



Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

QUALITÄTSMANAGEMENT ALS STRATEGISCHER WETTBEWERBSFAKTOR FÜR KRANKENHÄUSER

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: *Morten Werner*

Betreuer: *Prof. Dr. Bernhard Langer*

Zweitbetreuer: *Prof. Dr. Harald Seider*

Tag der Einreichung: *30.04.2018*

Abkürzungsverzeichnis

BPfIVO	Bundespflegegesetzverordnung
CIRS	Critical Incident Reporting System
DEA	Data Envelopment Analysis
DIN	Deutsches Institut für Normung
DKG	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft
DRG	Diagnostic-Related Groups
EFQM	European Foundation for Quality Management
EN	Europäische Norm
e.V.	eingetragener Verein
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-V	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
GMG	Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems
ICD	International Statistical Classification of Diseases
ISO	International Organization for Standardisation
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KPMG	KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
MVZ	Medizinische Versorgungszentren
NPO	Non-Profit-Organisationen
PDCA-Zyklus	Plan-Do-Check-Act-Zyklus
QM	Qualitätsmanagement
RADAR	Result, Approach, Deployment, Assessment, Refinement
SGB	Sozialgesetzbuch
TQM	Total Quality Management
WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis _____	II
Inhaltsverzeichnis _____	III
Abbildungsverzeichnis _____	V
Tabellenverzeichnis _____	VI
Anhangsverzeichnis _____	VII
Danksagung _____	VIII
Gender-Erklärung _____	IX
1. Einleitung _____	1
1.1. Zielsetzung der Arbeit und Forschungsfragen_____	1
1.2. Gliederung und Vorgehensweise der Arbeit_____	2
2. Begriffliche Grundlagen und Definitionen _____	3
2.1. Qualität_____	3
2.2. Qualitätsmanagement im Krankenhaus_____	4
2.3. Total Quality Management_____	6
2.4. Wettbewerbsfaktoren_____	8
3. Qualitätsmanagementsysteme im Krankenhaus _____	10
3.1. Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus_____	11
3.2. Modelle der DIN/EN/ISO-Familie_____	13
3.2.1. DIN EN ISO 9001:2015_____	13
3.2.2. DIN EN 15224_____	16
3.3. EFQM Excellence Modell_____	18
4. Wettbewerb in der Krankenhauslandschaft _____	21
4.1. Gesetzliche Rahmenbedingungen_____	22
4.1.1. Gesetz zur Einführung des diagnose- orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser_____	22
4.1.2. Gesetz zur Modernisierung des Gesundheits- Systems (GMG)_____	24
4.1.3. Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG)_____	25
4.2. Folge: Krankenhauswettbewerb_____	26
5. Qualitätsmanagement als Wettbewerbsfaktor _____	28
5.1. Interne Effekte_____	30
5.2. Externe Effekte_____	39
6. Fazit und Schlussfolgerung _____	45

Inhaltsverzeichnis	IV
---------------------------	-----------

Quellenverzeichnis	46
Anhang	54
Anhang 01: Vergleich der Qualitätsmanagement- Darlegungssysteme in Deutschland	54
Eidesstattliche Erklärung	X

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 01: PDCA-Zyklus

S. 14

Abbildung 02: EFQM-Modell

S. 19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 01: Übersicht der Effekte von Qualitätsmanagement S. 30

Anhangsverzeichnis

Anhang 01: Vergleich der Qualitätsmanagement-
Darlegungssysteme in Deutschland

S.54

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei allen bedanken, die mich bei der Anfertigung dieser Bachelorarbeit unterstützt haben.

Der größte Dank gilt meinen Eltern, die in jeglicher Hinsicht die Grundsteine für meinen Weg gelegt und mich zusammen mit der ganzen Familie auf diesem immer unterstützt haben. Ferner danke ich allen für Ihren Rückhalt und die bedingungslose und uneingeschränkte Unterstützung in allen Situationen.

Weiterhin gebührt mein Dank Herrn Prof. Dr. Langer von der Hochschule Neubrandenburg, der mich als Betreuer bei meiner Bachelorarbeit unterstützt und mir mit wertvollen Hinweisen zur Seite gestanden und als Gutachter meiner Arbeit fungiert hat. Zudem möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Harald Seider bedanken, der als Zweitkorrektor sich meiner Arbeit angenommen hat.

Abschließend danke ich meinen Freunden und Kommilitonen, die mir mit viel Verständnis den Rücken gestärkt haben, mich immer motiviert haben weiter zu machen und für mich da waren.

Allen an dieser Stelle genannten Personen gilt mein besonderer Dank, ohne Sie wäre das Studium nicht so gut gelaufen.

Neubrandenburg, 29.04.2018

Morten Werner

Gender Erklärung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und der Vereinfachung wird in dieser Bachelorarbeit die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

1 Einleitung

Seit Anfang der 90er Jahre ist Wettbewerb einer der zentralen Begriffe in den gesundheitspolitischen Diskursen geworden. In den letzten Jahren ist der Wettbewerb auch in der deutschen Krankenhauslandschaft angekommen. Die Ursache für den damit verbundenen Paradigmenwechsel war die Implementierung des Fallpauschalensystems DRG (Diagnostic-Related Groups) Anfang 2004¹. Folge des auf Fallpauschalen beruhenden Abrechnungssystems ist eine transparentere und innerhalb von Regionen vergleichbarere Preisgestaltung. Mit dem Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (WSG) im Jahre 2007 kamen noch weitere relevante Elemente dazu. (vgl. Debatin, o.J., S.392)

Erfolg im wirtschaftlichen Wettbewerb ist stets eine Funktion von Preis und Produktqualität. Während der Preis-Wettbewerb begründet im DRG-System nahezu ausschließlich im Kosten- beziehungsweise Effizienzbereich stattfindet, entwickelt sich die medizinische Qualität zum eigentlichen Differenzierungskriterium von Krankenhausdienstleistungen. (vgl. Debatin, o.J., S.393)

1.1 Zielsetzung der Arbeit und Forschungsfragen

Auf Grundlage dieser Veränderungen im deutschen Gesundheitswesen und dem Bedeutungsgewinn der Qualität in den letzten Jahren hat diese Bachelorarbeit das zentrale Anliegen Antworten auf folgende Fragen zu geben:

1. Welche Begriffe sind bei der Beantwortung der Frage nach Qualität im Wettbewerb von Bedeutung?
2. Wie sieht das Qualitätsmanagement im Krankenhaus aus?
3. Wie sieht der derzeitige Wettbewerb in der Krankenhauslandschaft aus und auf was ist dieser begründet?
4. Welche internen und externen Auswirkungen hat der Faktor Qualität auf den Wettbewerb zwischen Krankenhäusern?

¹ Bis 2003/2004 Abrechnung über tagesgleiche Pflegesätze, unabhängig von Art und Schwere der Erkrankung des Patienten

1.2 Gliederung und Vorgehensweise der Arbeit

Für die Bearbeitung der vorliegenden Bachelorarbeit „Qualitätsmanagement als strategischer Wettbewerbsfaktor für Krankenhäuser“ wurde als Erstes ein theoretischer Rahmen gesetzt, gefolgt von einem praktischen Anwendungsbereich. Diese Bachelorarbeit ist insgesamt in fünf Hauptkapitel untergliedert.

Im **ersten Kapitel** soll an das Thema dieser wissenschaftlichen Arbeit herangeführt, die zentralen Forschungsfragen und die Zielsetzung der Arbeit dargestellt werden.

Im **zweiten Kapitel** folgt eine kurze theoretische Auseinandersetzung mit den begrifflichen Grundlagen zu Qualität, Wettbewerb und dem Qualitätsmanagement im Krankenhaussektor.

Das **dritte Kapitel** nimmt sich speziell noch einmal das Thema des Qualitätsmanagements im Krankenhaus vor und behandelt explizit die gängigen und bekanntesten Qualitätsmanagement-Darlegungssysteme in Deutschland.

Im **vierten Kapitel** wird detailliert der Wettbewerb im deutschen Krankenhaussektor thematisiert und herausgearbeitet in welchen gesetzlichen Bestimmungen und Rahmenbedingungen dieser begründet ist.

Das abschließende **fünfte Kapitel** beantwortet die Frage, ob Qualität grundsätzlich ein Faktor für den Wettbewerb im Gesundheitsbereich darstellen kann und welche internen und externen Auswirkungen dies für ein Krankenhaus hat.

Schließlich ist es das Anliegen des Verfassers, dass die Bachelorarbeit zur Diskussion über die Notwendigkeit von Qualitätsmanagement und Qualitätsverbesserungsmaßnahmen im Krankenhaussektor anregen soll, hin zu einer bestmöglichen Versorgung des Patienten.

2. Begriffliche Grundlagen und Definitionen

2.1 Qualität

Für die Fachsprache zum Qualitätsmanagement ist der Begriff „Qualität“ seit 1972 genormt. Angetrieben durch Entwicklungen im militärischen und wirtschaftlichen Bereichen entwickelte sich das Qualitätsmanagement nach dem Zweiten Weltkrieg zu einem eigenständigen Wissens- und Praxisgebiet. Dies machte in der Folge auch eine fachliche Definition des Begriffs „Qualität“ erforderlich. (vgl. Zollondz, 2006, S.162) Nach dem Autor Geiger² ist Qualität als ein Maßstabsbegriff anzusehen:

„Im Qualitätsmanagement ist Qualität ein Maßstab: Sie bezeichnet das Ergebnis des Vergleichs zwischen zwei Beschaffenheiten, die beide zur betrachteten Einheit gehören. Qualität als Fachbegriff ist also nicht diese Beschaffenheit selbst, wie im Lateinischen und großenteils auch in der deutschen Sprache, oder gar eine besonders gute Beschaffenheit. ... Die erste der beiden Beschaffenheiten ist die an der realisierten Einheit festgestellten Beschaffenheit. Sie heißt vereinfacht ‘realisierte Beschaffenheit’. Mit ihr betrachtet man allerdings nur qualitätsbezogene interessierende Merkmale. Diese erste Beschaffenheit ist also die Gesamtheit der betrachteten Qualitätsmerkmale und ihrer Werte, wie sie realisiert wurden. Die zweite Beschaffenheit ist die Bezugsbeschaffenheit für den Vergleich. Es ist die geforderte Beschaffenheit. Sie hat die Begriffsbezeichnung Qualitätsforderung und ist die Gesamtheit der betrachteten Einzelanforderungen an die Qualitätsmerkmale und ihre Werte. Die Definition für den Fachbegriff Qualität lautet daher: Realisierte Beschaffenheit einer Einheit bezüglich Qualitätsforderungen an diese.“ (vgl. Geiger, 2001, S.801ff)

In der Praxis muss nach Geiger jedes Qualitätsmerkmal eines Produktes gesondert verglichen und bewertet werden. Erst wenn alle Qualitätsmerkmale mit „gut“ bewertet werden, kann dies auf die Gesamteinheit aggregiert werden. (vgl. Zollondz, 2006, S.162)

Die deutsche Übersetzung der Definition des Qualitätsbegriffs in der DIN EN ISO-Begriffsnorm entspricht der Geigerschen Kurzdefinition von Qualität als realisierte Beschaffenheit einer Einheit bezüglich

² Prof. Dr. Walter Geiger: Als beratender Ingenieur auf dem Spezialgebiet Qualitätsmanagement wirkte er ehrenamtlich bei der nationalen und internationalen Normung zum Thema Qualitätsmanagement mit der Deutschen Gesellschaft für Qualität e.V., der European Organization for Quality und dem Deutschen Institut für Normung (DIN) zusammen. (vgl. Geiger, 1994, S.1)

Qualitätsforderungen an diese. Qualität wird als Vermögen der Gesamtheit inhärenter Merkmale eines Produktes, eines Systems oder eines Prozesses zur Erfüllung von Forderungen von Kunden und anderen interessierten Parteien verstanden. (vgl. Quality.Kenline, o.J., „Was ist Qualität“)

Dieser international abgestimmte Fachbegriff *Qualität des Qualitätsmanagements* wird als zentraler Kern unterschiedlicher Qualitätsmanagement-Konzepte verstanden. Er ist konzept- und branchenneutral definiert und folglich auch als Basisbegriff in der QM-Begriffsnorm der ISO und auch für das Total Quality Management anzusehen. (vgl. Zollondz, 2006, S.172)

2.2 Qualitätsmanagement im Krankenhaus

Für den Krankenhaussektor ist es von Bedeutung den im vorherigen Kapitel definierten Begriff der Qualität weiter zu unterteilen. Eine der gängigsten Unterscheidungen stellt dabei die Arbeit von Avedis Donabedian³ dar. In seinem Buch „Evaluating the Quality of Medical Care“ im Jahr 1966 teilt er den Begriff in Struktur- oder Potenzialqualität (structure), Prozessqualität (process) und Ergebnisqualität (outcome) ein. (vgl. Pflegebote#17, 2013, „Avedis Donabedian“) Aufgabe einer Organisation muss es sein diese zu definieren und zu operationalisieren.

- Strukturqualität: Unter der Strukturqualität werden die Gestaltungsfaktoren verstanden, die sich als qualitative Konditionen der räumlichen und organisatorischen Situation und der ärztlichen und pflegerischen Personalstruktur darstellen lassen (z.B. Bauzustand, Betriebstechnik, medizinisch-technische Ausstattung)
- Prozessqualität: Prozessqualität wird in *intern* und *extern* unterteilt. *Intern* betrifft die Prozessqualität zum Beispiel die Arbeitsabläufe zwischen Verwaltung, Medizin und Pflege, aber auch den Behandlungsprozess im Verhältnis zum Patienten.

³ Avedis Donabedian: Amerikanischer Arzt und Gründer des Studiums für Qualität im Gesundheitswesen und der medizinischen Ergebnisforschung. Bekannteste Leistung ist die Entwicklung des Donabedian Model der Pflege. (vgl. Pflegebote#17, 2013, „Avedis Donabedian“)

Extern sind vor allem die Art der Patientenversorgung und die Beurteilung des Patienten von Bedeutung

- Ergebnisqualität: Die Ergebnisqualität lässt sich grundsätzlich nur sehr schwer über Indikatoren messen und erfassen. Das allgemeine Ziel der Ergebnisqualität ist eine objektive und subjektive Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten.

