht der „Leistungserbringer“ (Qualität aus medizinischer Sicht) - die Qualitätsbeurteilung aus Sicht der „Leistungsempfänger“ (Qualität aus Sicht der Patienten).

Unter Berücksichtigung der jeweiligen thematischen Ausrichtung zielen die Spezial-Qualitätsberichte des DRK-Krankenhauses auf folgende **Zielgruppen** ab:

- Patienten, Angehörige von Patienten, potentielle Patienten
- niedergelassene Ärzte
- Kooperationspartner
- Krankenhausträger
- Mitarbeitern des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg
- Krankenkassen
- interessierte Öffentlichkeit.

#### **Qualitätsberichterstattung (QBE):**

Ein in sich geschlossenes auf **Kennzahlen** basierendes Informations- und Berichtssystem zur umfassenden, problem- und handlungsorientierten Darstellung des v.a. qualitativen und - soweit erforderlich - quantitativen Leistungsgeschehens in der gesundheitlichen Versorgung unter Einbeziehung aller Komponenten der unmittelbaren und mittelbaren Leistungserbringung. Wesentliche Elemente sind hierbei das **Interne Reporting** für die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen innerhalb der Institution im Rahmen des Qualitätsmanagements und dem Ableiten von Konsequenzen, soweit sich diese aus den Ergebnissen ergeben, und das **Public Reporting**, d.h. die öffentlichkeitswirksame und zielgruppenorientierte Aufbereitung und Zurverfügungstellung der Ergebnisse zum Beispiel in Form von (Spezial-) Qualitätsberichten.

## 2.3 Das EndoProthetikZentrum des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg



Wenn konservative oder alternative operative Maßnahmen zur Behandlung eines fortgeschrittenen Gelenkverschleißes keine Besserung mehr versprechen, kann nahezu jedes Gelenk ersetzt werden. Die künstlichen Gelenke sollen die natürlichen Bewegungsabläufe unterstützen und ihre volle Funktionsfähigkeit über einen langen Zeitraum garantieren. Patienten, die durch Schmerz und

Bewegungsunfähigkeit stark eingeschränkt sind, können so ein weitgehend normales Leben führen.

### *Hüftgelenkersatz*

Pro Jahr werden bundesweit 200.000 Hüftgelenke eingesetzt. Zehn Jahre nach der Operation funktionieren noch rund 95% dieser Gelenke. Je nachdem wie ausgeprägt das Gelenk beschädigt ist, kommen verschiedene Implantationstechniken und Implantat-Typen infrage. In einem persönlichen Gespräch beraten wir Sie, welches Vorgehen im Einzelfall empfehlenswert ist.



### *Kniegelenkersatz*

Wir verwenden je nach individueller Situation sogenannte Oberflächenprothesen, gekoppelte Endoprothesen oder modulare Sondermodelle bei fortgeschrittener Verformung des Gelenkes mit großem Knochenverlust oder für Wechseloperationen. Die Oberflächenersatzprothesen stellen eine Art Überkronung des Gelenkes dar, wobei nur wenig Knochen entfernt werden muss. Eine maßgefertigte Anpassung ist möglich.



### *Schultergelenkersatz*

Chronische Schulterschmerzen können Sie in Ihren Aktivitäten einschränken, von Ihren alltäglichen Aufgaben abhalten und Ihnen nachts den Schlaf rauben. Wenn die Beschwerden auch durch konservative Behandlungsmöglichkeiten nicht behoben werden können, sollte mit dem Arzt ein operativer Eingriff erwogen werden. Der Ersatz eines Schultergelenks kann Patienten, die an chronischen Schulterschmerzen leiden, Hoffnung geben. Heute nutzen Chirurgen moderne Techniken und Materialien, um Schmerzen zu lindern und die Mobilität von Patienten wiederherzustellen.



Unser Qualitätsanspruch: Nachgewiesene Qualität bei ausgeprägter Patientenorientierung.

Im April 2014 wurde unsere Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie als EndoProthetik-Zentrum anerkannt. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) verfolgt konsequent das Ziel, die Patientensicherheit und Versorgungsqualität zu erhöhen. Die strukturellen Vorgaben und die Standards im Bereich der Hygiene und der Handhabung von Medizinprodukten werden jährlich überprüft, angepasst und aktualisiert.

Neben der Darlegung der Qualität aus medizinischer Sicht ist uns ein besonderes Anliegen auch die Qualität aus Sicht der Patientinnen und Patienten des EndoprothetikZentrums (EPZ) Ratzeburg darzustellen.

Weitere Informationen zum EPZ Ratzeburg finden sich auf der Homepage des DRK-Krankenhauses Mölln-Ratzeburg:

<https://www.drk-krankenhaus.de/fachabteilungen/orthopaedie/endoprothetikzentrum/>.