(vgl. Damkowski et al., 2000, S.200)

Die Begriffe Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind in der Wirtschaft seit vielen Jahrzehnten etabliert. Im Gesundheitswesen sind Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsmanagement jedoch erst seit den 1980er Jahren und durch die gesetzlichen Forderungen mehr in den Fokus gerückt. (vgl. Ertl-Wagner, 2013, S.16) Durch den Beschluss Qualitätssicherungsmaßnahmen in die Sozialgesetzgebung aufzunehmen, sind alle Krankenhäuser dazu verpflichtet eine bedarfsgerechte, gleichmäßige und neueste Erkenntnisse berücksichtigende Versorgung der Patienten zu gewährleisten und Maßnahmen zur Qualitätssicherung durchzuführen. (vgl. Damkowski et al., 2000, S.20f)

Wörtlich heißt es hier im SGB V § 135:

„(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden. (2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser, Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen und Einrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111a besteht [...] verpflichtet, 1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und 2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln, wozu in Krankenhäusern auch die Verpflichtung zur Durchführung eines patientenorientierten Beschwerdemanagements gehört.“ (vgl. Sozialgesetzbuch §135a SGB V, 2018, S.664)

Diese gesetzlichen Regelungen haben in der Folge zur Einführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen mit unterschiedlicher Struktur und unterschiedlichem Anspruchsniveau im Gesundheitswesen geführt. (vgl. Ertl-Wagner, 2013, S.16) Welches QM-System in der Einrichtung

umgesetzt werden kann, wird von der Organisation selber gewählt. Eine grundsätzliche Voraussetzung ist aber die Ausgestaltung nach dem Prinzip des umfassenden Qualitätsmanagements. Näher definiert wird dies mit den folgenden Elementen und Anforderungen an das System:

- Patientenorientierung
- Verantwortung und Führung
- Wirtschaftlichkeit
- Prozessorientierung
- Mitarbeiterorientierung und -beteiligung
- Zielorientierung und Flexibilität
- Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern
- Kontinuierliche Verbesserungsprozesse

(vgl. Ertl-Wagner, 2013, S.19)

2.3 Total Quality Management (TQM)

Ganz allgemein versteht man unter Total Quality Management (TQM) eine Unternehmensphilosophie, bei der in allen Bereichen eines Unternehmens der Qualität von Produkten und Leistungen einen zentralen Stellenwert eingeräumt wird. (vgl. Wirtschaftslexikon, 2017, „Total Quality Management“) Die deutsche Fassung DIN EN ISO 8402 der international gültigen Norm definiert es genauer als *„...auf der Mitwirkung aller ihrer Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellen der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt.“* (vgl. Hummel/Malorny, 2011, auf QZ-online)

TQM stellt somit den weitreichendsten Qualitätsansatz für Unternehmen und Organisationen dar.

Entsprechend den einzelnen Buchstaben gliedert sich das TQM in drei Grundpfeiler:

- „T“ für *Total*. Darunter versteht man die Einbeziehung aller Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, aber auch ganz besonders die Integration von Patienten und Lieferanten.

- „Q“ für *Quality*. Darunter wird die Qualität der Arbeit, der Prozesse und des ganzen Unternehmens bzw. Krankenhauses verstanden, aus denen heraus die Qualität der Produkte und Dienstleistungen erwächst.
- „M“ steht für *Management*. Dies verdeutlicht, dass Qualität eine Führungsaufgabe ist und zeigt die Verpflichtung des gesamten Managements, TQM vorzuleben

(vgl. Hummel/Malorny, 2011, auf QZ-online)

Die Realisierung von Total Quality Konzepten bedarf unterschiedlicher Elemente.

Zunächst muss die Organisation eine Qualitätsphilosophie als integrativen Bestandteil der Unternehmenskultur unter Berücksichtigung eines erweiterten Qualitätsverständnisses und der Einbindung aller Mitarbeiter formulieren. Ein weiteres Element ist die Schaffung organisatorischer Rahmenbedingungen. Dazu zählen beispielsweise die Definition von Prozessen und Subprozessen, eine Systematisierung von Patienten-Lieferanten-Systemen und die (Re)Integration der Qualitätsverantwortung und -prüfung in die Unternehmensstrukturen. Zusätzlich zu den organisatorischen Rahmenbedingungen, müssen auch personelle Strukturen geschaffen werden. Hierzu zählen zum Beispiel die fachliche und methodische Qualifikation aller Beteiligten oder auch partizipative Führungskonzepte. Darüber hinaus ist die Schaffung technischer Rahmenbedingung eine wichtige Voraussetzung. Von Bedeutung sind geeignete Mess- und Prüfverfahren, zweckmäßige Arbeitsplatzbedingungen oder auch die Beherrschbarkeit der Prozesse. Der letzte Baustein eines TQM-Konzeptes ist der Einsatz praktischer Methoden. Dabei wird eine Vielzahl von verschiedenen Instrumenten unterschieden. Ein sehr gängiges Instrument ist die Festlegung von Qualitätsstandards, beispielsweise Pflegestandards. Diese standardisierten Abläufe werden in dem Qualitätsmanagement-Handbuch der Organisation, beispielsweise in Form von Verfahrensanweisungen, schriftlich fixiert und von allen Mitarbeitern dann ausgeführt. Weitere Standards betreffen zum Beispiel die

Dokumentation oder auch die Festlegung von Kenn- und Messzahlen und Kosten. (vgl. Pfeiffer, o.J., S448ff) Eine weitere Methode wäre die Einberufung sogenannter Qualitätskreise, also die Erarbeitung von betriebsinternen Zielen, Strategien oder die Problemlösung in einer Gruppe von Fachleuten aus unterschiedlichen Abteilungen der Einrichtung, meist unter Anleitung eines Moderators. (vgl. Pflegewiki, 2016, „Qualitätszirkel“)

2.4 Wettbewerbsfaktoren

Ganz allgemein versteht man unter einem Wettbewerbsfaktor strukturelle Merkmale einer Branche, die die Stärke der Wettbewerbsintensität und damit nachgelagert auch die Rentabilität der Unternehmung und der Branche generell bestimmen. Vereinfacht ausgedrückt handelt es sich um diejenigen Eigenschaften eines Unternehmens, die im Wettbewerb mit den Konkurrenten zu einem nachhaltigen Vorteil führen können. (vgl. Wirtschaftslexikon, 2017, „Wettbewerbsfaktor“)

Im Krankenhaussektor kann man unterschiedliche Wettbewerbsfaktoren unterscheiden. Beispiele dafür können unter anderem sein:

- 1) Preiswettbewerb: Ein Wettbewerb zwischen Krankenhäusern um Preise ist grundsätzlich kaum möglich, da die Preise durch beispielsweise DRG's⁴ oder auch Landesbasisfallwerte⁵ festgelegt sind.
- 2) Leistungswettbewerb: Für Kliniken ist möglich sich über das Leistungsangebot und die Leistungsmengen zu profilieren.
- 3) Servicewettbewerb: Ein Wettbewerb über den Umfang an Serviceangeboten kann nicht nur patientenbezogen, sondern auch mitarbeiterbezogen sein. Während für den Patienten die Serviceleistungen einer eher untergeordnete Rolle spielen, können Leistungen und Serviceangebote bei dem Werben um qualifizierte Bewerber und Mitarbeiter von großer Bedeutung sein.

⁴ DRG: = „Diagnostic-Related Groups“; pauschalisiertes Abrechnungssystem im deutschen Versorgungssystem (vgl. DocCheck-Flexikon, 2018, „DRG-System“)

⁵ Landesbasisfallwerte: Basispreis für die einzelnen DRG-Leistungen, unterschiedlich je nach Bundesland zwischen Vertragsparteien auf Landesebene ausgehandelt. (vgl. GKV-Spitzenverband, o.J., „Landesbasisfallwerte“)

4) Qualitätswettbewerb: Der Wettbewerb um die höchstmögliche Qualität gilt als der entscheidende Wettbewerbsfaktor im Krankenhaussektor. Durch das verpflichtende Qualitätsmanagement in Kliniken und der Erfassung von Kennzahlen und Zertifikaten ist dieses Kriterium nicht nur sehr gut messbar, sondern vor allem auch beeinflussbar.

(vgl. Mommert, o.J., S.5f)

Schwerpunkt der vorliegenden Hausarbeit wird vor allem der Qualitätswettbewerb zwischen Krankenhäusern sein.

3. Qualitätsmanagementsysteme im Krankenhaus

Wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben, umschließt *Qualität* Beschaffenheit, Eigenschaft, Güte und Wert eines erstellten Gutes. Die Entwicklung des Qualitätsbegriffs spiegelt den tiefgreifenden Wandel der gesellschaftlichen und individuellen Anforderungen wider. Die angebotene Leistung soll den Patienten zufriedenstellen, vorhersehbar und nachvollziehbar, am besten einklagbar sein. (vgl. Knon, et al., 2013, S.9ff)

Die ersten Ansätze eines Qualitätsversprechens reichen bis in die Antike zurück (Codex Hammurabi⁶). Im 16. Jahrhundert wurde durch die Fugger die Qualitätskennzeichnung etabliert. 1879 war es das „General Regulativ“ der Familie Krupp, das in durchgängiger Weise Qualitätsstandards unter anderem für den Einsatz von Maschinen und von Verfahrenstechniken festlegte. Mit seinem Werk „Total Quality Control“ legte der amerikanische Experte und Geschäftsmann Armand Vallin Feigenbaum 1956 den Grundstein für die Entwicklung des modernen umfassenden Qualitätsmanagements (Total Quality Management). Er machte deutlich, dass alle in einer Organisation vorhandenen Abläufe zu berücksichtigen sind. (vgl. Knon, et al., 2013, S.9ff)

Seit den 1980er Jahren sind Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsmanagement auch im Gesundheitswesen zunehmend in den Fokus gerückt. Mit der gesetzlichen Pflicht zur Einführung eines Qualitätsmanagements in Krankenhäusern entstanden auch eine Vielzahl an unterschiedlichen Qualitätsmanagement-Darlegungssystemen in Deutschland. Im folgenden Kapitel werden die bekanntesten und aktuell auch bedeutendsten Systeme vorgestellt und näher beschrieben. Eine allgemeine tabellarische Gegenüberstellung der Systeme findet sich ergänzend zum folgenden Kapitel unter Anhang 01.

⁶ Codex Hammurabi: Bezeichnet man eine babylonische Sammlung von Rechtssprüchen aus dem 18. Jahrhundert v. Chr. (vgl. Bedeutung von woertern, o.J., „Codex Hammurabi“)

3.1 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen

Die KTQ-GmbH ist ein selbstständiger Anbieter von Qualitätsmanagement-Darlegungssystemen für Einrichtungen im ganzen Gesundheitswesen in Deutschland. (vgl. Pflegewiki, 2016, „KTQ“) Unter der Leitung von Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Deutschen Pflegerates wurde ein Verfahren entwickelt, welches zur Bewertung des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern eingesetzt wird. (vgl. TQU Group, o.J., „KTQ im Krankenhaus“)

Gemäß den gesetzlichen Vorschriften nach dem Sozialgesetzbuch V § 137 müssen Einrichtungen im Gesundheitswesen einen Nachweis über ein internes Qualitätsmanagement erbringen. Das Verfahren der Kooperation für Transparenz und Qualität ist dabei ein freiwilliges Konzept dieser gesetzlichen Verpflichtung zu entsprechen und ist auf die speziellen Anforderungen in den Bereichen Krankenhäuser, Praxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ's), Rehabilitationseinrichtungen, ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, Hospize und Rettungsdienste ausgelegt. (vgl. KTQ, o.J., „Das KTQ-Verfahren“)

Das grundsätzliche Ziel der Zertifizierung nach KTQ ist eine Verbesserung und Optimierung von Prozessen und Ergebnissen innerhalb der Patientenversorgung einer Klinik. Zentrales Resultat dieser Entwicklungsarbeit ist der sogenannte KTQ-Katalog. (vgl. TQU Group, o.J., „KTQ im Krankenhaus“) In diesem Katalog wurden insgesamt sechs Kategorien zusammengestellt, die im Rahmen der Zertifizierung abgefragt werden, um konkrete Aussagen über die Qualität in der medizinischen Versorgung treffen zu können. Die Hauptkategorien sind: *Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informations- und Kommunikationswesen Krankenhausführung und Qualitätsmanagement.* (vgl. KTQ, 2009, S.10f)

Die schlussendliche Bewertung der KTQ gliedert sich grob in drei Schritte:

- Schritt 1: Selbstbewertung des Krankenhauses
- Schritt 2: Fremdbewertung durch KTQ-Visitoren
- Schritt 3: Zertifizierung und Veröffentlichung des KTQ-Qualitätsberichtes

(KTQ, o.J., „Das KTQ-Verfahren“)

Bei der Selbstbewertung werden die Einrichtungen unter Einbeziehung des international anerkannten PDCA-Zyklus als grundsätzliche Bewertungssystematik aufgefordert, strukturiert an erkannten Verbesserungspotentialen zu arbeiten und Strukturen und Prozesse nachhaltig und kontinuierlich zu verbessern. Der erste Schritt des PDCA-Zyklus – „PLAN“ umfasst die Darstellung der personellen Verantwortlichkeiten und die Grundlagen beziehungsweise der verbindlichen Regeln zur Sicherstellung des optimalen Prozessablaufes. Im anschließenden Schritt, dem „DO“, wird die Umsetzung der Planung in die Praxis dokumentiert. Der dritte Schritt „CHECK“ umfasst eine sinnhafte, regelmäßige und nachvollziehbare Überprüfung der Umsetzung und einer Bewertung dieser. Anhand der daraus resultierenden Messergebnisse werden im letzten Schritt „ACT“ dadurch erkannte und abgeleitete Verbesserungspotentiale beschrieben. (vgl. KTQ, 2009, S.10f)

Jeder dieser Aspekte wird unter der Perspektive *Erreichungsgrad* und *Durchdringungsgrad* geprüft und mit Punkten versehen. Bei einzelnen, besonders wichtigen Kriterien, gelten Mindestanforderungen von 55% Erfüllung der Anforderungen. (vgl. Herbig, 2017, Kapitel 04210, S.2f)

In Form einer Fremdbewertung, der sogenannten KTQ-Visitation wird die Selbstbewertung von spezifisch ausgebildeten, qualifizierten und dafür zertifizierten Experten des Gesundheitswesens, den KTQ-Visitoren, vor Ort auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Schlüssigkeit geprüft.

Im letzten Schritt der Zertifizierung nach der KTQ steht die Zertifizierung und die Veröffentlichung des KTQ-Qualitätsberichtes. Der Qualitätsbericht ist der Bericht, der im Anschluss einer erfolgreichen

KTQ-Zertifizierung auf der KTQ-Homepage veröffentlicht wird und dem Leser einen Einblick in das Qualitätsmanagement der Krankenhäuser ermöglicht. Inhalt des Dokumentes ist eine Beschreibung der Prozesse, geordnet nach den sechs KTQ-Kategorien. Ziel ist es, dass Krankenhäuser diese Informationen nutzen um die Qualität, beziehungsweise auch das Vertrauen in die Leistungen der Einrichtung zu fördern. (vgl. KTQ, 2009, S.17f)

3.2 Modelle der DIN/EN/ISO-Familie

Die Abkürzung ISO ist die international einheitliche Abkürzung für die Internationale Organisation für Normung. Speziell in Deutschland existiert das Deutsche Institut für Normung e.V. (DIN) als Vertreter der Bundesrepublik Deutschland der ISO. Die europäischen Normen (EN) können von den nationalen Normungsinstituten in das eigene Regelwerk übernommen werden und erhalten dann eine länderspezifische Abkürzung. (vgl. Ertl-Wagner, 2013, S.30)

Im Rahmen der ISO werden drei Kategorien unterschieden. Es gibt technische Standards, klassifikatorische Standards und sogenannte Verfahrensstandards. Das Qualitätsmanagement gehört dabei zur letzteren Gruppe der Verfahrenstandards.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit werden zwei Qualitätskonzepte der DIN/EN/ISO-Familie vorgestellt und näher behandelt. (vgl. Ertl-Wagner, 2013, S.30)

3.2.1 DIN EN ISO 9001:2015

Bei der ISO 9001 handelt es sich um eine internationale Norm, die zwar ihren Ursprung in der Industrie hatte, aber durch grundlegende Veränderungen mittlerweile branchenübergreifend genutzt wird, so auch für die Bewertung des Qualitätsmanagements in Krankenhäusern. Sie regelt die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem. Anhand von zehn Prozessgruppen wird genau erläutert, was die Grundanforderungen an ein funktionierendes Qualitätsmanagement sind, beziehungsweise welche Anforderungen die Organisation erfüllen muss. (vgl. Ertl-Wagner, 2013, S.30)

Der inhaltliche Aufbau der ISO 9001:2015 setzt sich aus den folgenden zehn Hauptkategorien zusammen:

1. Anwendungsbereich
2. Normative Verweisungen
3. Begriffe
4. Kontext der Organisation
5. Führung
6. Planung
7. Unterstützung
8. Betrieb
9. Bewertung der Leistung
10. Verbesserung

(vgl. Kiwa, 2016, S.2)

Die Struktur der Norm orientiert sich dabei an dem PDCA-Zyklus (siehe KTQ) und die zuvor vorgestellten Kategorien lassen sich diesem Zyklus zuordnen:

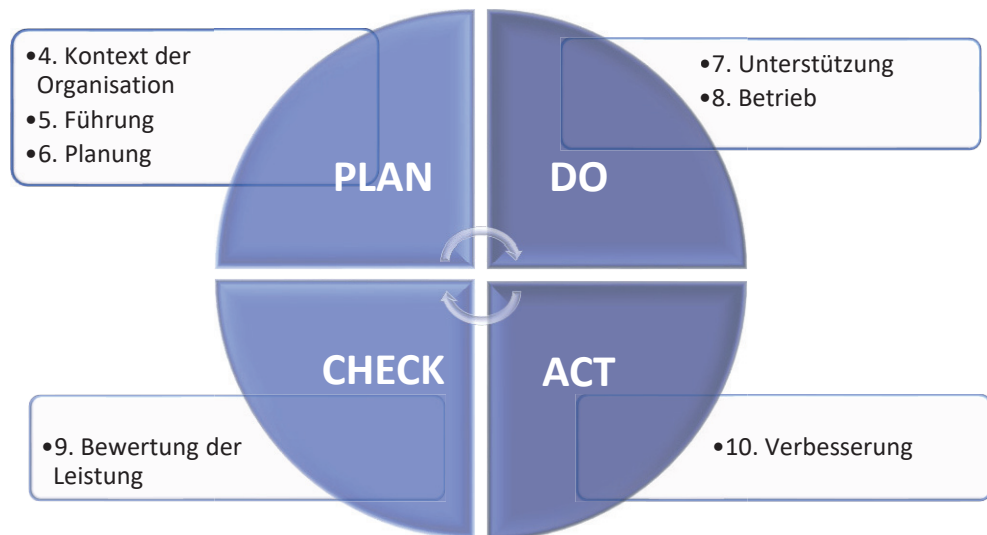


Abbildung 01: PDCA-Zyklus (Eigene Darstellung)

Um eine Zertifizierung zu erlangen, muss die Organisation ein QM-System aufbauen, das den Forderungen der Norm entspricht. In *PLAN* ist die Organisation verpflichtet, die Erfordernisse und Erwartungen der Stakeholder, also der Interessengruppen, zu erfassen und zu verstehen (Kategorie 4). Es muss festgelegt werden, welche Aufgaben und

Verantwortlichkeiten die Führung des Unternehmens erfüllen muss (Kategorie 5) und Maßnahmen im Umgang mit Risiken und Chancen festlegen, sowie die Qualitätsziele für die Organisation festlegen und deren Erreichung planen (Kategorie 6). In *DO* geht es auf der einen Seite um die Ressourcen, Personen, Kompetenzen und die Kommunikation (Kategorie 7) und auf der anderen Seite um die betriebliche Planung, die Festlegung der Anforderung an die Produkte und Dienstleistungen und die Entwicklungsplanung (Kategorie 8).

„CHECK“ umfasst die Bewertung der Leistung, also die Überwachung, Messung, Analyse und Evaluation (Kategorie 9), bevor abschließend in „ACT“ Korrekturmaßnahmen und fortlaufende Verbesserungen gefordert sind (Kategorie 10). (vgl. Ertl-Wagner, 2013, S.31f)

Der genaue Ablauf einer Zertifizierung gliedert sich in mehrere Schritte. Vor Beginn der eigentlichen Erstzertifizierung, wird das Qualitätsmanagementsystem einem sogenannten Voraudit unterzogen. Dabei handelt es sich um eine grundsätzlich freiwillige Vorabprüfung, in der externe Berater und Experten testen, ob eine Zertifizierung des etablierten Qualitätsmanagementsystems bestanden werden kann und ob die Anforderungen bereits ausreichend erfüllt werden.

Im Anschluss an das gegebenenfalls durchgeführte Voraudit erfolgt die eigentliche Erstzertifizierung der Einrichtung nach ISO 9001. Das Zertifizierungsaudit besteht aus den zwei Schritten:

1. Zertifizierungsaudit Stufe I: Inhalt der ersten Stufe sind die Begutachtung der Dokumentation, eine Bewertung des Standortes und standortspezifischer Bedingungen.
2. Zertifizierungsaudit Stufe II: Inhalt der zweiten Stufe ist eine Vorort-Prüfung des Qualitätsmanagement-Systems, Nachweis und Informationssammlung hinsichtlich der Konformität mit den Normenanforderungen und erneute Dokumentationsprüfungen.

Zwischen der Durchführung vom Zertifizierungsaudit Stufe I und II sollten nicht mehr als 3 Monate liegen. (vgl. Qualitätsmanagement, 2013/2014, „Ablauf einer ISO 9001 Zertifizierung“)

Im Anschluss an diese Zertifizierung erstellt der Auditor einen Auditbericht über die Ergebnisse und bespricht diese in einem Abschlussgespräch mit dem Unternehmen, woraus sich gegebenenfalls Handlungsschritte und Interventionen seitens der Organisation ableiten. Sind alle Anforderungen erfüllt und gibt es keine kritischen Abweichungen, erhält die Einrichtung ein Zertifikat, welches spätestens nach drei Jahren erneuert werden muss (Rezertifizierung). (vgl. Qualitätsmanagement, 2013/2014, „Ablauf einer ISO 9001 Zertifizierung“)

3.2.2 DIN EN 15224

Bei der DIN EN 15224 handelt es sich um eine unabhängige, bereichsspezifische Norm des Qualitätsmanagements für Organisationen der Gesundheitsversorgung. (vgl. TÜV Süd, o.J., „Managementsysteme – DIN EN 15224“) Im Wesentlichen stimmen die Anforderungen von EN 15224 mit denen der ISO 9001 überein, die EN 15224-Norm verlangt aber mehr. Sie definiert insgesamt elf Qualitätsmerkmale für die Gesundheitsversorgung und stellt darüber hinaus das Management klinischer Risiken in allen Planungs-, Ausführungs- und Lenkungsprozesse in den Vordergrund. Beide Anforderungen sind dabei eng miteinander verknüpft. Ein klinisches Risiko liegt dann vor, wenn ein Risiko negative Auswirkungen auf mindestens eines der elf Qualitätsmerkmale in der Gesundheitsversorgung haben könnte. Die Qualitätsmerkmale der Gesundheitsversorgung sind dabei folgendermaßen definiert: (vgl. DQS The Audit Company, 2018, „EN 15224 – QM im Gesundheitswesen“)

1. *Angemessene, richtige Versorgung*: Untersuchung und Behandlung sind nach Einschätzung medizinischer Fachpersonen und den Erfordernissen des Patienten entsprechend durchzuführen und dürfen das Erforderliche nicht überschreiten.
2. *Verfügbarkeit*: Eine Bereitstellung und Erreichbarkeit für den Patienten muss unabhängig von zum Beispiel Vergütung und Gesundheitskompetenzen gewährleistet sein.

-
3. *Kontinuität der Versorgung*: Es muss eine nahtlose Kette von Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung vorliegen (Überweisung – Untersuchung – Versorgung – Behandlung – Rehabilitation – Nachsorge)
 4. *Wirksamkeit*: Tätigkeiten der Gesundheitsversorgung verbessern die Wahrscheinlichkeit eines erwarteten positiven Ergebnisses.
 5. *Effizienz*: Erzielung eines bestmöglichen Verhältnisses zwischen Ergebnissen und Ressourcen.
 6. *Gleichheit*: Durchführung einer gleichen Versorgung bei gleichartigen Erfordernissen und Schweregrad.
 7. *Evidenz basierte/wissensbasierte Versorgung*: Eine wissenschaftlich abgesichert oder auf Erfahrung und Wissen gestützte Versorgung.
 8. *Auf den Patienten, einschließlich der körperlichen und geistigen Unversehrtheit ausgerichtete Versorgung*: Bereitstellung und Ausführung der Dienstleistungen im Hinblick auf Werte und Einstellung des Patienten und möglichst mit Einverständnis des Patienten, sowie dessen körperliche und psychologische Unversehrtheit.
 9. *Einbeziehung des Patienten*: Der Patient wird in Kenntnis gesetzt, befragt und möglichst in die ihn betreffenden Entscheidungen/Eingriffe einbezogen.
 10. *Patientensicherheit*: Die Risiken müssen bestimmt werden, unter Kontrolle sein und vermeidbare Schäden verhindert werden.
 11. *Rechtzeitigkeit und Zugänglichkeit*: Die Bereitstellung muss in angemessener Zeit erfolgen und die Abfolgen sind ausschließlich an den Erfordernissen, dem akuten Zustand und der Schwere der Krankheit zu orientieren.

(vgl. TÜV SÜD, o.J., „Managementsysteme – DIN EN 15224“)

Jeder klinische Prozesse einer Einrichtung muss sich an diesen elf Merkmalen orientieren. (vgl. (vgl. DQS The Audit Company, 2018, „EN 15224 – QM im Gesundheitswesen“)

Der Ablauf der Zertifizierung ähnelt wiederum der Zertifizierung nach DIN EN 9001 und besteht aus bis zu fünf Schritten.

Zunächst kann die Einrichtung optional ein Voraudit durch die Auditoren durchführen lassen. Dabei geht es darum, im Vorwege bereits umgesetzte Anforderungen der Norm durch die Organisation zu erfassen und festzustellen. Im nächsten Schritt findet das eigentliche Zertifizierungsaudit statt. Ein Team von Auditoren prüft zunächst, ob die Dokumentation des Managementsystems den Anforderungen von DIN EN 15224 entsprechen und überprüft die Wirksamkeit der praktischen Anwendung. Nach einem erfolgreichen Zertifizierungsverfahren folgt die Zertifikatserteilung, an welche sich jährliche Überwachungsaudits und nach Ablauf der Gültigkeit von drei Jahren auch eine Re-Zertifizierung anschließt. (vgl. TÜV Rheinland, 2018, „Qualitätsmanagement nach DIN EN 15224“)

3.3 EFQM Excellence Modell

Seit den 50er Jahren des vorigen Jahrhunderts entwickelte sich „Total Quality Control“ in Japan fast zeitgleich mit dem Modell gleichen Namens in den USA. Seit den 80er- Jahren setzte sich dann die Bezeichnung Total Quality Management weltweit durch. Die gemeinnützige EFQM wurde 1988 von namhaften europäischen Unternehmen mit dem Ziel gegründet, das Management von Organisationen bei der Förderung von umfassender Qualität (= Total Quality Management) zu unterstützen. (vgl. Knon et al., 2013, S.37ff)

Auf Basis des EFQM-Modells ist es Organisationen möglich, eine umfassende, systematische und regelmäßige Selbstbewertung zu den neun Kriterien des Modells, welche im Folgenden noch näher behandelt werden, durchzuführen und aus diesen Verbesserungspotenziale und Stärken abzuleiten. (vgl. Knon et al., 2013, S.37ff)

Die neun Kriterien des EFQM-Modells sind:

- 1. Führung
- 2. Strategie
- 3. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- 4. Partnerschaften und Ressourcen
- 5. Prozesse, Produkte und Dienstleistungen
- 6. Kundenbezogene Ergebnisse

- 7. Mitarbeiterbezogene Ergebnisse
- 8. Gesellschaftsbezogene Ergebnisse
- 9. Schlüsselergebnisse

(vgl. Knon et al., 2013, S.37ff)

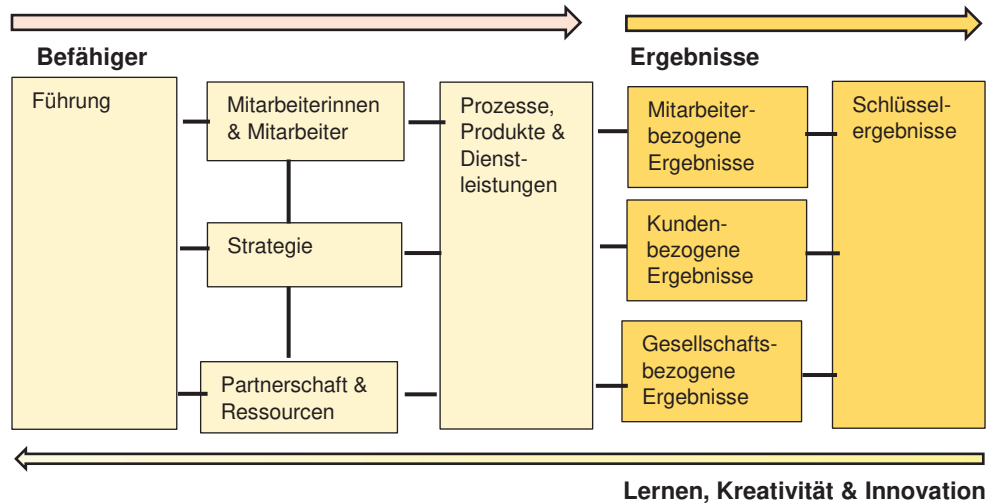


Abbildung 02: EFQM-Modell (vgl. Knon et. al, 2013, S.39)

Die Kriterien 1 bis 5 repräsentieren dabei die Befähiger im Krankenhaus und die Kriterien 6 bis 9 die Ergebnisseite. Zwischen den Befähigerkriterien, also den Stellschrauben, und den Ergebniskriterien besteht ein unmittelbarer Kausalzusammenhang. Im Sinne des EFQM-Gedankens wird ein Krankenhaus dann optimal gesteuert, wenn die Führungskräfte bei negativen Ergebnistrends genau wissen, welchen Befähiger sie aktivieren müssen, um die Entwicklung positiv zu gestalten. Umgekehrt ist es genauso von Bedeutung zu wissen, wie die Auswirkungen der eingesetzten Befähiger auf der Ergebnisseite gemessen werden können. (vgl. Knon et al., 2013, S.37ff)

Die neun EFQM-Kriterien werden wiederum in 32 Teilkriterien unterteilt, wobei jedes dieser Teilkriterien mit einer Checkliste von Ansatzpunkten hinterlegt ist. Ziel ist es, dass ein Krankenhaus oder eine Abteilung anhand dieser Checklisten eine Selbstbewertung durchführen und daraus Stärken und Verbesserungspotentiale identifizieren kann. Zu den priorisierten Verbesserungsbereichen sind dann Ziele und Maßnahmen festzulegen. (vgl. Knon et al., 2013, S.37ff)

Grundsätzlich erklärt das Modell, dass Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit und der Einfluss auf die Gesellschaft, durch Führung mit Hilfe von Politik und Strategie, Mitarbeiterorientierung und Management von Ressourcen erreicht werden, was schließlich mit Hilfe von geeigneten Geschäftsprozessen zu Excellence im Unternehmensergebnissen führt. Eine fundamentale Erkenntnis des TQM-Modells ist, dass es nicht ausreicht, Ergebnisse zu managen, sondern, dass es erforderlich ist, die Vorgehensweise dazu (in der Abbildung als Befähiger benannt) einzubeziehen. (vgl. Knon et al., 2013, S.37ff)

Das EFQM-Selbstbewertungsmodell beinhaltet für die Bewertung einer Organisation ein Punktesystem, das sogenannte RADAR-System. Das RADAR-Bewertungssystem steht für Result, Approach, Deployment, Assesment und Refinement. Die Ergebniskriterien werden nach Relevanz und Nutzen sowie Leistung beurteilt. Für die Qualität der Ergebnisse ist dabei entscheidend, ob positive Trends über mehrere Jahre verwirklicht, Ziele gesetzt und erreicht sowie Vergleiche zu anderen Krankenhäusern durchgeführt werden. Über dieses Punktesystem ist es für ein Krankenhaus möglich, die Hauptpotentialthemen und -felder zu identifizieren und außerdem von einer Selbstbewertung zur nächsten kontinuierlichen Entwicklung zu messen. (vgl. Knon et al., 2013, S.52)

4. Wettbewerb in der Krankenhauslandschaft

Im Vergleich zu vielen anderen Bereichen der Wirtschaft ist das Gesundheitswesen in den meisten westlichen Industriegesellschaften überwiegend nicht über wettbewerbliche Mechanismen gesteuert worden. Insbesondere in dem Bereich der Krankenhausversorgung sind korporative Koordination und staatliche Administration die vorherrschenden Steuerungsmechanismen. Für die meisten Krankenhäuser, insbesondere sofern sie Leistungen für die gesetzliche Krankenversicherung erbringen wollen, gilt, dass sie in einen staatlichen Angebotsplan eingebunden sind und die Investitionsentscheidungen der einzelnen Krankenhäuser, beispielsweise hinsichtlich Standort und Bettenzahl, an staatlich vorgegebene und finanzierte Investitionspläne gebunden sind. Daraus resultiert ein Wettbewerb in der Krankenhausversorgung. Angesichts deutlicher Überkapazitäten und rückläufiger Verweildauern wetteifern die Krankenhäuser um die rentablen Patienten. (vgl. Wasem/Geraedts, 2011, S.5ff)

Während der Wettbewerbsparameter *Preis* bei der Krankenhauswahl durch den Patienten nur eine unwesentliche und sehr untergeordnete Rolle spielt, konzentrieren sich die Krankenhäuser im Werben um Patienten auf die Servicequalität. Durch transparente Offenlegung von Qualitätsdaten und sogenannten „Lotsen-Systeme“ von Krankenkassen auf Basis der gesetzlichen Qualitätsberichte, mit denen Patienten Unterstützung angeboten wird, bei der Krankenhauswahlentscheidung rückt das Qualitätsparameter der medizinischen Versorgungsqualität in den Vordergrund. (vgl. Wasem/Geraedts, 2011, S.5ff)

Mit dem Ziel der Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung wurden in den vergangenen Jahren unterschiedliche Versuche unternommen den Wettbewerb im Krankenhaussektor zu stärken und zu fördern. (vgl. Wasem/Geraedts, 2011, S.5ff)

4.1 Gesetzliche Rahmenbedingungen

4.1.1 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalen-systems für Krankenhäuser

Mit dem Fallpauschalengesetz wurde im Jahre 2002 die rechtliche Grundlage für ein neues DRG-basiertes Vergütungssystem für Krankenkassen geschaffen. Die Basis für die Finanzierung, Budgetierung und Abrechnung in Krankenhäusern sind die sogenannten „Diagnosis Related Groups“, also diagnosebezogene Fallgruppen. Ziel dieser Neugestaltung ist die Umstellung des bisherigen Systems der Krankenhausvergütung aus tagesgleichen Pflegesätzen⁷, Fallpauschalen, Sonderentgelten⁸ und Krankenhausbudgets auf eine leistungsorientierte Vergütung. (vgl. MDK, o.J., „Fallpauschalengesetz“) Fälle in einem Krankenhaus werden anhand des diagnostischen, therapeutischen und versorgungstechnischen Aufwandes im Laufe des Krankenhausaufenthaltes zusammengefasst und die Patienten einer Fallgruppe zugeordnet. (vgl. Hollick/Kerres, 2005, S.10)

Das deutsche DRG-System besteht aus zwei Grundelementen: dem Patientenklassifikationssystem, also den Kriterien für die Zuordnung einzelner Patientinnen und Patienten zu einer bestimmten Fallgruppe, und den Bewertungsrelationen, die die relativen Kostengewichte der Fallgruppen festschreiben. Durch die GKV-Gesundheitsreform ist vorgeschrieben, dass das Patientenklassifikationssystem einerseits Komplexität und Komorbidität abbilden soll, was eine möglichst weitgehende Kostenhomogenität der einzelnen Fallgruppen gewährleisten soll, andererseits soll das System aber auch praktikabel sein, also nicht zu stark differenziert werden.

Hauptmerkmale einer Fallgruppe sollen die Haupt- und die Nebendiagnose, sowie die Haupt- und die Nebenleistungen sein.

⁷ Der Pflegesatz ist das Benutzerentgelt, welches der Nutzer eines Krankenhauses bzw. seine Krankenkasse/private Krankenversicherung an das behandelnde Krankenhaus für die stationäre Behandlung zu entrichten hat. (vgl. MDK, o.J., „Pflegesatz“)

⁸ Das Sonderentgelt ist ein Entgelt, mit denen stationäre Leistungen pauschal vergütet werden. Sie sind eine Entgeltform der Bundespflegesatzverordnung (BPfIVO), durch die einzelne Leistungen einer stationären Krankenhausbehandlung pauschal abgerechnet werden können. (vgl. reimbursement, o.J., „Sonderentgelt“)

Die Diagnosen beruhen dabei auf der International Statistical Classification of Diseases (ICD-Schlüssel)⁹.

Darüber hinaus werden nach einem Operations- und Prozedurenschlüssel¹⁰ die durchgeführten therapeutischen Maßnahmen berücksichtigt. (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2013, „Die Vergütung der Krankenhausleistung“)

Mit der Einführung der DRGs verfolgt der Gesetzgeber verschiedene Ziele.

- Verkürzung der Verweildauer
- Steigerung der Wirtschaftlichkeit
- Verbesserung der Qualität
- Mehr Wettbewerb unter den Krankenhäusern

(vgl. Gaß, 2005, S.67)

Um das primäre Ziel einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit nachkommen zu können, müssen in erster Linie Fallkosten reduziert werden. Dies geschieht unter anderem durch eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten im Krankenhaus. Durch die neue Vergütungsform über Fallpauschalen, also der Bezahlung unabhängig von der tatsächlichen stationären Aufenthaltsdauer des Patienten ist das für die Einrichtung deutlich rentabler. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht stellt die frühestmögliche Entlassung des Patienten ein besseres Ergebnis dar und führt so zu einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit. (vgl. Wildenradt, 2010, S.67) Die statistisch erhobenen Daten aus den deutschen Krankenhäusern verdeutlichen diese Entwicklung die letzten Jahre. Im Jahr 1992 lag die durchschnittliche

Verweildauer eines Patienten in deutschen Krankenhäuser noch bei 13,3 Tagen, im Jahr 2016 nur noch bei 7,3 Tagen. Während es zu Beginn der 90er-Jahre aufgrund der Vergütung über tagesgleiche Pflegesätze keine

⁹ ICD-Schlüssel: Der ICD-Schlüssel ist eine medizinische Klassifikation zur Systematisierung von Diagnosen. Jeder Diagnose wird dabei ein 5-stelliger Code zugeordnet. (vgl. DocCheck-Flexikon, 2017, „ICD-Schlüssel“)

¹⁰ Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS): Der OPS ist die amtliche Klassifikation zum Verschlüsseln von Operationen, Prozeduren und allgemeinen medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. (vgl. DIMDI, 2018, „OPS“)

Notwendigkeit einer Verkürzung der Verweildauer gab, nahm dies zunächst mit der Einführung des §115a SGB V und dann der Einführung des Fallpauschalengesetzes 2002 weiter ab. (vgl. Statista, 2018, „Durchschnittliche Verweildauer“)

Ein ähnlicher Effekt ist auch bei der durchschnittlichen Anzahl an aufgestellten Betten pro Krankenhaus zu beobachten. Waren es 1991 noch durchschnittlich 832 Betten je 100 000 Einwohner, sank die Zahl im Jahr 2004 nach der Einführung des DRG-Systems auf 644 aufgestellte Betten je 100 000 Einwohner. (vgl. Bölt et al., 2012, S.114)

Die positive Wirkung der DRGs liegt vor allem darin, dass effiziente Leistung mehr belohnt wird. Die Krankenhäuser, die sinnvoll wirtschaften, generieren ökonomische Vorteile und es wird der Anreiz zu mehr Qualität in den Kliniken gesetzt. (vgl. Hollick/Kerres, o.J., S.89)

4.1.2 Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitssystems (GMG)

Ausgangspunkt der am 01. Januar 2004 in Kraft getretenen Reform zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) ist in erster Linie die Erhaltung des Solidarsystems: Jeder Versicherte soll weiterhin unabhängig von Alter und Einkommen die medizinische Versorgung bekommen, die er braucht. Die Gesundheitsreform setzt dabei vor allem bei den eingefahrenen und nicht mehr zeitgemäßen Strukturen im System an und soll die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen fördern. Zugleich schafft sie mehr Transparenz und bringt einen Wettbewerb um Qualität in Gang. (vgl. PKV-Ratgeber, 2004, S.4)

Vor allem der letzte Punkt ist für die vorliegende Ausarbeitung von Bedeutung. Ein wichtiges Resultat des GKV-Modernisierungsgesetzes ist die Liberalisierung des Vertragsrechtes als eine Rahmenbedingung für Wettbewerb im Gesundheitswesen. Vor allem die Implementierung und der Aufbau von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Krankenhäusern ist dabei eine strategisch bedeutende Option für Krankenhäuser im Wettbewerb um die ambulante Versorgung. (vgl. PKV-Ratgeber, 2004, S.10f) Krankenhäuser können durch die Reform im

ambulanten Bereich hoch spezialisierte fachärztliche Leistungen anbieten und auch die fachärztliche Versorgung im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen für chronisch Kranke kann von den Krankenhäusern übernommen werden. (vgl. PKV-Ratgeber, 2004, S.10f)

4.1.3 Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG)

Mit dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG) im Jahr 2007, wurden grundsätzliche Veränderungen in der Finanzierung des deutschen Gesundheitswesens beschlossen und neu geregelt. Durch die Einführung des Gesundheitsfonds⁹, Elemente eines morbiditätsorientierten Risikostrukturenausgleichs¹⁰ und neuen tariflichen Wahlmöglichkeiten der Versicherten in der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung, soll der Wettbewerb zwischen den Finanzierungsträgern auf eine neue Grundlage gestellt werden. Der Gesetzgeber erhofft sich von den Maßnahmen eine Intensivierung und Ausweitung des Wettbewerbs, die zu mehr Effizienz und Qualität im gesundheitlichen Versorgungssystem führen soll. (vgl. Gerlinger et al., 2007, S.1ff) Durch eine Erweiterung der Vertragsfreiheiten der GKV und der Leistungserbringer im Bereich der besonderen Vertragsformen, beispielsweise bei der integrierten Versorgung, wird dieser gefördert. Auch bei dem Wettbewerb bei Hilfsmitteln kommt es durch Ausschreibungsmöglichkeiten zu einer Intensivierung des Wettbewerbs. (vgl. Wirtschaftslexikon, 2017, „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“) Krankenkassen sind dazu angehalten, zum Beispiel für Rollatoren und Rollstühle, Ausschreibungen zu machen, wodurch angesichts stetig steigender Ausgaben im Hilfsmittelbereich mehr Wettbewerb erzeugt und

⁹ Gesundheitsfonds: Bei der gesetzlichen Rentenversicherung zahlen Mitglieder, Arbeitgeber und Sozialleistungsträger Beiträge an eine zentrale Stelle, von wo aus die jeweiligen Versicherungsträger ihre Leistungen beziehen. Dieses Finanzierungssystem wird als Gesundheitsfonds bezeichnet. (vgl. cecu, 2003-2018, „Gesundheitsfonds“)

¹⁰ Morbiditätsorientierter Risikostrukturenausgleich: Bei der Verteilung der Gesundheitsfonds werden die Mitgliederstrukturen der Versicherungsträger beachtet. Dazu zählen neben der Zahl, dem Alter und dem Geschlecht der Versicherten nun auch die Morbidität als Zuteilungskriterium. (vgl. CIP, o.J., „Multimorbiditätsorientierter Risikostrukturenausgleich“)

Unternehmen zu wirtschaftlichen Angeboten veranlasst werden sollen. (vgl. Schneiders, 2015, „Ausschreibungen bei medizinischen Hilfsmitteln“). Eine ähnliche Verbesserung verspricht sicher der Gesetzgeber bei der Arzneimittelversorgung durch verbesserte Rahmenbedingungen bei den Preisverhandlungen. (vgl. Wirtschaftslexikon, 2017, „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“)

4.2 Folge: Krankenhauswettbewerb

Ausgelöst durch knappere Krankenhausbudgets wird sich der Wettbewerb unter den Krankenhäusern und zwischen den Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten verstärken. Das leistungsorientierte neue Vergütungssystem wird die Konkurrenz unter den Kliniken, auch im Bereich der Kosteneffizienz, verschärfen. Ähnlich wird auch die Konkurrenz zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten immer deutlicher. Hintergrund hierfür ist ein Verteilungskampf um das GKV-Gesamtbudget. Konkret wird dies zum Beispiel bei den von niedergelassenen Ärzten vermehrt aufgrund von SGB-V-Modellversuchen gegründeten Netzwerken oder bei den Strukturverträgen, deren Hauptziel die Reduzierung von Krankenhauseinweisungen ist. Eine verstärkte Leistungserbringung durch niedergelassene Ärzte führt hiernach zwangsläufig zu Leistungs- und Kosteneinsparungen im Krankenhausbereich. (vgl. Damkowski et al., 2000, S.17)

Ganz allgemein ausgedrückt befindet sich der deutsche Krankenhausesektor im Umbruch. Resultat dieses Umbruchs ist ein externer und auch interner Krankenhauswettbewerb. Aufgabe der Krankenhäuser muss es sein im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten frühzeitig in eine optimierte Wettbewerbsposition gelangen. Das neue Paradigma, steigende Versorgungsqualität bei tendenziell sinkenden Kosten zu erreichen, führt zu langfristigen Wettbewerbsstrategien. Dazu zählen verschiedene medizinische Überlegungen, wie zum Beispiel der konsequente Ausbau von Reha-Leistungen, Diagnostik oder auch attraktive sonderentgeltfähige Therapien, aber auch wettbewerbsorientierte Managementstrategien. Dazu zählen vor allem

die Formen des internen Wettbewerbs, wie internes Benchmarking, interne Preise und Märkte zum Führungskonzept im Krankenhaus. Für Krankenhäuser gilt: Je früher eine Selbstbestimmung im Krankenhaus-Markt durchgeführt wird, desto größer ist die Chance, eine starke Wettbewerbsposition aufzubauen. (vgl. Damkowski, 2000, S.19f)

Welche Effekte sich aus diesem, durch den Gesetzgeber angestrebten, Krankenhauswettbewerb ergeben, werden im folgenden Kapitel näher beschrieben und erläutert.

5. Qualitätsmanagement als Wettbewerbsfaktor

Nach dem Managementtheoretiker und Ökonom Michael E. Porter, kann ein Unternehmen drei Wege einer Wettbewerbsstrategie verfolgen: Qualitätsführer, Kostenführer oder Nischenanbieter.

Die Strategie der Qualitätsführerschaft richtet sich stets am Gesamtmarkt aus. Ein Unternehmen, das diese Position innehat, erlangt einen Wettbewerbsvorteil vor allem durch gegebene Leistungsvorteile, wie zum Beispiel durch Produktqualität höhere Preise zu realisieren. Besonders hohe Qualität von Produkten und Dienstleistungen stellt ein Alleinstellungsmerkmal gegenüber den Mitkonkurrenten im Krankenhaussektor dar. (vgl. Lenz, 2015, „Wettbewerbsstrategien“)

Nimmt ein Unternehmen die Marktposition der Kostenführerschaft ein, steht der Kostenvorteil im Wettbewerb im Vordergrund. Nur durch das konsequente Nutzen von Potentialen zur Kostensenkung kann dieser Wettbewerbsvorteil gegenüber der Konkurrenz erreicht werden. Laut Porter gibt es in jeder Branche lediglich einen Qualitätsführer und einen Kostenführer. (vgl. Lenz, 2015, „Wettbewerbsstrategien“)

Die Nischenstrategie richtet sich im Gegensatz zu den anderen Wettbewerbsstrategien nur auf einen Teilmarkt. Ein Unternehmen, das diese Strategie verfolgt, richtet seine Kompetenzen, Fähigkeiten und die Kommunikation auf Schwerpunkte, wie zum Beispiel bestimmte Kundensegmente, geografische Märkte oder konkrete Bedürfnisse aus. (vgl. Lenz, 2015, „Wettbewerbsstrategien“)

Diese für Unternehmen relevanten Wettbewerbsstrategien sind im Krankenhaussektor nur eingeschränkt anwendbar. Ziel eines Krankenhauses sollte sein, die Qualitätsführerschaft innezuhaben und darüber einen Wettbewerbsvorteil zu erreichen.

Zunächst ist zu klären unter welchen Voraussetzungen Qualität ein relevanter Wettbewerbsparameter sein kann. In dem Zusammenhang ist zunächst die Problematik der Informationsasymmetrien im Gesundheits- und Krankenhausbereich zu nennen. Voraussetzung ist, dass potentielle

Kunden und Patienten über Informationen zu den individuellen Qualitätskriterien verfügen und diese aktiv nutzen. Resultat wäre, dass jeder Patient seinen individuellen Bedürfnissen entsprechende Entscheidungen tätigen und unter verschiedenen Wettbewerbern den jeweils Besten auswählen kann. Einer der Hauptgründe für das Marktversagen im Gesundheitswesen besteht darin, dass diese Voraussetzung bisher noch nicht vollständig erfüllt ist. Es herrschen noch die zuvor angesprochenen Informationsasymmetrien, bei denen die Kunden kaum über geeignete Qualitätsinformationen zum Leistungsangebot verfügen und die Leistungsanbieter zumindest einen Teil dieser Informationen besitzen. (vgl. Wasem, et al., 2011, S.9ff)

Mit der Verpflichtung aller nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser einen jährlichen strukturierten Qualitätsbericht zu erstellen und zu veröffentlichen, wird seit 2013 durch den Gesetzgeber versucht, diese Informationen dem Patienten zugänglich zu machen und die Informationsasymmetrien auszugleichen. (vgl. GKV-Spitzenverband, 2012, „Qualitätsberichte der Krankenhäuser“)

Geeignete und entsprechend aufbereitete Qualitätsinformationen stellen zwar notwendige, allerdings keine hinreichende Voraussetzung für Qualität durch Wettbewerb dar. Eine weitere Voraussetzung ist die Relevanz des Qualitätsarguments für die Akteure. Das Qualitätsargument muss in den Entscheidungskalkülen der Akteure einen hinreichenden Stellenwert im Vergleich zu den anderen entscheidungsrelevanten Parametern einnehmen. Das betrifft zum einen die Patienten und zum anderen auch die Krankenkassen. (vgl. Wasem et al., 2011, S.12ff)

Damit Qualität zum Wettbewerbsfaktor wird, muss also nicht nur die Informationsasymmetrie zwischen den Akteuren abgebaut, sondern auch die Regulierung, darunter auch die Anreizstruktur, verändert werden. (vgl. Wasem et al., 2011, S.12ff)

Nimmt man diese Voraussetzungen als gegeben an, kann man verschiedene Auswirkungen feststellen. Zur Strukturierung des möglichen Nutzens wird zwischen direkten und indirekten, sowie

zwischen internen und externen Effekten des Qualitätsmanagements unterschieden:

	Interne Effekte	Externe Effekte
Direkte Effekte	<ul style="list-style-type: none"> • Verbesserung und Standardisierung von Prozessen • Verbesserung der Versorgungsqualität 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsmanagement als Marketinginstrument • Verbesserung der Marktposition
Indirekte Effekte	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Innovativität/ Zukunftsfähigkeit • Steigerung der Mitarbeitermotivation • Sicherheit (gegenüber Regressanforderungen) • Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Patientenzufriedenheit • Verbesserung der Patientenbeziehungen • Verbesserung der Marktposition • Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit

Tabelle 01: Übersicht der Effekte von Qualitätsmanagement (Eigene Darstellung)

Internen Effekte betreffen alle durch das Qualitätsmanagement angestoßenen Veränderungen innerhalb des Unternehmens. Dem gegenüber spiegeln die *externen Effekte* den Einfluss des Qualitätsmanagementsystems auf die Außenwahrnehmung und die Marktposition des Unternehmens wider.

Direkten Effekte beinhalten alle Aspekte die unmittelbar durch die Einführung des Qualitätsmanagements selbst oder die Zertifizierung erreicht werden. Die *indirekten Effekte* hingegen ergeben sich erst aus einem langfristig bestehenden Qualitätsmanagement. (vgl. Pokinsaka et. al., 2006, S.490ff)

5.1 Interne Effekte

Verbesserung und Standardisierung und Optimierung von Prozessen

Standardisierung bedeutet laut allgemeinem Verständnis und Definition eine Vereinheitlichung von Produkten, Bauteilen oder Verfahren auf eine oder wenige Varianten und dient der Schaffung eines gemeinsamen Standards. (vgl. Weber, 2018, „Standardisierung“) Als eine der wichtigsten Grundlagen für die moderne industrielle Massenproduktion findet die Festlegung von standardisierten Vorgehensweisen spätestens seit der Industriellen Revolution in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts Anwendung und gehört zur gängigen unternehmerischen Praxis. (vgl. Steven, 2018, „Massenproduktion“) Der Technik- und Erkenntnisfortschritt der Medizin in Diagnostik und Therapie und die

zunehmende Ökonomisierung des Krankenhaussektors haben auch zu einer Anwendung von Standardisierung in Krankenhäusern geführt. Ein aktuelles Beispiel ist das seit 1. Oktober 2017 verpflichtende Entlassmanagement für deutsche Krankenhäuser. Dabei sind die Kliniken dazu verpflichtet, für Patienten nach voll- oder teilstationärem Aufenthalt oder nach Erhalt stationsäquivalenter Leistungen ein Entlassmanagement zu organisieren. (vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2018, „Entlassmanagement“) Die genaue Ausgestaltung ihres Entlassmanagements bestimmen die Krankenhäuser auf Grundlage des Rahmenvertrags des GKV-Spitzenverbandes (GKV-V), der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG) selbst. (vgl. vdek, o.J., „FAQ Entlassmanagement“) Zusammengefasst handelt es sich um einen standardisierten und einheitlichen Prozess, der die Entlassung der Patienten regelt.

Ein weiteres gängiges Beispiel wären das Critical Incident Reporting System, kurz CIRS, im Rahmen des klinischen Risikomanagements. Dabei handelt es sich um ein Berichterstattungssystem zur anonymen Meldung von kritischen Ereignissen oder auch Beinahe-Fehlern, die in der medizinischen Versorgung des Patienten entstanden sind. Das übergeordnete Ziel ist eine umfassende und systematische Analyse und Evaluation von Risikopotentialen in einem Krankenhaus, um die Qualität im Gesundheitswesen zu steigern. (vgl. DocCheck-Flexikon, 2017, „CIRS“)

Doch die Standardisierung von Prozessen und Abläufen findet nicht nur in vollendeten Systemen wie Entlassmanagement und CIRS statt, vielmehr werden zunehmend alle Handlungen im Krankenhaus soweit möglich in Handlungsschemata dargestellt. Durch Verfahrensanweisungen legen Abteilungen oder Mitarbeiter für alle sie betreffenden Verfahren und täglichen Situationen genaue Standards fest.

Die Standardisierung von Prozessen ist für Krankenhäuser mittlerweile ein essentieller Bestandteil der Unternehmenspolitik, da sie

unbestreitbare Vorteile mit sich bringt. Im Wesentlichen lassen sich diese auf vier Punkte zusammenfassen:

- Patientenschutz: Standards zu Mindestanforderungen der Leistungserbringung (Anspruch, Rechte, Pflichten und Verfahren)
 - Vereinfachung des Informationsaustausches: Kommunikation und Vernetzung durch standardisierte Prozess-Schnittstellen und Prozess-Rollen
 - Vergleichbarkeit und Übertragbarkeit von Lösungen und Ergebnissen
 - Kostensenkung: Standardkosten der Leistungserbringung
- (vgl. Kompetenzzentrum Digitale Verwaltung NRW, 2009, S.14ff)

Verbesserung der Versorgungsqualität

Unbestreitbar ist der Zusammenhang zwischen Qualitätsmanagement und dem Einfluss auf die Versorgungsqualität und die allgemeine Qualität in einer Organisation. Ein System zur langfristigen Planung, Organisation und Kontrolle von Qualität von Arbeitsprozessen, Produkten und Leistungen ist somit auch ein essentieller Bestandteil im Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und auch ein bedeutendes Argument beim Werben um Patienten. Mit der Initiierung eines Qualitätsmanagements verfolgt eine Organisation unterschiedliche Ziele. Durch eine verständliche Dokumentation und Strukturierung der Prozesse werden diese nachhaltig optimiert und Verbesserungsmaßnahmen können besser etabliert werden. (vgl. Technische Universität Kaiserslautern, o.J., „Ziele des Qualitätsmanagements“) Dadurch ist eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität von Dienstleistungen und Prozesse möglich, mit einem bedeutenden Einfluss auf die Versorgungsqualität.

An diesem Punkt knüpft auch eine sehr aktuelle Diskussion an, die der Selektivverträge. Selektivverträge sind Versorgungsverträge zwischen einzelnen Krankenkassen oder auch Gemeinschaften von Krankenkassen und einzelnen Leistungsanbieter oder Gemeinschaften von Leistungsanbietern. Die Krankenkassen unterliegen nicht mehr dem Zwang, mit einem bestimmten Partner (beispielsweise der Kassenärztlichen Vereinigung) einen Versorgungsvertrag

abzuschließen, sondern können sich einen Vertragspartner suchen und frei wählen. (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2013, „Selektivverträge“) Die Krankenkassen selbst, der Gesetzgeber und auch eine Vielzahl an Autoren sehen darin eine Effizienzhebung und -verbesserung gegenüber dem bestehenden Kollektivvertragssystem. Dem bestehenden Kollektivvertragssystem als auch dem sektoralen Versorgungssystem werden theoretisch und auch empirisch verschiedene Effektivitäts- und Effizienzdefizite nachgesagt. Die Autoren Cassel et al. definieren dazu exemplarisch drei Argumentationslinien:

- Starre Budgets in der Kollektivversorgung befördern die Anreize zu Mengen- oder Qualitätsanpassungen und unterlassen dabei das Ausloten präferenzorientierter Leistungs- und Organisationsangebote zugunsten von Patienten.
- Sehr eingeschränkte Wettbewerbsparameter auf Seiten der Krankenkassen lassen wettbewerbliche Suchprozesse für immer heterogener werdende Versorgungsarrangements nur sehr eingeschränkt zu.
- Die sektorale Versorgung potenziert Fehl- und Unterversorgung durch zu geringe Abstimmungsinstrumentarien an den Schnittstellen im Verlauf der Patientenkarriere.

(vgl. Cassel et al., 2014, S.176ff)

Mit der Umsetzung von Formen selektiven Kontrahierens im bestehenden System und der selektiven Vertragsgestaltung zwischen Krankenversicherungen und Leistungserbringern sollen dezentrale Suchprozesse initiiert werden, die angesichts einer wachsenden Entwicklung der Möglichkeiten im Gesundheitswesen, gemessen beispielsweise an am Entwicklungspotential des medizinisch-technischen-Fortschritts, zu besseren und effizienteren Ergebnissen führen würden. Diese Forderung lässt sich auch gesundheitswissenschaftlich am Beispiel der wachsenden Bedeutung der chronischen Erkrankungen verdeutlichen. Durch eine zunehmende gesellschaftliche Bedeutung der chronischen Erkrankungen ist auch die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen stärker von einer

kontinuierlichen Inanspruchnahme gekennzeichnet und weniger die Akutversorgung. (vgl. Cassel et al., 2014, S.176ff)

Die vielseitig geführte Forderung nach diesen Selektivverträgen ist somit auch eng mit dem Ruf nach mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen verbunden. Die Idee dahinter ist, dass Leistungsanbieter um einen Vertrag mit der Krankenkasse konkurrieren und diese Konkurrenz einen Anreiz für Leistungserbringer schafft, bessere Leistungsangebote zu unterbreiten beziehungsweise auch die Qualität der Angebote zu steigern. (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2013, „Selektivverträge“)

Allerdings sind mit den Selektivverträgen auch einige Probleme verknüpft. Ein wichtiger Punkt, der in dem Zusammenhang zu nennen ist, ist, dass die Einführung von Selektivverträge konträr zu der geltenden flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung steht. Durch den Verzicht auf einen öffentlich-rechtlich definierten Sicherstellungsauftrag der medizinischen Versorgung zugunsten von individuell ausgehandelten Selektivverträgen, könnte dieses Versorgungsziel eingeschränkt oder sogar gar nicht mehr gewährleistet werden. Durch den entstehenden Wettbewerb der Leistungserbringer und dem Druck, dass nur die Anbieter Verträge erhalten die das beste Leistungsangebot und die höchste Qualität in der medizinischen Versorgung aufweisen, würde es zwangsläufig zur Schließung von Häusern kommen, die diesen Anforderungen nicht gerecht werden können und somit keine Versorgungsverträge erhalten. Während bei den Kollektivverträgen die Qualität in einem Krankenhaus nur eine sehr stark untergeordnete Rolle gespielt hat, wären sie in der aktuellen Diskussion ein zentraler Parameter und legitimiert die Existenz von Krankenhäusern.

Ein weiteres Problem wäre die Regelung bei Konflikten zwischen Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern, wenn diese außerhalb eines öffentlich-rechtlichen Kollektivvertragssystems agieren und tätig sind. (vgl. Bundeszentrale für politische Bildung, 2013, „Selektivverträge“)

Steigerung der Innovativität/Zukunftsfähigkeit

Innovativität und Zukunftsfähigkeit hat auch immer etwas mit Nachhaltigkeit zu tun. Durch zunehmende Anforderungen an die Qualität der Versorgung und an Bildungs- und Dokumentationsleistungen steigt auch die Forderung nach der Entwicklung von nachhaltigen Konzepten zur Bewältigung vielfältiger Herausforderungen im Krankenhaussektor. Die geforderten Leistungen stehen aktuell aber in einem starken Missverhältnis zu den verfügbaren Ressourcen. Zielkonflikte zwischen den verschiedenen Bereichen führen zwangsläufig zu widersprüchlichen Maßnahmen. So steigen die Kosten weiter und stoßen an die Grenzen der Finanzierbarkeit. Die Mitarbeiter stehen im Spannungsfeld zwischen Aufrechterhaltung des Betriebs und den Erfordernissen zu notwendigen Erneuerungen. Patienten, sowie deren Angehörige sehen sich in der angespannten Situation mit ihren Anliegen oft alleine gelassen. (vgl. das-nachhaltige-Krankenhaus, 2010, „Grundidee“)

Ein Resultat dieser vielfältigen Herausforderungen sind wichtige und erfolgreiche Reform-Strategien, wie beispielsweise die Qualitätssicherung oder auch die mitarbeiter- und patientenorientierte Ausrichtung des Krankenhauses. (vgl. das-nachhaltige-Krankenhaus, 2010, „Grundidee“)

Qualitätsmanagement ist nicht nur ein bedeutender Bestandteil von nachhaltigen Konzepten, sondern auch eine wichtige Grundvoraussetzung für Nachhaltigkeit. Eine elementare Komponente des Qualitätsmanagements ist die Evaluation. Sicherungsmaßnahmen und Strukturen werden beständig und fortlaufend evaluiert und auf ihre Wirksamkeit geprüft. Durch diese Kontrollen ist es schlussendlich möglich Strukturen und Prozesse zu optimieren und nachhaltig zu verbessern.

Steigerung der Mitarbeitermotivation

Ein in der Wirtschaft weit verbreitetes Wissen ist, dass die Mitarbeiter der wichtigste Produktionsfaktor sind. Um diesen Faktor aufrechtzuerhalten bedarf es der Motivation der Mitarbeiter, sich partizipativ an dem bestehenden System und den Strukturen zu beteiligen. Grundlage für ein

funktionierendes QM-System ist die Bereitschaft der Mitarbeiter geforderte Dinge gewissenhaft und korrekt auszuführen, beispielsweise die genaue Dokumentation. (vgl. Crostack/Schneider, 2002, S.898f) Ohne den Faktor Mensch ist ein funktionierendes Qualitätsmanagementsystem also nicht möglich. Analysiert man die Beziehung zwischen Qualität und Mitarbeitermotivation, kommt man zu dem Schluss, dass sich Qualität nicht nur für den Kunden lohnt, sondern dass eine hohe Arbeitsqualität auch die Mitarbeiter zufriedener stimmt und deren Arbeitsmotivation weiter erhöht. Arbeitsmotivation erzeugt Qualität und diese fördert wiederum Arbeitsmotivation. Man kann also von einem fortlaufenden Kreislauf sprechen, den es geht zu fördern. (vgl. Benes/Vossebein, 1998, S.36) Qualitätsmanagement beinhaltet auch immer die Förderung eines reibungslosen Informationsflusses, innerhalb und zwischen den Abteilungen in einem Krankenhaus, sowie die Bereitschaft der Führungskräfte, bestehende Arbeitsprozesse sowohl zu hinterfragen, als auch im Hinblick auf das Innovationsklima zu verbessern. Dies fördert eine geringere Fehlerhäufigkeit im Unternehmen, trägt zu kürzeren Durchlaufzeiten und auch zu einer aktiven Beteiligung der Mitarbeiter an QM-Projekten bei. Führungsverhalten und die Qualitätspolitik stehen somit in einer deutlichen Beziehung zur Prozessqualität und Arbeitsmotivation der Mitarbeiter. (vgl. Benes/Vossebein, 1998, S.36)

Sicherheit gegenüber Regressanforderungen

Bei einem Regressanspruch handelt es sich um eine alternative Bezeichnung für einen Schadenersatzanspruch. Dabei handelt es sich um einen Anspruch, der sich wesentlich von einem normalen Gewährleistungsanspruch oder einem Garantiefall unterscheidet. Die häufigste Voraussetzung ist Fahrlässigkeit, grobe Fahrlässigkeit oder der Vorsatz dazu. Ein Geschädigter würde sich also mit einem Erstattungsbeziehungsweise Schadenersatzanspruch an den eigentlichen Verursacher wenden. (vgl. Rechnungswesen, o.J., „Regressanspruch“) Im Krankenhaus treten derartige Fälle vor allem im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern auf. Grundsätzlich obliegt es dem Behandelnden

eine Behandlung nach dem medizinischen (Facharzt-)standard vorzunehmen. Entsprechen die medizinischen Interventionen des Arztes nicht den aktuell geltenden Standards, beziehungsweise kommt es zu einem unsachgemäßen Verhalten des Arztes, dann spricht man von einem Behandlungsfehler. Nach einem Behandlungsfehler können unterschiedliche rechtliche Konsequenzen für den Behandelnden drohen. Im Zivilrecht kann der Arzt nach einer Klage des Patienten oder der Angehörigen nach dem Tod, beispielsweise zur Zahlung von Schadenersatz, Schmerzensgeld, den Kosten der Beerdigung etc. verurteilt werden. (vgl. Fleuth et al., 2014, „Medizin & Recht“)

Um Behandlungsfehler und die erheblichen Konsequenzen, die dem Patienten und auch dem Behandelnden bei einer Fehlbehandlung drohen, zu vermeiden, bedarf es eines effektiven Fehlermanagements im Rahmen des Qualitätsmanagements in einem Krankenhaus. Neben den individuell vorwerfbaren Behandlungsfehlern manifestieren sich auch Organisationsfehler als sogenannte „latente Fehler“. Solche latenten Fehler bleiben zwar zunächst unbemerkt, können aber später, zum Beispiel in Form einer Sicherheitslücke bei der Hygiene, das Entstehen von Behandlungsfehlern begünstigen. Resultat eines funktionierenden Risiko- und Fehlermanagements ist ein präventives Eingreifen und das Einführen von zusätzlichen Sicherheitsmaßnahmen. (vgl. Fleuth et al., 2014, „Medizin & Recht“)

Ein Beispiel dafür wäre die Einführung von perioperativen Checklisten. Dabei wird vor der Operation eine akkurate Patientenidentifikation sichergestellt (Vermeidung von Patientenverwechslung) und die wichtigsten medizinischen Patienteninformationen, zum Beispiel zur Vermeidung von Seitenverwechslungen, werden von mehreren Personen unabhängig voneinander überprüft. (vgl. Fleuth et al., 2014, „Medizin & Recht“)

Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit

Krankenhäuser nutzen in der Regel Zertifizierungen nach KTQ und ISO in der Regel auch als Marketinginstrumente in ihrer Kommunikation nach außen. Einen Nachweis, welche Effekte diese

Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Krankenhäuser wirklich haben, gab es in Deutschland bisher nicht. Das Hamburg Center for Health Economics (HCHE) hat in den letzten Jahren intensiv in den Bereichen Effizienz und Qualität im Krankenhaus geforscht um zu sehen, inwieweit Zertifizierungen neben der potenziellen Verbesserung der Qualität auch Einfluss auf die Effizienz der Krankenhäuser haben. Zu diesem Zweck wurde die Studie mit dem Titel *Changes in technical efficiency after quality management certification: A DEA approach using difference-in-difference estimation with genetic matching in the hospital industry* durchgeführt. Als Datenbasis wurden die Zahlen des statistischen Bundesamts über deutsche Allgemeinkrankenhäuser in den Jahren von 2000 bis 2010 mit Informationen zu den Zertifizierungen der Krankenhäuser kombiniert. Von insgesamt 830 betrachteten Krankenhäusern hatte fast die Hälfte eine Zertifizierung, 273 von ihnen waren KTQ-, 101 ISO zertifiziert. Die anschließende Berechnung erfolgte in drei Schritten. Im ersten Schritt wurde die Effizienz für jedes Krankenhaus pro Jahr geschätzt. Hierzu kam das Verfahren Data Envelopment Analysis (DEA) zur Anwendung, welches die Effizienz als Relation von Outputs zu benötigten Inputs misst. Als Outputgröße wurde in diesem Fall die Anzahl der behandelten Fälle unter Berücksichtigung der Schwere der Erkrankung beziehungsweise des erwarteten Behandlungsaufwands herangezogen. Den Faktor Input bestimmen der Personalaufwand, insbesondere die Anzahl der Ärzte, Pflegekräfte sowie weiteren Personals, und die Sachkosten. DEA identifiziert die effizientesten Krankenhäuser, also diejenigen, die am wenigsten Kosten für die Behandlung der Patienten benötigen, und setzt alle anderen Krankenhäuser in Relation zu diesen. Der zweite Schritt der Berechnung beinhaltet die Bestimmung der Veränderung der Effizienz, die auf die Zertifizierung zurückzuführen ist. (vgl. Healthcare Marketing, 2016, S.81) Auch durch andere Untersuchungen wird die Annahme, dass eine hohe medizinische Versorgungsqualität und die Wirtschaftlichkeit der medizinischen Leistung sich einander bedingen, gestützt. Nur in Einklang mit den ökonomischen Möglichkeiten einer Klinik ist eine qualitativ

hochwertige und leistungsfähige Versorgung möglich. Dies erfordert fortlaufend strukturelle und organisatorische Anpassung in den medizinischen und nichtmedizinischen Abteilungen. Durch ein klinikweites Qualitätsmanagement kann dies erfolgreich erreicht werden. (vgl. Krankenhausberater, 2018, „Qualität und Wirtschaftlichkeit“)

Dennoch gibt es durchaus auch Untersuchungen und Stimmen die Gegenteiliges behaupten. So weist die Unternehmensberatung KPMG AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (KPMG) in einer Untersuchung darauf hin, dass zwischen der Qualität der Krankenhausbehandlung und dem wirtschaftlichen Erfolg einer Klinik kein statistischer Zusammenhang existiert. Gegenstand der Untersuchung waren insgesamt 208 Kliniken. Untersucht wurden 64 Qualitätsindikatoren, die repräsentativ im Hinblick auf Trägerschaft und räumliche Verteilung sein sollen, sowie eine subjektive Qualitätsmessung auf Grundlage des „Klinikführers“ der Techniker Krankenkasse. Um die Wirtschaftlichkeit zu bewerten, hat die Unternehmensberatung die Umsatzrentabilität auf Basis der Jahresabschlüsse im Bundesanzeiger berechnet. Das schlussendliche Ergebnis der KPMG ist, dass es keine Korrelation zwischen der Qualität der Behandlung und der Umsatzrentabilität eines Krankenhauses gibt. Krankenhäuser mit überdurchschnittlich gutem Qualitätsranking zeigten insgesamt keine bessere Umsatzrentabilität als Häuser mit unterdurchschnittlichen Qualitätsnoten. (vgl. Ärztezeitung, 2014, „Qualität zahlt sich nicht aus“)

5.2 Externe Effekte

Qualität als Marketingstrategie

Ein Kennzeichen des Gesundheitssektors in Deutschland, insbesondere des Krankenhausbereichs, ist, dass bei zunehmender Deregulierung, Marktöffnung und wachsendem Wettbewerb unterschiedliche Anbieterformen in Form von privaten und öffentlichen Krankenhausträgern bestehen. Die privaten Krankenhausträger gelten dabei als Profit-Organisationen, die Öffentlichen als Non-Profit-Organisationen (NPO). Zur Sicherung der Existenz handeln aber auch

die NPOs zunehmend nach dem erwerbswirtschaftlichen Prinzip, beispielsweise bei der Erwirtschaftung von Überschüssen. Im Endresultat ähneln sich somit auch die Marketing-Mechanismen beider Organisationsformen. (vgl. Damkowski et al., 2000, S.286ff)

Damit sich das Krankenhaus dem gegenwärtigen und zukünftigen Wettbewerb stellen kann, bedarf es einer im Gesundheitssektor noch wenig ausgeprägten strategischen Orientierung mit der Bestimmung von Basisstrategien für das Krankenhaus-Marketing. Diese Strategien stellen eine Art Bindeglied zwischen den allgemeinen Unternehmenszielen und den Marketing-Zielen einerseits und dem Einsatz bestimmter Marketing-Instrumente andererseits dar. Grundlage sind die Unternehmensziele, wo neben bedarfswirtschaftlichen Zielen, wie der Erfüllung des Versorgungsauftrages und der konkreten Heilung beziehungsweise gesundheitlichen Wiederherstellung des einzelnen Patienten, auch erwerbswirtschaftliche Ziele zu beachten sind, wie zum Beispiel die Kostendeckung, Rentabilität oder gar Gewinnerwirtschaftung. Aus solchen Unternehmenszielen sind dann Marketing-Ziele abzuleiten, wobei zwei Formen unterschieden werden: Zum einen die ökonomischen Marketing Ziele. Hierzu zählt vor allem die Erfassung und Messung betriebswirtschaftlicher Kategorien, wie beispielsweise der Gewinn, die Rendite oder auch der Absatz der erbrachten Dienstleistungseinheiten. Mit der Existenz eines funktionierenden und allumfassenden Qualitätsmanagements in einem Krankenhaus werden aber vor allem psychographische Marketing-Ziele verfolgt. Diese sind im Gegensatz zu den ökonomischen Zielen meist schwer erfassbar, da es sich vielfach um theoretische Konstrukte handelt, die nicht direkt beobachtbar sind. Zu den psychographischen Marketing-Zielen werden unter anderem der Bekanntheitsgrad der Einrichtung, das Image und die Einstellung, sowie die Patientenzufriedenheit gezählt. (vgl. Damkowski et al., 2000, S.286ff) Ein Beispiel, wie die Qualität öffentlichkeitswirksam nach außen kommuniziert werden kann, ist eine Veröffentlichung der Qualitätsberichte. Diese werden dabei häufig in Form von

„Hochglanzmagazinen“ oder „Werbekatalogen“ verarbeitet. In diese Magazine fließen neben Daten, Werten und Kennzahlen aus dem Qualitätsbericht in erster Linie auch erklärende Artikel zu den Abteilungen, Informationen zu Krankheitsbildern, Beschreibungen des Leistungsspektrums, der Besonderheiten spezieller OP-Methoden und Bilder der betreffenden Klinik ein. Ein Beispiel sind die Qualitätsberichte der *Schön Klinik* (vgl. Schön-Klinik, 2016, „Qualitätsbericht 2016“) oder auch die jährlichen Berichte zur Medizinischen Ergebnisqualität des *Asklepios-Konzerns*. (vgl. Asklepios, 2016, „Qualitätsbericht 2016“)

Verbesserung der Marktposition

In der Öffentlichkeit werden Begriffe wie „Zertifikate“ und „Zertifizierung“ als etwas „Amtliches“ wahrgenommen, obwohl es sich bei beiden um keinen gesetzlich geschützten Begriff handelt. Ein Zertifikat ist die Bescheinigung einer erfolgreichen Zertifizierung und unter einer Zertifizierung versteht man ganz allgemein ein Verfahren zur schriftlichen Bestätigung, dass ein Produkt, ein Prozess oder eine Dienstleistung mit festgelegten Anforderungen konform ist. Einem Krankenhaus wird demnach die Möglichkeit gegeben durchgeführte Maßnahmen durch unparteiische und akkreditierte Dritte bestätigen zu lassen. (vgl. Kroemer, 2008, S.9ff)

Im Krankenhaussektor ist die Zertifizierung und die Bemühung um ein Zertifikat oder Gütesiegel freiwillig. Krankenhäuser versprechen sich dabei unterschiedliche Ziele und Effekte. Unter dem Gesichtspunkt des Wettbewerbs und auch aus Patientensicht ist vor allem die externe Zielsetzung von Relevanz, denn hier steht der Wettbewerb und der Konkurrenzkampf um das Vertrauen der Patienten im Vordergrund. Aufgrund der auf dem Gesundheitsmarkt herrschenden Informationsasymmetrien ist das Vertrauen ein äußerst relevanter und bedeutender Faktor im Wettbewerb. Der Zustand, dass eine der beiden Vertragsseiten mehr Informationen und Wissen aufzuweisen hat als die andere, lässt sich zumindest teilweise durch Zertifikate korrigieren. Zertifikate geben dem Patienten das Vertrauen, dass gewisse Qualitätsstandards eingehalten und praktiziert werden. Dies wird durch

beispielsweise gezielte Marketingstrategien seitens der Krankenhäuser noch verstärkt. Die Kombination aus freiwilligem Nachweis der eigenen Leistungsqualität und einer gezielten und methodischen Marketingstrategie können somit für Krankenhäuser durchaus einen Wettbewerbsvorteil am Krankenhausmarkt bringen. (vgl. Kroemer, 2008, S.9ff)

Ähnlich der Diskussion um die Einführung von Selektivverträgen und den daraus entstehenden Folgen, kann auch hier eine ähnliche Diskussion geführt werden. Die Frage, die sich dabei stellt, wäre, ob man ein einheitliches und verbindliches Zertifikat oder Gütesiegel für alle Krankenhäuser einführt. Es wäre ein Schritt weg von der Vielzahl an Zertifikaten und Zertifizierungsunternehmen, hin zu einem einheitlichen und vergleichbaren System als Grundlage. Resultat des aktuellen Systems ist zwar, dass Krankenhäuser mit einem Zertifikat durchaus einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Krankenhäusern ohne derartige Zertifizierungen haben, aber die Patienten nur sehr geringe bis gar keine Transparenz haben, was ihnen das Zertifikat sagt. Jedes Zertifikat kann aufgrund von unterschiedlichen Schwerpunktkriterien unterschiedlich interpretiert werden. Würde man ein einheitliches Zertifikat mit transparenten Kriterien und einem gewissen Abstufungssystem schaffen, könnten Krankenhäuser mit hoher Qualität deutlicher von gewissen Wettbewerbsvorteilen am Markt profitieren und der Patient erhielte auch eine größere Vergleichsmöglichkeit.

Erhöhung Patientenzufriedenheit

In der Zufriedenheit der Kunden drückt sich die Beurteilung des Produkts oder der Dienstleistung aus, mit der er zuvor Erfahrungen gemacht hat. Damit setzt Zufriedenheit ein konkretes selbst erfahrenes Konsumerlebnis voraus. Zufriedenheit wird allgemein als emotionale Reaktion auf das Ergebnis einer kognitiven Bewertung zwischen der erwarteten Leistung (Sollzustand) und der subjektiv wahrgenommenen Anbieterleistung (Istzustand) bezeichnet. Für Patienten handelt es sich dabei vor allem um medizinische Versorgungsleistungen, die

vorgefundenen Serviceleistungen und auch die allgemeine Zufriedenheit mit der Einrichtung. (vgl. Ziesche, o.J., S.51f) Damit die medizinische Versorgung, sowie das Wohlbefinden der Patienten auf einem konstant hohen Niveau gewährleistet wird, müssen kontinuierliche Maßnahmen zur Optimierung von Prozessen und Leistungen in Form eines Qualitätsmanagements durchgeführt werden. Qualitätsmanagementsysteme tragen dazu bei, dass die Patientenausrichtung des Krankenhauses steigt, die Fehlerhäufigkeit reduziert wird und dadurch letzten Endes vermeidbare Kosten eingespart werden. Dies beinhaltet nicht nur die ersichtlichen Prozesse, sondern vor allem auch Maßnahmen, die im Hintergrund ablaufen und nicht direkt mit dem Patienten in Verbindung gebracht werden. (vgl. Diercks, 2012, „Qualitätsmanagement als Instrument zu Patientenbindung“)

Das Qualitätsmanagement beinhaltet aber auch die direkte Einbeziehung des Patienten zur Ausschöpfung der vollen Potentiale der Einrichtung und der patientenorientierten Ausrichtung des Krankenhauses. Patienten wird in Form von stetigen Befragungen und einem systematischen Feedback-System die Möglichkeit gegeben, ihr eigenes Werturteil über Systeme und Prozesse abzugeben und so Einfluss auf den Qualitäts-Zyklus des Krankenhauses zu nehmen. Krankenhäuser können durch regelmäßige Auswertung ein aktuelles Bild über ihre Leistungen und die Leistungsqualität erhalten und so die Prozesse anpassen und nachhaltig verbessern. (vgl. Technische Universität Kaiserslautern, o.J., „Ziele des Qualitätsmanagements“)

Verbesserung der Patientenbeziehung

In den letzten Jahren hat ein tiefgreifender Wandel der Patientenrolle im deutschen Gesundheitswesen eingesetzt. Der Schwerpunkt liegt dabei vor allem auf einer Veränderung der Rollenauffassung und im Rollenverhalten. Dieser Wandel vollzieht sich von einem eher passiven Patienten, hin zu einem aktiven, mündigen und eigenverantwortlichen Patienten. (vgl. Dieterich, 2007, „Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel“) Der gestiegene Trend zum mündigen Patienten hat verschiedene Gründe, insbesondere eine gewachsene Aufmerksamkeit für die

Situation von Patienten im Gesundheitswesen im Zuge der Verbraucherbewegung. Die Patienten haben zunehmend das Bedürfnis nach Information und der Informationsbeschaffung. Über Medien, wie das Internet, können sich Patienten zunehmend besser informieren und diese Informationen als Entscheidungsgrundlage nutzen. Die rein ärztliche Entscheidungsmacht über medizinische Interventionen und auch Krankenhausaufenthalte wird durch diesen Eingriff in die Informationsasymmetrien eingeschränkt. Informationen können als Grundlage für Arzt-Patienten-Gespräche und auch für spätere Behandlungsentscheidungen und die Krankenhauswahl dienen. Durch ein umfassendes Qualitätsmanagement, damit verbundener hoher Gesamtqualität in einer Einrichtung und einem funktionierenden Marketing- und Informationssystem, kann so die Patientenbeziehung bereits vor dem eigentlichen Krankenhausaufenthalt entscheidend beeinflusst werden. (vgl. Dieterich, 2007, „Arzt-Patienten-Beziehung im Wandel“)

Auch im Krankenhausaufenthalt kann der Patient in Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Durch Patientenbefragungen werden dem Patienten Räume zur Selbstmitteilung und für Verbesserungspotentiale gegeben.

6. Fazit und Schlussfolgerung

Die vorliegende Ausarbeitung hat sich mit dem Thema auseinandergesetzt, inwieweit Qualität als wirksamer Wettbewerbsfaktor für Krankenhäuser eingesetzt werden kann.

Eine Zielsetzung dieser vorliegenden Bachelorarbeit bestand darin, einen theoretischen Überblick zum Thema Qualitätsmanagement im Krankenhaus und Wettbewerb im Krankenhausesektor zu geben. Dazu erfolgte zuerst eine genaue Definition der relevanten Begriffe im Qualitätsmanagement und darauf aufbauend wie Qualitätsmanagement im Krankenhausesektor umgesetzt wird. Daraufhin wurde das Thema Qualitätsmanagement in Verbindung mit Wettbewerb im Krankenhausesektor betrachtet. Dazu wurde herausgearbeitet in welchen Gesetzen dieses Streben und die Bemühungen nach mehr Wettbewerb seitens des Gesetzgebers verankert ist. Im abschließenden Teil der Ausarbeitung wurden dann die Auswirkungen von Qualitätsmanagement auf den Wettbewerb herausgearbeitet und untersucht.

Die Untersuchung zeigt deutlich, dass Qualität ein relevanter Faktor im Wettbewerb zwischen Krankenhäusern ist. Begründet ist dies vor allem in der unterschiedlichen Auslegung und Ausübung des Qualitätsmanagements in den einzelnen Krankenhäusern. Große Unterschiede in der Versorgungs- und auch Dienstleistungsqualität ermöglichen einen Wettbewerb und Vorteile für Einrichtungen mit hoher Qualität. Aktuelle Diskussionen, beispielsweise über eine Einführung von Selektivverträgen im deutschen Gesundheitswesen, unterstützen diese Entwicklung und weiten diese sogar noch weiter aus. Ergebnis wären nicht Wettbewerbsvorteile am Gesundheitsmarkt, sondern hohe Versorgungsqualität würde über die Existenz von Krankenhäusern entscheiden.

Quellenverzeichnis:

ÄrzteZeitung: „Qualität zahlt sich nicht aus“; URL:
https://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/qualitaetsmanagement/article/853488/krankenhaus-studie-qualitaet-zahlt-nicht.html (Stand: 15.04.2018); 2014

Asklepios: „Jährlicher Bericht zur Medizinischen Ergebnisqualität 2016“; URL:
<https://www.asklepios.com/konzern/qualitaet/ergebnisqualitaet/jahresbericht/> (Stand: 17.04.2018); 2016

Bedeutungvonwoertern: „Bedeutung Codex Hammurabi“; URL:
<http://www.bedeutung-von-woertern.com/Codex%20Hammurabi> (Stand: 15.04.2018); o.J.

Benes, G., Vossebein, U.: „QM-Systeme im Mittelstand – eine empirische Analyse“; In: VDI Fortschrittsberichte, Reihe 2, Nr. 465; 1998; S.36

Bölt, et al.: „20 Jahre Krankenhausstatistik“; Veröffentlicht vom statistischen Bundesamt; URL:
https://www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Gesundheitswesen/20JahreKrankenhausstatistik.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 15.04.2018); 2012; S.114

Bundeszentrale für politische Bildung: „Die Vergütung der Krankenhausleistungen – Die Einführung von Diagnosis Related Groups“; URL:
http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72027/verguetung-von-krankenhausleistungen?bpbquiz_identifizier=183052&p=all&bpbquiz_status=2&bpbquiz_antwort=183053_b51e6a236005bbfe37c5f7a8139211f0&bpbquiz_submit-frage=Weiter (Stand: 15.04.2018); 2013

Bundeszentrale für politische Bildung: „Selektivverträge“; URL:
<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/169811/selektivvertraege> (Stand: 15.04.2018); 2013

Cassel, Jacobs, Vauth, Zerth: „Solidarische Wettbewerbsordnung – Genese, Umsetzung und Perspektiven zur wettbewerblichen Gestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung“; medhochzwei Verlag GmbH; Heidelberg; 2014; S.176ff

Cecu.de: „Gesundheitsfonds“; URL:
<https://www.cecude.de/lexikon/gkv/2547-gesundheitsfonds.htm> (Stand: 15.04.2018) 2003-2018

- CIP: „Morbidityorientierter Risiko-Strukturausgleich (Morbi-RSA)“;
URL: <http://www.cip-pharmatraining.de/pharmallexikon/morbidityorientierter-risiko-strukturausgleich/> (Stand: 15.04.2018); o.J.
- Crostack, H.-A., Schneider, F.: „Den Mitarbeiter im Blick. Motivationsmaßnahmen an Schnittstellen“, In: QZ 09/2002; 2002; S.898f
- Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C.: „Das Krankenhaus im Wandel. Konzepte – Strategien – Lösungen“; Verlag W. Kohlhammer; Stuttgart-Berlin-Köln, 2000; S.17
- Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C.: „Das Krankenhaus im Wandel. Konzepte – Strategien – Lösungen“; Verlag W. Kohlhammer; Stuttgart-Berlin-Köln, 2000; S.19f
- Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C.: „Das Krankenhaus im Wandel. Konzepte – Strategien – Lösungen“; Verlag W. Kohlhammer; Stuttgart-Berlin-Köln, 2000; S.20f
- Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C.: „Das Krankenhaus im Wandel. Konzepte – Strategien – Lösungen“; Verlag W. Kohlhammer; Stuttgart-Berlin-Köln, 2000; S.200
- Damkowski, W., Meyer-Pannwitt, U., Precht, C.: „Das Krankenhaus im Wandel. Konzepte – Strategien – Lösungen“; Verlag W. Kohlhammer; Stuttgart-Berlin-Köln, 2000; S.286
- Das-nachhaltige-Krankenhaus: „Grundidee nachhaltiges Krankenhaus – Nachhaltige Entwicklung neuer Angebote auf Neben bzw. Langzeitwirkung“; URL: <http://www.das-nachhaltige-krankenhaus.at/> (Stand: 15.04.2018); 2010
- Debatin, Jörg F.: „Krankenhäuser: Mehr Qualität und Effizienz durch Wettbewerb“; S. 392f; URL: http://www.kas.de/upload/dokumente/verlagspublikationen/Medizin/Medizin_debatin.pdf (Stand: 15.04.2018); o.J.
- Diercks, C.: „Qualitätsmanagement als Instrument zur Patientenbindung“; In: Management & Krankenhaus; URL: <https://www.management-krankenhaus.de/topstories/gesundheitsoekonomie/qualitaetsmanagement-als-instrument-zur-patientenbindung> (Stand: 15.04.2018); 2012
- Dieterich, A.: „Arzt-Patient-Beziehung im Wandel: Eigenverantwortlich, informiert, anspruchsvoll“; In: Ärzteblatt; URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/56904/Arzt-Patient-Beziehung-im-Wandel-Eigenverantwortlich-informiert-anspruchsvoll> (Stand: 15.04.2018); 2007

DIMDI: „OPS“; URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/ops/index.htm> (Stand: 15.04.2018); 2018

DocCheck-Flexikon: „CIRS“; URL: <http://flexikon.doccheck.com/de/CIRS> (Stand: 15.04.2018); 2017

DocCheck-Flexikon: „DRG-System“; URL: <http://flexikon.doccheck.com/de/DRG-System> (Stand: 15.04.2018); 2018

DocCheck-Flexikon: „ICD-Schlüssel“; URL: <http://flexikon.doccheck.com/de/ICD-Schlüssel> (Stand: 15.04.2018); 2017

DQS The Audit Company: „EN 15224 – Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“; URL: <https://www.dqs.de/standards/qualitaet/gesundheits-wesen/din-en-152242016/> (Stand: 15.04.2018); 2018

Ertl-Wagner, B.: „Qualitätsmanagement und Zertifizierung“; Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2013; S. 16

Ertl-Wagner, B.: „Qualitätsmanagement und Zertifizierung“; Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2013; S. 19

Ertl-Wagner, B.: „Qualitätsmanagement und Zertifizierung“; Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2013; S. 30

Ertl-Wagner, B.: „Qualitätsmanagement und Zertifizierung“; Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2013; S. 31f

Fleuth, T., Tolun, N., Paleny R., Duygu, P., Parzeller, M.: „Medizin und Recht (6): Medizinische Behandlungsfehler“; URL: <https://www.thieme.de/viamedici/arzt-im-beruf-aerztliches-handeln-1561/a/medizinische-behandlungsfehler-23539.html> (Stand: 15.04.2018); 2014

Gaß, W.: „Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen“; In: Weibler, U., Gundo, Z.; latros Verlag; Nierstein; 2005; S.67

Geiger, W.: „Die Entstehung, Erstellung und Weiterentwicklung der DIN ISO 9000-Familie“; Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH; Wiesbaden; 1994; Inhaltsverzeichnis

Geiger,W.: „Qualität als Fachbegriff des Qualitätsmanagements“; In: Zollondz; „Lexikon Qualitätsmanagement. Handbuch des modernen Managements auf der Basis des Qualitätsmanagments; R. Oldenbourg Verlag; München-Wien, 2006, S.801-810

Gerlinger, T., Modebach, K., Schmucker, R.: „Wettbewerbssteuerung in der Gesundheitspolitik – Die Auswirkungen des GKV-WSG auf das Akteurshandeln im Gesundheitswesen“; Diskussionspapiere des Institutes für Medizinische Soziologie; Frankfurt; 2007; S.1ff

GKV-Spitzenverband: „Qualitätsberichte der Krankenhäuser“; URL: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/qualitaetsberichte/qualitaetsberichte.jsp> (Stand: 15.04.2018); 2012

GKV-Spitzenverband: „Landesbasisfallwerte“; URL: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/budgetverhandlungen/landesbasisfallwerte/landesbasisfallwerte.jsp> (Stand: 15.04.2018); o.J.

Healthcare Marketing: „Schafft Qualitätsmanagementzertifizierung Effizienzgewinne?“ In: Healthcare Marketing 1-2/2016; URL: <https://www.hche.de/forschung/publikationen/healthcare-marketing.pdf> (Stand: 15.04.2018); 2016; S.81)

Herbig, N.: „KTQ-Zertifizierung: Entwicklungsmonitor im QM von Krankenhäusern“; In: Thormann et al.: „Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen“; Köln; 2017; Kapitel 04210, S.2f

Hollick, J., Kerres, A.: „Pfleger im DRG-System: DRGs – Pflege – Pflegediagnosen“; Spüta Verlag; Balingen; o.J.; S.10

Hollick, J., Kerres, A.: „Pfleger im DRG-System: DRGs – Pflege – Pflegediagnosen“; Spüta Verlag; Balingen; o.J.; S.89

Hummel, T., Malorny, C.: „Total Quality Management – Tipps für die Einführung“; 2011; Auf: QZ-online; URL: <https://www.qz-online.de/qualitaets-management/qm-basics/fuehrung/tqm/artikel/total-quality-management-tqm-258030.html> (Stand: 14.04.2018)

Kassenärztliche Bundesvereinigung: „Entlassmanagement“; URL: <http://www.kbv.de/html/entlassmanagement.php> (Stand: 15.04.2018); 2018

Kiwa International Cert GmbH: „ISO 9001:2015 – Die Änderungen im Überblick“; URL: https://www.kiwa.de/uploadedFiles/Aktuelles/news-Archiv_2016/ISO %209 001.pdf (Stand: 15.04.2018); 2016; S.2

Knorr, D., Goerig, R.-M., Gietl, G.: „Qualitätsmanagement in Krankenhäusern“; Carl Hanser Verlag; München; 2013; S.9ff

Knorr, D., Goerig, R.-M., Gietl, G.: „Qualitätsmanagement in Krankenhäusern“; Carl Hanser Verlag; München; 2013; S.37ff

Knorr, D., Goerig, R.-M., Gietl, G.: „Qualitätsmanagement in Krankenhäusern“; Carl Hanser Verlag; München; 2013; S.39

-
- Knon, D., Goerig, R.-M., Gietl, G.: „Qualitätsmanagement in Krankenhäusern“; Carl Hanser Verlag; München; 2013; S.52
- Kompetenzzentrum Digitale Verwaltung NRW: „Nutzen, Ziele, Anforderungen und Methoden der Prozessstandardisierung - Grundlagen und Methoden zur Standardisierung kommunaler Geschäftsprozesse“; URL: https://www.d-nrw.de/fileadmin/user_upload/d-NRW_Dateien/KDV/white_paper-final.pdf (Stand: 15.04.2018); 2009; S.14ff
- Krankenhausberater: „Qualität und Wirtschaftlichkeit“; URL: <https://www.krankenhausberater.de/qualitaetsmanagement-im-krankenhaus-und-wirtschaftlichkeit/> (Stand: 15.04. 2018); 2018
- Kroemer, C.: „Zertifikate und Siegel im Gesundheitswesen -Eine Analyse aus Patientensicht“; VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken; 2008; S.9ff
- KTQ – Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen: „Das KTQ-Verfahren“; URL: <http://www.ktq.de/index.php?id=9> (Stand: 15.04.2018); o.J.
- KTQ – Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen: „KTQ Manual – KTQ Katalog Krankenhaus 2009“; Fachverlag Matthias Grimm; Berlin; 2009; S. 10f
- KTQ – Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen: „KTQ Manual – KTQ Katalog Krankenhaus 2009“; Fachverlag Matthias Grimm; Berlin; 2009; S. 17f
- Lenz, A.: „Qualitätsführer, Preisführer oder Nischenanbieter – Drei Wettbewerbsstrategien“; URL: <https://www.dietrichid.com/strategy/wettbewerbs-strategien/> (Stand: 15.04.2018); 2015
- Weber, J.: „Definition Standardisierung“; In: Gabler Wirtschaftslexikon; URL: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/standardisierung-42240/version-265591> (Stand: 15.04.2018); 2018
- MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: „Fallpauschalengesetz“; URL: <http://mdk.de/839.htm> (Stand: 15.04.2018); o.J.
- MDK – Medizinischer Dienst der Krankenversicherung: „Pfleagesatz“; URL: <http://www.mdk.de/882.htm> (Stand: 17.04.2018); o.J.

-
- Mommert, A.: „Hygienemanagement als Wettbewerbsfaktor für Krankenhäuser“; Präsentation im Rahmen des Workshops „Infektionsdiagnostik“ an der Immanuel Klinik Rüdersdorf; URL: http://www.diagnostiknet-bb.de/fileadmin/user_upload/PDF/workshops/Mommert_Hygienemanagement_als_Wettbewerbsfaktor_für_Kra.pdf (Stand: 15.04.2018) S.5f
- Pfeiffer, T.: „Qualitätsmanagement – Strategien, Methoden, Techniken“; Carl Hanser Verlag München Wien; S.448ff
- Pflegebote#17: „Wer war Avedia Donabedian“; URL: <http://www.pflegebote.de/2013/wer-war-avedis-donabedian-345> (Stand: 15.04.2018); 2013
- Pflegewiki: „KTQ“; URL: <http://www.pflegewiki.de/wiki/KTQ> (Stand: 15.04.2018); 2016
- Pflegewiki: „Qualitätszirkel“; URL: <http://www.pflegewiki.de/wiki/Qualitätszirkel> (Stand: 17.04.2018); 2016
- PKV-Ratgeber: „Das GKV-Modernisierungsgesetz 2004“; URL: : http://www.i-basis.de/dp/ansicht/kunden/sale/medien/anhaenge/k1_m80.pdf (Stand: 15.04.2018); 2004; S.4
- PKV-Ratgeber: „Das GKV-Modernisierungsgesetz 2004“; URL: : http://www.i-basis.de/dp/ansicht/kunden/sale/medien/anhaenge/k1_m80.pdf (Stand: 15.04.2018); 2004; S.10f
- Pokinsaka, B., Eklund, J.A.E., Dahlgaard, J.J.: „ISO 9001: 2000 in small organisations – Lost opportunities benefits and influencing factors“; In: International Journal of Quality & Reliability Management, Vol 23 No.5; 2006; S.490ff.
- Qualitätsmanagement.me: „Ablauf einer ISO 9001 Zertifizierung Qualitätsmanagement“; URL: http://www.qualitaetsmanagement.me/qualitaetsmanagement/zertifizierung_iso_9001/ablauf/ (Stand: 15.04.2018); 2013/2014
- Quality.Kenline: „Definition – Was ist Qualität?“; URL: http://quality.kenline.de/seiten_d/qualitaet_definition.html (Stand: 15.04.2018); o.J.
- Rechnungswesen-verstehen.de: „Regressanspruch“; URL: <https://www.rechnungswesen-verstehen.de/lexikon/regressanspruch.php> (Stand: 15.04.2018); o.J.
- Reimbursement: „Sonderentgelte“; URL: <https://reimbursement.institute/glossar/sonderentgelt/> (Stand: 17.04.2018); o.J.

Schneiders, T.G.: „Ausschreibungen bei medizinischen Hilfsmitteln Wie Patienten Opfer von Sparbemühungen werden“; Veröffentlicht in: Deutschlandfunk; URL:

http://www.deutschlandfunk.de/ausschreibungen-bei-medizinischen-hilfsmitteln-wie.1818.de.html?dram:article_id=321280 (Stand: 22.04.2018); 2015

Schön-Klinik: „Qualitätsbericht der Schön Klinik 2016“; URL: http://www.schoen-kliniken.de/ptp/_qb/2016/#6 (Stand: 17.04.2018); 2016

Sozialgesetzbuch SGB V: „§135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung“; dtv Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG; München; 2018; S. 664

Statista: „Durchschnittliche Verweildauer in deutschen Krankenhäusern in den Jahren 1992 bis 2016 (in Tagen)“; URL: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/2604/umfrage/durchschnittliche-verweildauer-im-krankenhaus-seit-1992/> (Stand: 15.4.2018); 2018

Steven, M.: „Definition Massenproduktion“; In: Gabler Wirtschaftslexikon; URL: <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/gesetz-der-massenproduktion-35758/version-259232> (Stand: 15.04.2018); 2018

Technische Universität Kaiserslautern: „Ziele des Qualitätsmanagements“; URL: <https://www.uni-kl.de/universitaet/verwaltung/zentrale-dienste/qualitaetsmanagement-und-personalentwicklung/qualitaetsmanagement/ziele-des-qualitaetsmanagements/> (Stand: 15.04.2018); o.J.

TQU Group: „KTQ Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus“ URL: <https://www.tqu-group.com/de/themen/Managementsysteme/KTQ.php> (Stand: 15.04.2018); o.J.

TÜV Rheinland: „Qualitätsmanagement nach DIN EN 15224“; URL: <https://www.tuv.com/germany/de/qualitätsmanagement-nach-din-en-15224.html> (Stand: 15.04.2018); 2018

TÜV Süd: „Managementsysteme – DIN EN 15224“; URL: <https://www.tuev-sued.de/management-systeme/gesundheitswesen/din-en-15224> (Stand: 15.04.2018); o.J.

Vdek: „FAQ Entlassmanagement“; URL: https://www.vdek.com/presse/Fragen_und_Antworten/faq-entlassmanagement.html (Stand: 15.04.2018); o.J.

-
- Wasem, J., Geraedts, M.: „Qualität durch Wettbewerb“; In: Klauber, J., Geraedts, M., Wasem, J. (Hrsg.): „Krankenhaus-Report 2011“; Stuttgart: Schattauer; 2011, S.5ff
- Wasem, J., Geraedts, M.: „Qualität durch Wettbewerb“; In: Klauber, J., Geraedts, M., Wasem, J. (Hrsg.): „Krankenhaus-Report 2011“; Stuttgart: Schattauer; 2011, S.9ff
- Wasem, J., Geraedts, M.: „Qualität durch Wettbewerb“; In: Klauber, J., Geraedts, M., Wasem, J. (Hrsg.): „Krankenhaus-Report 2011“; Stuttgart: Schattauer; 2011, S.12ff
- Wildenratt, M. von.: „Wettbewerbsstrategie für Universitätskliniken zur sektorübergreifenden Versorgung am Beispiel ausgewählter Fallstudien“; Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humannbiologie der Medizinischen Hochschule Hannover; URL: <https://d-nb.info/1033362646/34> (Stand: 15.04.2018); Hannover; 2010; S. 67
- Wirtschaftslexikon: „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)“; URL: <http://www.wirtschaftslexikon.co/d/gkv-wettbewerbsstaerkungsgesetz-gkv-wsg/gkv-wettbewerbsstaerkungsgesetz-gkv-wsg.htm> (Stand: 15.04.2018); 2017
- Wirtschaftslexikon: „Total Quality Management (TQM)“; URL: <http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/total-quality-management-tqm/total-quality-management-tqm.htm> (Stand: 15.04.2018); 2017
- Wirtschaftslexikon: „Wettbewerbsfaktor“; URL: <http://www.wirtschaftslexikon24.com/d/wettbewerbsfaktor/wettbewerbsfaktor.html> (Stand: 14.04.2018); 2017
- Ziesche, A.: „Patientenzufriedenheit im Krankenhaus: Maßnahmen zur Verbesserung“; Salzwasser Verlag; Paderborn; S.51f
- Zollondz, Hans-Dieter: „Grundlagen Qualitätsmanagement – Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte“; R. Oldenbourg Verlag; München Wien; 2006; S. 162
- Zollondz, Hans-Dieter: „Grundlagen Qualitätsmanagement – Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme und Konzepte“; R. Oldenbourg Verlag; München-Wien; 2006; S. 172

Kriterien	KTQ	DIN EN ISO 9001:2015	DIN EN 15224	EFQM
Modelbeschreibung	Modell der deutschen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen	Internationale Norm; weltweite Gültigkeit; ursprünglich branchenunabhängig, seit 2012 mit Branchenbezug zum Gesundheitswesen; universell einsetzbar	Bereichsspezifische internationale Norm des Qualitätsmanagements für Organisationen der Gesundheitsversorgung; Basiert auf DIN EN ISO 9001, aber mit zusätzlichen Anforderungen; weltweite Gültigkeit	Modell des Total Quality Management für Unternehmen und Organisationen
Anwendungsbereich	Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, Praxen, Pflegeeinrichtungen, alternative Wohnformen und Rettungsdienste	Keine Eingrenzung	Gesundheitsversorgung inkl. Bereich der sozialen Betreuung (z.B. medizinische Grundversorgung und Gesundheitsvorsorge)	Keine Eingrenzung
Modellogik	Zunächst Selbstbewertung, anschließend Fremdbewertung anhand detaillierter ausgearbeiteter Kriterien	Überprüfung der Normkonformität	Überprüfung der Normkonformität	Regelmäßige Selbstbewertung, Dokumentationsprüfung, anschließend Auditierung mit externer Bestätigung des Unternehmensmodells
Qualitätsmerkmale	Definition von sechs Qualitätskategorien	Keine Definition von Qualitätsmerkmalen	Definition von elf Qualitätsmerkmalen in der Gesundheitsversorgung	Definition von neun Kriterien mit 32 Teilkriterien
Messung der Qualität anhand eines Punktesystems	Ja, Erreichung eines Mindestniveaus	Nein	Nein	Ja, Erreichung einer Mindestpunktzahl
Prozessorientierung	Hoch	Hoch	Hoch	Hoch
Patienten-/Mitarbeiterorientierung	Ausgeprägt	Gering ausgeprägt	Ausgeprägt	Ausgeprägt (vor allem die Mitarbeiterzufriedenheit steht im Vordergrund)
Messung Ergebnisqualität	Teilweise	Struktur- und Prozessqualität steht im Vordergrund	Struktur- und Prozessqualität steht im Vordergrund	Ergebnisqualität steht im Vordergrund

Bezug zum Gesundheitswesen	Ja	Ursprünglich Nein, nach 2012 ja	Ja	Nein
Internationalität	Nein	Ja	Ja	Ja
Anwendungsbereich	Gesamte Einrichtung	Teilbereiche möglich	Teilbereiche möglich	Teilbereiche möglich
Zertifizierung/Akkreditierung	Ja	Ja	Ja	Nein
Prüfstelle	Zertifizierung durch von der KTQ akkreditierte Zertifizierungsstellen	Zertifizierungsstelle, akkreditiert durch die TGA	Zertifizierungsstelle, akkreditiert durch die TGA	European Foundation for Quality Management (EFQM)
Nachweis	Zertifikat	Zertifikat	Zertifikat	Urkunde für erfolgreiche Absolvierung der Selbstbewertung; Anerkennung als Recognised for Excellence in EAA; Chancen auf Auszeichnung als Award Winner EFQM Excellence Award

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift