

Dr. Ludwig Siebers/Dr. Jan Helling/Dr. Holger Bunzemeier/  
Dr. Beate Wolter/Prof. Dr. Norbert Roeder

## Qualitätsbericht 2007

Übersicht über aktuelle Änderungen und Empfehlungen für die Erstellung des Berichtes in der Praxis

**2007 steht die zweite Auflage der strukturierten Qualitätsberichte nach § 137 SGB V an. Nachdem der inhaltliche Rahmen bereits Ende letzten Jahres abgesteckt wurde,<sup>1)</sup> hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mit der Veröffentlichung von Ausfüllhinweisen<sup>2)</sup> am 21. Februar 2007 den Startschuss für die „heiße Phase“ der Berichterstellung in den Krankenhäusern gegeben. Auch wenn letzte Entscheidungen, zum Beispiel ob bzw. welche BQS-Qualitätsindikatoren ggf. verpflichtend zu veröffentlichen sind, noch ausstehen, empfiehlt es sich, bereits mit der Erstellung der Berichte zu beginnen. Neben einer kurzen Übersicht und Kommentierung der wesentlichen Änderungen wird nachfolgend vor allem auf Fragen zum praktischen Vorgehen eingegangen. Dabei zeigt sich, dass die Vorgabe des G-BA an mancher Stelle erläutert werden muss, um eine einheitliche Interpretation zu gewährleisten. In den wesentlichen Punkten wurden die Fragen, die im vorliegenden Artikel aufgeworfen und nicht eindeutig beantwortet werden konnten, an den G-BA gerichtet. Möglicherweise kann so frühzeitig eine Klärung zu diesen Aspekten erfolgen. Die Klärung der Fragen wird jedenfalls zu einer besseren Vergleichbarkeit der Qualitätsberichte beitragen.**

### Wesentliche Änderungen gegenüber 2005

Der bedeutsamste Unterschied zwischen den Berichten des Jahres 2005 und denen des Jahres 2007 besteht darin, dass mit den neuen Berichten parallel eine maschinenlesbare Datenbasis (XML) erzeugt wird, die umfangreiche Suchfunktionen ermöglicht. Mit Internetseiten wie [www.klinik-lotse.de](http://www.klinik-lotse.de) oder [www.qualitätsberichte.de](http://www.qualitätsberichte.de) existieren derartige Suchmaschinen bereits heute. Bis dato mussten die Betreiber dieser Seiten die Informationen jedoch „von Hand“ aus den pdf-Versionen der Berichte einpflegen. Zudem stellten die Berichte bislang eine sehr schmale Datenbasis dar, da die Angaben von Diagnosen und Prozeduren jeweils auf die TOP 10 beschränkt waren. Dies ändert sich nun, weil die Krankenhäuser 80 Prozent der Diagnosen und Prozeduren auflisten müssen. Dadurch wird die Aussagekraft der Berichte – zumindest was den Vergleich von Fallzahlen angeht – deutlich erhöht. Angesichts der Macht der Zahlen könnte die Tatsache, dass die Qualitätsberichte auch weiterhin nur wenig über die Qualität der Behandlung aussagen, in den Hintergrund treten. Sie enthalten nach wie vor kaum echte Qualitätsindikatoren, sondern geben lediglich einen Überblick über das

Leistungsspektrum der Krankenhäuser. Damit gehen sie, zumindest im Pflichtteil, über die Darstellung von Strukturqualität kaum hinaus.

Einzigste Ausnahme könnte die Veröffentlichung von BQS-Qualitätsindikatoren sein. Hierüber entscheidet der G-BA jedoch erst Ende April. Angesichts der Tatsache, dass durch eine breitere Datenbasis vermehrt öffentliches Interesse an den Qualitätsberichten geweckt werden wird, darf die inhaltliche Bewertung der Berichte nicht vernachlässigt werden.

Die zu erwartende Datenbankversion verlangt von den Krankenhäusern bei der Erstellung der Berichte besondere Sorgfalt, da bereits Kleinigkeiten das Auffinden des Hauses bei standardisierten Suchen verhindern können (falsche Fachabteilungsschlüssel etc.). Hervorzuheben ist, dass die zu erwartende Transparenz für Krankenhäuser selber durchaus von großem Nutzen sein kann. Ebenso wie ihre Patienten können sie sich auf der Basis dieser Daten ein Bild über die Versorgungs- bzw. die Konkurrenzsituation in ihrem Einzugsgebiet machen.<sup>3)</sup> Darüber hinaus wird in gewissem Maße auch ein Benchmarking von Strukturparametern (Personalausstattung etc.) möglich.

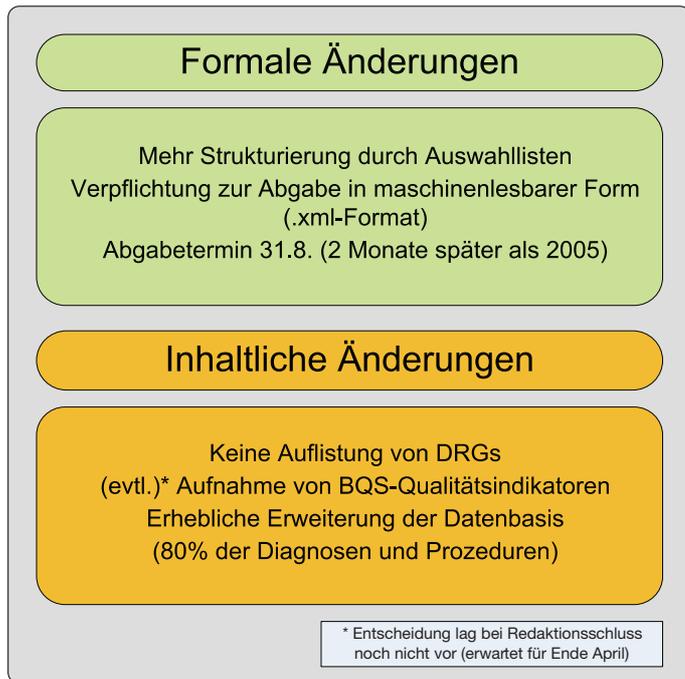
Hinsichtlich der Vergleichbarkeit von Informationen wurde ein entscheidender Schritt nach vorne gemacht. Für nahezu alle Bereiche existieren nun Stichwortlisten, aus denen zutreffende Punkte ausgewählt werden können, wodurch gleiche Inhalte auch hausübergreifend gleich benannt werden. Dieser Aspekt trägt ebenfalls dazu bei, dass datenbankbasierte Auswertungen stark an Bedeutung gewinnen werden. Die gleichfalls abzugebenden pdf-Versionen verlieren an Bedeutung. Darin enthaltene zusätzliche und über die Mindestanforderungen hinausgehende Informationen könnten kaum noch Beachtung finden.

Was sich im Detail zu einzelnen Aspekten getan hat, wurde bereits an anderer Stelle ausführlich dargestellt<sup>4)</sup> (Abbildung 1). Der vorliegende Artikel soll dies nicht wiederholen, sondern vielmehr eine Anleitung für das Vorgehen in der Praxis sein und Antworten auf mögliche Fragen geben, die sich zum Teil erst bei intensiverer Auseinandersetzung mit dem Thema stellen.

### Vorgehen in der Praxis

Mit der Veröffentlichung der aktuellen Ausfüllhinweise am 21. Februar 2007 verbleiben den Krankenhäusern ziemlich genau 6 Monate, um einen den inhaltlichen und formalen Kriterien entsprechenden Qualitätsbericht zu erstellen. Da

Abbildung 1: Übersicht über aktuelle Änderungen



in vielen Krankenhäusern Daten und Texte von verschiedenen Stellen und Autoren zusammengetragen werden müssen, sollte möglichst frühzeitig ein Konzept bzw. ein Zeitplan vorliegen, der die knappe Zeit auf genau definierte Arbeitsschritte mit festgelegten Verantwortlichkeiten verteilt. Hierzu ist es zunächst notwendig, die Vorgabe des G-BA daraufhin zu prüfen, welche Inhalte gefordert werden und diese den entsprechenden Verantwortlichen innerhalb des Krankenhauses zuzuordnen. Grundsätzlich lassen sich 2 Bereiche unterscheiden: Dies sind zum einen die zentralen, zum anderen die die jeweiligen Fachabteilungen/Organisationseinheiten betreffenden Teile. Somit stellt sich schon an dieser Stelle die Frage, in welcher technischen Form die einzelnen Fachabteilungen beteiligt werden können.

Mit der Verpflichtung zur Abgabe eines Berichtes im xml-Format ist davon auszugehen, dass alle Krankenhäuser auf eine Softwareunterstützung zurückgreifen werden. Die unterschiedlichen Hersteller bieten für die Beteiligung mehrerer Autoren verschiedene Möglichkeiten an. Eine webbasierte Erstellung des Berichtes ermöglicht zahlreichen Nutzern den technisch einfachsten Zugang. Entsprechende Rechtestrukturen und Erinnerungsfunktionen können die zentrale Koordination der Arbeit vieler Autoren sicherstellen. Für kleinere Krankenhäuser kann es ausreichend sein, Teile des Berichtes bzw. einzelne Texte in den Fachabteilungen anzufordern und diese zentral in entsprechende Eingabemasken einzufügen. In die Entscheidung, welche technische Form die jeweils günstigste für ein Krankenhaus ist, sollte auch die Möglichkeit einbezogen werden, den gesamten Bericht von einem externen Dienstleister erstellen zu lassen. Dies wird die Individualität des Berichtes ggf. leicht einschränken, kann im Gegenzug aber den personellen Aufwand im Krankenhaus selbst erheblich reduzieren, da lediglich Textbausteine etc. an den Dienstleister geliefert werden müssen. In jedem Fall ist darauf zu achten, dass die Möglichkeit besteht, vor Abgabe einen

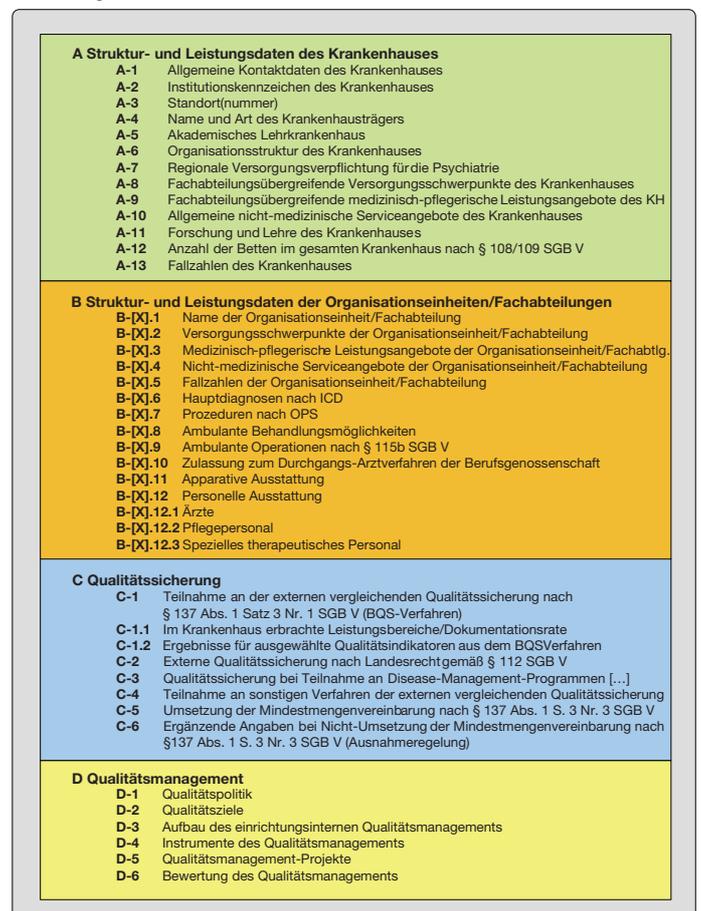
vorläufigen Bericht bzw. Teile des Berichtes zu erstellen, um sie den Fachabteilungen zur Plausibilisierung bzw. Abnahme zur Verfügung stellen zu können.

Aus der folgenden Beschreibung einzelner Aspekte wird deutlich, welche Teile zentral bzw. von der jeweiligen Abteilung ausgefüllt werden müssen. Die Darstellung erfolgt orientiert an der Vorgabe des G-BA bzw. den aktuellen Ausfüllhinweisen (Abbildung 2).

### Allgemeine Hinweise zum Ausfüllen des Qualitätsberichts

Aus den allgemeinen Hinweisen geht hervor, dass die Vorgabe als Mindestanforderung zu verstehen ist. Die Vorgaben von Zeichenbeschränkungen sind somit in erster Linie als technische Voraussetzung für die Handhabbarkeit der Datenbankversion zu verstehen. Dass darüber hinaus auch Teile, die nicht in die Datenbankversion eingehen (zum Beispiel Teil D: Qualitätsmanagement) auf eine bestimmte Zeichenanzahl begrenzt sind, ist wohl so zu verstehen, dass für den Leser der pdf-Version auch in diesen Punkten eine gewisse Vergleichbarkeit erreicht werden soll. Es wird empfohlen, auf andere Informationsquellen wie den Internetauftritt oder den Geschäftsbericht zu verweisen. Dennoch steht einer Darstellung zusätzlicher bzw. ausführlicherer Informationen in der pdf-Version theoretisch nichts im Wege, da als Einschränkung letztlich nur die Begrenzung auf eine maximale Dateigröße von 5 MB besteht. (Zumindest können die Ausfüllhinweise so interpretiert werden.) Um die Vorgabe eindeutig zu erfüllen, sollte jedoch

Abbildung 2: Übersicht über die Struktur der neuen Qualitätsberichte



# WIE ZUFRIEDEN SIND IHRE PATIENTEN EIGENTLICH?



## Gesundheitsmanagement für Kliniken

Kliniken und Krankenhäuser unterstützen wir bei der Optimierung ihres Klinikmanagements: Für die Erhöhung Ihrer Bettenbelegungsrate und der Fallzahlen Ihres Hauses entwickeln wir individuelle und nachhaltige Programme zu Qualitätsmanagement und Patientensteuerung. Unser Ziel ist es, dem zunehmenden Verdrängungswettbewerb unter den Kliniken mit modernen und effizienten Lösungen zu begegnen.

### AnyCare – Der Gesundheitsmanager

AnyCare bietet als Tochter der Thieme Verlagsgruppe und der ViaMed GmbH wirksame Lösungen für alle Beteiligten im Gesundheitswesen. Mit unseren Qualitäts- und Effizienzprogrammen wirken wir als unabhängiger und qualifizierter Innovations- und Netzwerkpartner zwischen niedergelassenen Ärzten, Kliniken, Krankenkassen und -versicherungen.

Lernen Sie uns kennen  
Hotline 0711 · 5 40 80-0  
[www.anycare.de](http://www.anycare.de)

 **AnyCare**

nicht die maximale Zeichenzahl zu den jeweiligen Unterpunkten überschritten, sondern ggf. die Gliederung um entsprechende Unterpunkte erweitert werden. Auf diese zusätzlichen Informationen sollte in den vorgegebenen, vom Umfang her begrenzten Teilen verwiesen werden.

Weiterhin interessant ist die Vorgabe, dass sich alle Angaben auf die im Berichtsjahr gültigen Regelungen beziehen müssen. Dies gilt auch für die Klassifikationssysteme ICD und OPS. Da alle im Berichtsjahr (2006) entlassenen Patienten dargestellt werden sollen, werden sich zwangsläufig auch Diagnose- und eventuell Prozedurenkodes aus der Vorjahresversion (2005) finden, weil die Jahresüberlieger (Aufnahmedatum 2005) nach dieser Version kodiert wurden. Hier stellt sich die Frage einer Überleitung der Codes auf die aktuelle Version, was im Bereich der Diagnosen und Prozeduren näher erläutert wird.

Das Erreichen der Barrierefreiheit der pdf-Version („von jedem Menschen unabhängig von einer eventuell vorhandenen Behinderung uneingeschränkt zu nutzen“) sollte keine besondere Hürde darstellen, sofern ein entsprechend formatiertes Dokument automatisch in ein pdf-Format umgewandelt wird. Dokumente einzuscannen und als Bilder ins pdf-Format zu bringen, stellt keine echte Alternative dar und wäre auch ohne Vorgabe der Barrierefreiheit nicht sinnvoll. Die Krankenhäuser, die auf Softwareunterstützung zurückgreifen, haben den Vorteil, dass sich die Hersteller mit dieser Frage befassen und eine vorgabekonforme Lösung anbieten müssen.

Letzter wesentlicher Punkt in den allgemeinen Hinweisen ist, dass die Darstellung nach dem Stichtagsprinzip erfolgen und somit alle diejenigen Organisationseinheiten umfassen soll, die am 31. Dezember des Berichtsjahres (2006) an der Versorgung teilgenommen haben und dies auch über den 30. September des Folgejahres (2007) hinweg tun.

## ■ Teil A: Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Die Abschnitte A-1 bis A-7 sind eindeutig und bedürfen keiner Kommentierung.

Die unter A-8 bis A-10 aufgeführten Punkte

- Versorgungsschwerpunkte,
- medizinisch-pflegerische Leistungsangebote und
- nichtmedizinische Serviceangebote

sind jeweils entweder für das gesamte Krankenhaus oder für einzelne Fachabteilungen anzugeben. Während es für den ersten Punkt durch Vorgabe unterschiedlicher Auswahllisten recht eindeutig ist, was krankenhausesübergreifend bzw. fachabteilungsindividuell anzugeben ist, muss für die medizinisch-pflegerischen und die nichtmedizinischen Angebote einmalig zentral festgelegt werden, welche Angebote fachabteilungsübergreifend existieren (Physikalische Therapie, Parkanlagen etc.). Den jeweiligen Fachabteilungen ist dann zur weiteren individuellen Auswahl eine entsprechend reduzierte Liste zur Verfügung zu stellen mit dem Hinweis, dass bestimmte Angebote bereits

auf der Ebene des Krankenhauses dargestellt wurden. In den datenbankbasierten Auswertungen der Krankenkassen sollten fachabteilungsübergreifende Angebote nach Möglichkeit automatisch auch bei fachabteilungsbezogener Suche mit ausgegeben werden, um Fehlinterpretationen zu vermeiden.

In dieser sowie in allen anderen Auswahllisten kann der Unterpunkt „Sonstige“ zur Darstellung krankenhausesindividueller Besonderheiten beliebig oft ergänzt werden. Es wird empfohlen, hiervon Gebrauch zu machen, um nicht in den Auswahllisten enthaltene relevante Versorgungsangebote oder Leistungs- und Serviceangebote aufzuführen. Dabei sollte der Begriff „Sonstige“ durch eine konkrete Bezeichnung ersetzt werden, um eine einfachere Findung in den Datenbanksuchen zu ermöglichen. Die Alternative, den Begriff „Sonstige“ zu verwenden und lediglich die Kommentarspalte zur Beschreibung zu nutzen, ist mit Blick auf die Datenbank nicht zu empfehlen. Im Sinne eines lernenden Systems sollen die Punkte, die häufig ergänzt werden, künftig in die Auswahllisten aufgenommen werden. Es ist zu erwarten, dass Krankenhäuser, um in den Datenbanksuchen gefunden zu werden, die Möglichkeit der Darstellung ihres Angebotes über „Sonstige“ umfassend nutzen werden. Im Gegenzug kann nicht ausgeschlossen werden, dass Krankenhäuser, die zurückhaltend mit der Darstellung von vermeintlich unbedeutenden Angeboten umgehen, in der Datenbanksuche Nachteile entstehen.

Unter A-8 (FA-übergreifende Versorgungsschwerpunkte) sind sowohl inhaltlich klar definierte (zum Beispiel Brustzentrum) als auch frei interpretierbare Begriffe (zum Beispiel Zentrum für Gefäßmedizin, Schlaganfallzentrum) aufgeführt. Hier besteht die Gefahr, dass unterschiedliche Interpretationen eine vergleichende Darstellung verzerren. Dies gilt insbesondere, wenn Krankenhäuser den Zentrumsbegriff weit interpretieren und auch die interdisziplinäre Betreuung von Patienten ohne entsprechende räumliche oder organisatorische Strukturen in diesem Sinne als Zentrum ausweisen. Sofern es sich bei einem Zentrum um klar definierte und ggf. zertifizierte Einrichtungen (zum Beispiel Brustzentrum) handelt, sollte dies in den Kommentaren angegeben werden.

A-11 (Forschung und Lehre des Krankenhauses) ist wiederum eindeutig und bedarf keiner Interpretation.

Die Anzahl der Betten (A-12) bezieht sich auf alle im Versorgungsvertrag vorgesehenen Betten und umfasst somit ggf. auch die Betten der teilstationären Versorgung.

Die Angabe der Fallzahl des Krankenhauses (A-13) muss möglicherweise weiter konkretisiert werden. Für die stationäre Behandlung bezieht sie sich im KHEntgG-Bereich auf alle im Berichtsjahr (2006) entlassenen Patienten (zusammengelegte Fälle, mit Jahresüberliegern aus 2005) ohne teilstationäre Fälle. Ausländische Selbstzahler sollten in dieser Fallzahl sowie auch in allen weiteren Angaben zu Diagnosen und Prozeduren nicht berücksichtigt werden, da sich der Bericht lediglich auf den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Fallpauschalenvereinbarung und der Bundespflegesatzverordnung bezieht.

Die Zahl der ambulanten Patienten umfasst alle Fälle bzw. Kontakte aus dem Bereich einer Notfall- und/oder Hochschulambulanz und ggf. aus dem Bereich persönlicher und Institutsermächtigungen. Fallzahlen aus Privatambulanzen sollten ebenfalls berücksichtigt werden dürfen, da sie in den Ausfüllhinweisen an anderer Stelle (B-8) ausdrücklich erwähnt sind, auch wenn dies für die Berichte des Jahres 2005 zum Teil anders interpretiert wurde.<sup>5)</sup> Gänzlich offen ist, wie mit rein vorstationären und teilstationären Fällen umzugehen ist, die aktuell in keiner der Fallzahlen berücksichtigt werden. Ebenfalls nicht berücksichtigt sind Medizinische Versorgungszentren (MVZ), die durchaus als Teil des Leistungsspektrums der Krankenhäuser angesehen werden könnten. Dort behandelte Patienten dürfen jedoch weder zu den stationären noch zu den ambulanten Fällen der Krankenhäuser an sich gezählt werden, da es sich bei einem MVZ um eine eigenständige (an das Krankenhaus angegliederte) Einheit handelt.

## ■ Teil B: Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Zu Teil B besteht zunächst grundsätzlich die Frage, welche Organisationseinheiten/Fachabteilungen angegeben werden müssen/dürfen bzw. welche als solche zu verstehen sind. Zunächst sind die Abteilungen zu betrachten, die sich aus den im § 21-Datensatz enthaltenen Fachabteilungsschlüsseln ergeben. Da Fachabteilungen nur dann im Datensatz vorkommen, wenn dort Patienten behandelt wurden, handelt es sich per Definition um bettenführende Abteilungen. Für die Zuordnung der vollstationären Fälle ist das Kriterium „entlassende Fachabteilung“ vorgegeben. Somit ist klar, dass alle im Datensatz vorkommenden Abteilungen mit der jeweiligen Anzahl der von dort entlassenen Patienten dargestellt werden müssen. Lediglich für die Gynäkologie und Geburtshilfe wird ausdrücklich erwähnt, dass die Leistungsdarstellung (Diagnosen und Prozeduren) „ausnahmsweise“ getrennt erfolgen kann. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass in keiner anderen Konstellation die über einen FA-Schlüssel abgebildeten Fälle differenziert dargestellt bzw. in andere Fachabteilungen verschoben werden dürfen. Wird zum Beispiel eine interdisziplinäre Intensivstation betrieben, die der Anästhesie zugeordnet ist, so müssen alle Patienten, die von dort entlassen werden, unter der Anästhesie aufgeführt sein. Dies betrifft neben der Fallzahl auch die Hauptdiagnosen, die der entlassenden Fachabteilung zuzuordnen sind. Sollten für eine Fachabteilung zu internen Zwecken verschiedene Fachabteilungsschlüssel verwendet werden, wäre es sinnvoll, diese für die Darstellung im Qualitätsbericht zu einer Fachabteilung zusammenzufassen.

Neben den aus dem Datensatz zu ermittelnden Fachabteilungen kann theoretisch jegliche weitere Organisationseinheit des Krankenhauses aufgeführt werden. Die Tatsache, dass hier in erster Linie eine Beschreibung mit Fachabteilungsschlüsseln angestrebt wird, zeigt jedoch, dass es sich offensichtlich vornehmlich um Einheiten im Sinne klinischer Fächer handeln soll. Eine Darstellung zum Beispiel der klinikeigenen Apotheke etc. ist hier offenbar nicht vorgesehen. Dies geht auch daraus hervor, dass hier keine explizite Möglichkeit der Vorstellung in Form von Freitext vorge-

sehen ist und der Großteil der übrigen Unterpunkte explizit auf unmittelbar an der Patientenversorgung beteiligte Fachabteilungen zugeschnitten ist. In diesem Teil des Qualitätsberichtes wird besonders deutlich, dass das entstehende pdf-Dokument lediglich ein Zusatzprodukt sein wird und die Krankenkassen ihr Augenmerk nahezu ausschließlich auf die elektronisch auswertbare Datenbankversion legen werden. Für die pdf-Version empfiehlt es sich dennoch, zumindest eine kurze Vorstellung der Fachabteilungen in Form von Freitext einzufügen.

Der Name der Fachabteilung (B-1) ist von untergeordneter Bedeutung. Wichtig ist jedoch, alle Fachabteilungsschlüssel zu hinterlegen, die zur Beschreibung des Leistungsspektrums einer jeweiligen Abteilung notwendig sind, da dies in der elektronischen Auswertung der XML-Daten das zuordnende Merkmal sein wird. Einer chirurgischen Abteilung mit allgemeinchirurgischem und unfallchirurgischem Leistungsspektrum sollten also zumindest die Schlüssel 1500 (Allgemeine Chirurgie) und 1600 (Unfallchirurgie) hinterlegt werden – unabhängig davon, welchen Schlüssel sie zu Abrechnungszwecken verwendet. Ebenso sollten spezialisierte internistische Abteilungen wie die Kardiologie sowohl den Fachabteilungsschlüssel für ihr Fachgebiet (0300 – Kardiologie) als auch den für eine internistische Abteilung mit Schwerpunkt Kardiologie (0103) verwenden.

Die Darstellung der Versorgungsschwerpunkte (B-2) bzw. der Leistungs- und Serviceangebote (B-3 und B-4) wurde bereits in Teil A (A-8 bis A-10) beschrieben. ▶



INFORMATIONEN- UND ORGANISATIONEN-SYSTEME



Document & Workflow Management GmbH

## Mehr Durchblick für Ihr Dokumenten- und Workflow-Management



### Modulare Lösungen aus einer Hand:

- Integrierte, modulare Informations-, Dokumenten- und Archivmanagement-Software inkl. Workflow- und Prozessunterstützung
- Analyse, Beratung, Softwareimplementierung, EDV-Systeme, Schulung und Support
- Digitalisierungs- und Archivierungsmanagement, Organisation, Logistik
- Fast 20jährige Erfahrung im Gesundheitssektor

**ITeG**  
IT-Messe & Dialog  
im Gesundheitswesen  
Berlin  
17. bis 19. April 2007  
[www.iteg-messe.de](http://www.iteg-messe.de)

**Wir freuen uns  
auf Ihren Besuch  
an unserem  
Stand 1.2-A34!**

[www.iosonline.de](http://www.iosonline.de)  
[www.synios.de](http://www.synios.de)

Die Darstellung der Fallzahl der Fachabteilung (B-5) ist über das Kriterium „entlassende Fachabteilung“ festgelegt und kann somit krankenhausintern zu Missverständnissen führen, wenn zu anderen Zwecken (Leistungsplanung etc.) eine von dieser Vorgabe abweichende Hauptfachabteilungszuordnung erfolgt. Dies ist bei der internen Kommunikation mit den Fachabteilungen zu berücksichtigen. Teilstationäre Fälle dürfen nicht in der Fallzahl der vollstationären Fälle berücksichtigt werden. In der pdf-Version können sie jedoch gesondert aufgeführt werden.

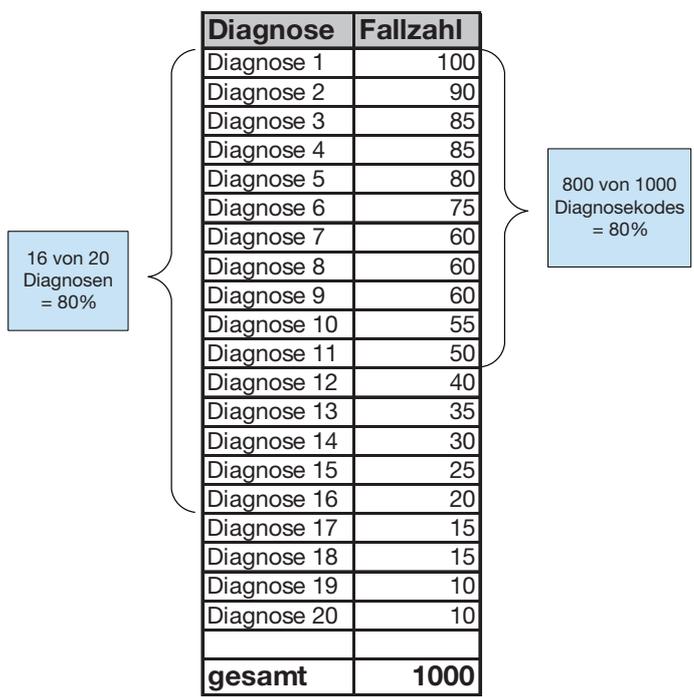
Die beschriebene Problematik der Hauptfachabteilungszuordnung gilt auch für die häufigsten Hauptdiagnosen (B-6), die ebenfalls nach dem Kriterium „entlassende Fachabteilung“ zugeordnet werden. Der Begriff der Hauptdiagnose müsste für den DRG-Bereich konkretisiert werden. Es sollte sich um die DRG-Hauptdiagnose handeln, obwohl aus der Formulierung in den Ausfüllhinweisen „Die Hauptdiagnose ist von derjenigen Fachabteilung anzugeben, die den Fall zählt“ auch abgeleitet werden könnte, dass es sich um die Fachabteilungshauptdiagnose handelt. Dies ist jedoch auch unter Praktikabilitäts Gesichtspunkten unwahrscheinlich. Sofern die Software zur Erstellung des Qualitätsberichtes nicht direkt an das KIS angebunden ist, wird den angegebenen Fallzahlen, Diagnosen und Prozeduren in vielen Krankenhäusern der Datensatz nach § 21 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zugrunde liegen. Zumindest ist dies für viele der Softwarehersteller die Datengrundlage, da so eine eindeutige Schnittstellenbeschreibung für den Import der Daten in das System vorliegt. Weil die Fachabteilungshauptdiagnose darin nicht enthalten ist, sollte unter Hauptdiagnose grundsätzlich DRG-Hauptdiagnose verstanden werden. Die Angabe der 10 häufigsten ICD-Ziffern auf 3-Steller-Ebene ist eindeutig. Die für die Datenbankversion geforderten „mindestens 80 Prozent aller ICD-Ziffern“ (vierstellig) könnte jedoch missverständlich sein. Dies könnte so aufgefasst werden, dass 80 Pro-

zent aller verwendeten Ziffern mit jeweils aufsummierter Fallzahl anzugeben sind. Eine Alternative wäre, dass die Summe der ICD-Fallzahlen mindestens 80 Prozent der Gesamtfallzahl ergeben müsste. Zur Verdeutlichung stellt Abbildung 3 beispielhaft dar, wie sich die beiden unterschiedlichen Ansätze auswirken würden. Aus der Formulierung „nicht weniger als die 10 häufigsten ICD-Ziffern“ wäre eher abzuleiten, dass die in der Abbildung links dargestellte Zählweise auf der Basis der Diagnosen korrekt ist.

Die zweite Alternative, 80 Prozent der Codes aufzulisten, ist rechts in der Abbildung dargestellt und dürfte die inhaltlich sinnvollere Version sein; sie entspricht offensichtlich auch der Forderung der DKG in den Verhandlungen im G-BA.<sup>6)</sup> Die Darstellung zeigt, dass die beiden Ansätze zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen würden. Unabhängig von dieser Frage steht es den Krankenhäusern rein formal gesehen frei, abgesehen von den vorgeschriebenen TOP-10-Diagnosen, die weiteren Diagnosen auszuwählen. Am dargestellten Beispiel würde dies bedeuten, das Krankenhaus kann Diagnose 11 weglassen und dafür die Diagnosen 14 und 16 aufnehmen, es würde dann ebenso auf eine Darstellung von 80 Prozent der Codes kommen. Damit wäre es denkbar, dass Krankenhäuser, um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen, sämtliche Codes herausnehmen, die auf Qualitätsdefizite schließen lassen könnten (T-Kodes, Infektionscodes etc.). Da dies inhaltlich nicht sinnvoll ist, sollte eine Klarstellung hierzu erfolgen, sofern die Vorgabe so zu verstehen ist, dass sich die „mindestens 80 Prozent“ der Diagnosen auf die TOP 80 Prozent einer nach absteigender Anzahl sortierten Liste bezieht.

Über die TOP-Diagnosen hinaus können weitere „Kompetenzdiagnosen“ angegeben werden. Diese sind nicht auf die Hauptdiagnosen beschränkt. In der pdf-Version sind Doppelnennungen zu den vorstehenden TOP-Diagnosen ausgeschlossen. Das heißt, dass die Diagnosen, die zu den TOP 10 der Fachabteilung gehören, unter den Kompetenzdiagnosen nicht erneut aufgeführt werden dürfen. Für diese Diagnosen könnte somit lediglich aus der hohen Fallzahl auf mögliche Kompetenz geschlossen werden. In der Datenbankversion sind dagegen Doppelnennungen zugelassen. Angesichts der Tatsache, dass in dieser xml-Version bereits der überwiegende Teil der Diagnosen (80 Prozent) enthalten sind, wäre eine Beschränkung auch nicht sinnvoll. Auch die TOP-10-Diagnosen der Datenbankversion dürfen somit doppelt aufgeführt werden. Diese Möglichkeit sollte von den Krankenhäusern entsprechend umgesetzt werden, da hierauf eine datenbankbasierte Suche aufbauen kann. Sollte ein Krankenhaus auf die Doppelnennung häufiger Diagnosen verzichten, würde es bei einer Suche nach dem Kriterium „Kompetenzdiagnosen“ ausgerechnet für häufige Diagnosen/Leistungen nicht gefunden werden. Es wäre zwar möglich, dies durch eine entsprechende Konstruktion der datenbankbasierten Auswertungen auszuschließen, doch kann nicht garantiert werden, dass dies tatsächlich erfolgen wird. Somit ist eine Doppelnennung auch der TOP-Diagnosen zu empfehlen. Da Kompetenzdiagnosen 3- bis 5-stellig angegeben werden können, ist sorgfältig abzuwägen, welche Differenzierung gewählt wird. Eine Beschränkung auf den 3-Steller dürfte in der Regel bedeuten, häufiger gefunden zu werden, da ein

Abbildung 3: Berechnungsmöglichkeiten „80 Prozent der Diagnosen“





## So optimieren Sie Ihre Buchhaltung in Krankenhaus und Pflege!

**Reformen, Spezialgesetze, Kostendruck – das Rechnungswesen im Gesundheitssektor ist stark reglementiert. Trotzdem soll es transparente Zahlen liefern. Das gelingt Ihnen nur mit exzellenten Kenntnissen der Buchhaltung. Informieren Sie sich jetzt!**

Dieses Buch vermittelt Ihnen Schritt für Schritt umfassendes Wissen zu Buchhaltung und Bilanzierung – maßgeschneidert für Ihre Arbeit in medizinischen Einrichtungen:

- ▶ Finanz- und Anlagenbuchhaltung mit EDV-Anwendung
- ▶ Kontenrahmen nach Krankenhaus- und Pflegebuchführungsverordnung
- ▶ Jahresabschluss mit Bilanz nach Handels- und Steuerrecht
- ▶ Bilanzanalyse und Bilanzkritik

### Bewährt und aktuell

In bereits **vierter Auflage** erfahren Sie mit diesem Leitfaden außerdem Fakten zu den

- ▶ aktuell wichtigen Steueränderungen
- ▶ IFRS im Gesundheitswesen
- ▶ Erlösen aus DRG-Fallpauschalen in Krankenhäusern

### Ideal für das Selbststudium

- ▶ Abgebildete T-Konten und Übungsaufgaben (Lösungen im Internet)
- ▶ Mehrjähriger Geschäftsgang einer Musterkurklinik
- ▶ Hinweise zu gesetzlichen Grundlagen

Bestellungen bitte an den Buchhandel oder direkt an:  
Erich Schmidt Verlag GmbH & Co.  
Genthiner Str. 30 G, 10785 Berlin  
Fax: 030/25 00 85-275

Neuaufgabe!



## Buchhaltung und Bilanzierung in Krankenhaus und Pflege

**Finanzbuchführung inklusive HGB und IFRS mit EDV**

Von **Dipl.-Kfm. Joachim Koch**.  
Unter Mitarbeit von **WP/StB Harald Schmidt, WP/StB Michael Burkhart, Dipl.-Kfm. Jens Linkweiler, PricewaterhouseCoopers**

4., neu bearbeitete und erweiterte Auflage 2007, XVI, 448 Seiten, mit zahlreichen Abbildungen, Euro (D) 36,80 / sfr. 60,-, ISBN 978 3 503 10083 5

**Weitere Informationen online unter [www.ESV.info/978 3 503 10083 5](http://www.ESV.info/978_3_503_10083_5)**

**Die 4. Auflage dieses Lehrbuchs erscheint in der Reihe *ESVbasics*.**

Diese Reihe wendet sich an Studenten an Universitäten und Fachhochschulen, Ausbildung und Praxis.

*ESVbasics*-Lehrbücher bieten eine gut verständliche Einführung in das zentrale Wissen wichtiger Fachgebiete.

ESV  
basics

ESV

ERICH SCHMIDT VERLAG  
[www.ESV.info](http://www.ESV.info)  
E-Mail: [ESV@ESVmedien.de](mailto:ESV@ESVmedien.de)

– Anzeige –

Wirtschaftsprüfung  
Steuer- und Rechtsberatung  
Unternehmensberatung  
www.bpgwp.de



Münster – Köln – Bremen – Berlin

Großteil der Suchen eher grob sein dürfte. Zudem führt dies zu einer höheren Fallzahl für die entsprechende Diagnose, was für Patienten bei der Klinikwahl ausschlaggebend sein kann.

Wie auch für die nachfolgend aufzuführenden Prozeduren sollen die Diagnosen in der pdf-Version umgangssprachlich bezeichnet werden, wobei auf vorhandene einheitliche Bezeichnungen zurückgegriffen werden soll. Hierbei sind in erster Linie die vom AOK-Bundesverband im Internet veröffentlichten Bezeichnungen für die jeweils 200 häufigsten Diagnosen und Prozeduren zu nennen.<sup>7)</sup> Da diese Bezeichnungen jedoch nicht für jedes Krankenhaus ausreichen werden, müsste man weitere Codes krankenhausspezifisch „übersetzen“. Ein von einem Software-Anbieter eingerichtetes „Wiki“ zur gemeinsamen Entwicklung einheitlicher umgangssprachlicher Bezeichnungen könnte dabei eine hilfreiche Unterstützung darstellen.<sup>8)</sup> (Ein Wiki ist eine im World Wide Web verfügbare Seitensammlung, die von den Benutzern nicht nur gelesen, sondern auch online geändert werden kann.)<sup>9)</sup>

Für die Darstellung der häufigsten Prozeduren (B-7) gilt hinsichtlich der 80 Prozent-Regelung das bei den Diagnosen Genannte analog. Prozeduren in Zusammenhang mit ambulanten Leistungen sind hier nicht anzugeben. Auch wenn es nur einen geringen Teil Prozeduren treffen dürfte, bleibt unklar, wie mit Prozeduren aus dem teilstationären Bereich umzugehen ist. Zusätzlich ist hier die Festlegung zu beachten, dass die Prozeduren der durchführenden Fachabteilung zuzuordnen sind. Dies wurde an anderer Stelle<sup>5)</sup> so interpretiert, dass es sich dabei um die Fachabteilung handelt, in der der Patient zum Zeitpunkt der Prozedur liegt. Dies wäre eine Information, die sich ohne Weiteres aus dem § 21-Datensatz ermitteln ließe. Eine solche Darstellung ist jedoch wenig sinnvoll, da diagnostische und interventionelle Leistungen (CT, Herzkatheter etc.), die immer von bestimmten Abteilungen (Radiologie, Kardiologie etc.) erbracht werden, auf verschiedene Abteilungen verteilt würden. In den freiwilligen Qualitätsberichten für das Jahr 2005 ist dies zum Teil zu erkennen. In Auswertungen der Berichte finden sich Herzkatheterleistungen einer kardiologischen Abteilung in den verschiedensten Fachabteilungen. Darüber hinaus würde dieses Vorgehen bedeuten, dass zahlreiche solcher Leistungen gar nicht dargestellt würden, da sie nicht zu den häufigsten Prozeduren anderer Fachabteilungen gehören.

Nach den Ausfüllhinweisen des G-BA erfolgt die OPS-Zählung „jeweils bei der Fachabteilung, von der die Leistung erbracht wurde.“ Diese Zählweise soll dazu dienen, „das tatsächliche Leistungsgeschehen der Fachabteilung möglichst realistisch abzubilden.“ Somit darf die Festlegung

„durchführende Fachabteilung“ nur so interpretiert werden, dass es sich um die Abteilung handelt, die die Leistung tatsächlich erbracht hat. Dies ist eine Information, die neben dem Datensatz nach § 21 zusätzlich aus dem Krankenhausinformationssystem ermittelt werden muss. Dieser zusätzliche Aufwand ist jedoch gerechtfertigt, um eine sinnvolle Darstellung zu ermöglichen. Unklarheiten könnten auch bei Verbringungsleistungen entstehen. Es handelt sich hierbei um Behandlungsleistungen, die ein Krankenhaus an anderer Stelle „in Auftrag gibt“. Häufigstes Beispiel sind Herzkatheterleistungen, die eine benachbarte Katheterklinik für ein anderes Krankenhaus erbringt. Im Datensatz würden die Eingriffe bei der Klinik zu finden sein, die sie in Auftrag gegeben hat. Dies widerspräche dem Sinn der Qualitätsberichte, denn Patienten könnten so eine Leistung in einer Klinik erwarten, die dort grundsätzlich gar nicht erbracht werden kann. Gleichzeitig würde bei einem anderen Krankenhaus eine möglicherweise bedeutende Zahl von Eingriffen nicht gezählt werden. Aus der Formulierung, dass das „tatsächliche Leistungsgeschehen der Fachabteilung“ abgebildet werden soll, ergibt sich eindeutig, dass diese Eingriffe bei der durchführenden Fachabteilung angegeben werden müssen. Hierzu sind allerdings Auswertungen aus dem KIS-System über den § 21-Datensatz hinaus erforderlich.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Festlegung, dass alle im Berichtszeitraum durchgeführten Prozeduren aufgeführt werden sollen. Dies würde bedeuten, dass sich Diagnosen und Prozeduren nicht auf das gleiche Patientenspektrum beziehen, da 2005 durchgeführte Prozeduren der Überlieger aus dem Jahr 2005 nicht berücksichtigt werden dürfen, 2006 durchgeführte Prozeduren der Überlieger in das Jahr 2007 jedoch aufgenommen werden müssten. Sinnvoller wäre es, alle Auswertungen auf einer einheitlichen Basis von Behandlungsfällen durchzuführen und somit alle Prozeduren der im Jahr 2006 entlassenen Behandlungsfälle aufzunehmen. Dies wiederum ermöglicht die Verwendung eines einheitlichen Datensatzes zur Erstellung der Qualitätsberichte (Datensatz nach § 21 KHEntgG, 2006 entlassene Fälle mit Jahresüberliegern aus 2005). Im Hinblick auf die Problematik, dass die Überlieger aus dem Jahr 2005 nach der OPS-Version 2005 kodiert wurden, wäre zu empfehlen, die OPS-Kodes unter Verwendung der vom DIMDI erstellten Überleitungstabellen<sup>10)</sup> zu mappen.

Die Darstellung der Kompetenzprozeduren sollte analog zu den Kompetenzdiagnosen erfolgen und darf durchaus weit interpretiert werden. Zurückhaltung in der Frage, was als besondere Kompetenz bezeichnet werden darf, zahlt sich an dieser Stelle nicht aus.

Insgesamt sind zum Bereich der Darstellung von Diagnosen und Prozeduren noch Klarstellungen des G-BA erforderlich. Eindeutig scheint zu sein, dass nur der stationär erbrachte Teil des tatsächlichen Leistungsgeschehens der Fachabteilungen abgebildet wird.

Bei den ambulanten Behandlungsmöglichkeiten (B-8) besteht auf Fachabteilungsebene die Möglichkeit, auch kostenträgerindividuelle Vereinbarungen darzustellen (Integrierte Versorgung etc.).

Für die ambulanten Operationen nach § 115 b SGB V (B-9) besteht ein ähnliches Problem wie für die ambulanten Fallzahlen, da sie sich ausdrücklich auf die auf dieser Grundlage abgerechneten ambulanten Eingriffe bei gesetzlich Versicherten beschränken. Ambulante Eingriffe bei Privatpatienten sind somit ebenso wenig berücksichtigt wie Eingriffe im Rahmen berufsgenossenschaftlicher Abrechnung. Eine solche Fallzahl spiegelt die Erfahrung einer Abteilung nur unvollständig wider. Besser wäre es, diesen Punkt künftig auf alle ambulant durchgeführten Eingriffe auszudehnen. Angesichts der sich verändernden Behandlungsmöglichkeiten für Krankenhäuser im ambulanten Bereich sollte eine Fallzahldarstellung nach Möglichkeit nicht an aktuell geltende Abrechnungsmodalitäten geknüpft werden.

Der Punkt B-10 (Zulassung zum D-Arzt-Verfahren) ist eindeutig.

Die apparative Ausstattung (B-11), die im Qualitätsbericht für 2006 nur auf der Fachabteilungsebene angegeben wird, kann und sollte zu Mehrfachnennungen bestimmter technischer Geräte führen. Es ist jedoch ausdrücklich festgelegt, dass eine Beschränkung auf relevante Geräte (Großgeräte) erfolgen soll. So ist zum Beispiel ein CT in jeder Fachabteilung anzugeben, in der er öfter als nur in Ausnahmefällen zum Einsatz kommt (Neurologie, Chirurgie, Internistische Abteilungen etc.). Die zu erwartenden Auswertungen der Krankenkassen sollten trotzdem so angelegt sein, dass sie eine fachabteilungsübergreifende Darstellung technischer Geräte ermöglichen, um zu verhindern, dass in Einzelfällen der Eindruck entsteht, eine Abteilung verfüge nicht über entsprechende technische Möglichkeiten, wenn sie ein Großgerät nicht ausdrücklich erneut für ihre Abteilung aufgeführt hat. Gerade bei Großgeräten ist davon auszugehen, dass diese regelhaft von allen Fachabteilungen des Krankenhauses nach Bedarf genutzt werden können.

Angesichts der Entwicklung, auf zunehmenden Kostendruck zum Teil mit der Reduzierung von Personal zu reagieren, kann die Darstellung der personellen Ausstattung der Klinik (B-12) ein interessanter Qualitätsindikator werden. Die Darstellung soll in Vollkräften erfolgen, wobei sämtliches Personal, das unmittelbar an der Patientenversorgung beteiligt ist, berücksichtigt werden muss. Dies erfordert möglicherweise eine komplizierte Verteilung von Personal, das interdisziplinär eingesetzt wird (OP-Bereich). Zu diesem Personal wird in den Ausfüllhinweisen ausdrücklich auch das Personal der Radiologie als Beispiel genannt. Angesichts der Tatsache, dass jedoch alle medizinischen Fachabteilungen mit entsprechenden § 301er-Schlüsseln abgebildet werden, dürfte die Radiologie in zahlreichen Kliniken als eigene Fachabteilung im Bericht auftauchen, was mit der eigenen Darstellung ihres Personals einhergehen sollte. Somit ist zu klären, welche Angestellten nach der Darstellung aller Fachabteilungen noch nicht berücksichtigt sind. Es ist zu empfehlen, dieses Personal nach einem einfachen Schlüssel auf alle Fachabteilungen bzw. nur auf operative Fachabteilungen zu verteilen, da der Aufwand für dezidierte (zum Beispiel prozentuale) Zuordnungen kaum gerechtfertigt erscheint. Weil

davon ausgegangen werden muss, dass eine „ausreichende“ Personalausstattung als Qualitätsmerkmal gelten wird, sollte jedoch in jedem Fall sämtliches Personal außerhalb der dargestellten Fachabteilungen, das unmittelbar an der Patientenversorgung beteiligt ist, umgelegt werden. Insgesamt darf nur das am Krankenhaus angestellte Personal aufgeführt werden. Belegärzte bzw. konsiliarisch tätige Ärzte zählen nach der derzeitigen Vorgabe nicht dazu. Da keine anderweitigen Angaben gemacht werden, ist davon auszugehen, dass auch für den Personalbereich die Stichtagsregelung gilt, sodass das Personal aufgeführt werden muss, das am 31. Dezember 2006 angestellt war. Interessant ist die Frage, wie künftig mit Personal umzugehen ist, das nicht unmittelbar am Krankenhaus angestellt und nur nach Bedarf eingesetzt wird (Zeitarbeit, Konsiliarärzte etc.). Im Zuge solcher Veränderungen wäre zu erwägen, die Personalausstattung ggf. künftig über das Jahr gemittelt darzustellen bzw. auf das gesamte Personal auszudehnen, das vom Krankenhaus bezahlt wird. Aufgrund der zu erwartenden unterschiedlichen Verteilungen bleibt abzuwarten, ob diese Darstellung der Personalausstattung eine zuverlässige Grundlage für ein Benchmarking unterschiedlicher Krankenhäuser oder Fachabteilungen bietet.

### ■ Teil C: Qualitätssicherung

Teil C des Qualitätsberichtes umfasst die Teilnahme und die Dokumentationsrate im BQS-Verfahren (C-1.1), ggf. Ergebnisse aus dem BQS-Verfahren (C-1.2), die Teilnahme an externer Qualitätssicherung nach Landesrecht (C-2), die Qualitätssicherung bei der Teilnahme an Disease-Management-Programmen (C-3), die Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen Qualitätssicherung (C-4) und die Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung (C-5) inklusive ergänzender Angaben bei Nichtumsetzung (C-6). Dieser Bereich wird in den offiziellen Ausfüllhinweisen eindeutig beschrieben. Ob bzw. ggf. welche BQS-Qualitätsindikatoren im Qualitätsbericht 2006 berücksichtigt werden, steht zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht fest. Es ist davon aus-



**Wir organisieren Kliniken.**

ITeG 2007 - Halle 2.2, Stand B41

zugehen, dass der G-BA hierzu nach Vorliegen des Gutachtens der BQS bis Ende April Stellung nehmen wird.<sup>11)</sup> Die Aufnahme dieser Information in die Datenbankversion würde die erstmalige bundesweite Veröffentlichung der BQS-Daten bedeuten. Damit würden gleichzeitig erstmals Indikatoren der Ergebnisqualität in den Qualitätsbericht aufgenommen und somit bundesweit vergleichbar sein. Auch wenn es nur wenige Indikatoren betreffen wird, kann diese Entwicklung durchaus als Meilenstein in der Qualitätsdarstellung angesehen werden. Zunächst muss jedoch die Entscheidung des G-BA abgewartet werden. Interessant ist die Tatsache, dass die Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen Qualitätssicherung (C-4) nicht in die Datenbankversion aufgenommen wird. Diese Problematik wird nachfolgend näher erläutert.

### ■ Teil D: Qualitätsmanagement

In Abschnitt D des Qualitätsberichtes wird das Qualitätsmanagementsystem des Krankenhauses in Freitexten beschrieben. Die Vorgaben zu den Punkten D-1 bis D-6 sind eindeutig und könnten nur insofern zu Schwierigkeiten bei der Bearbeitung führen, dass gerade für größere Kliniken der zur Verfügung stehende Platz knapp bemessen ist. Es könnte zum Beispiel schwierig sein, alle Qualitätsmanagementprojekte des Krankenhauses (D-5) auf 20 000 Zeichen (entspricht etwa 7 Seiten DIN A4, Schriftgröße 12, Zeilenabstand 1,5) zu beschreiben. Daher empfiehlt es sich, auf andere Quellen zu verweisen (Homepage etc.) und hier nur einen groben Überblick zu geben. Die Tatsache, dass eine Zeichenbeschränkung vorgegeben wurde, erscheint für die pdf-Version widersprüchlich, wenn andererseits die Ausfüllhinweise als Mindestanforderungen verstanden werden sollen.

Wie bereits erwähnt, sollte jedoch die jeweilige Begrenzung berücksichtigt werden. Zusätzliche Informationen können, sofern sie in die pdf-Version eingehen sollen, durch eine Erweiterung der Gliederung angefügt werden. In die Datenbankversion werden sämtliche Informationen aus diesem Teil nicht aufgenommen. Da es sich nicht um eine strukturierte Vorgabe handelt, ist dies aus technischer Sicht nachvollziehbar, da ohnehin keine Vergleichbarkeit bestehen würde. Aus inhaltlicher Sicht ist es allerdings nur schwer nachvollziehbar, dass diese Informationen, die zumindest eine Auseinandersetzung mit dem Thema Qualität dokumentieren, nur in den pdfs berücksichtigt werden. Dies ist vor allem unter dem Aspekt bedauerlich, dass die Papierform der Berichte bzw. die pdf-Versionen angesichts der zu erwartenden datenbankbasierten Auswertungen wohl nahezu bedeutungslos sein werden. Zumindest werden die Informationen zum Qualitätsmanagement der Krankenhäuser in der gegebenen Konstellation deutlich unterrepräsentiert sein.

– Anzeige –

## Bewertung

Es ist zu erwarten, dass die Qualitätsberichte 2007 eine deutliche Verbesserung gegenüber den Berichten für das Jahr 2005 darstellen werden. Zahlreiche Aspekte sind unter Berücksichtigung der gesammelten Erfahrungen konkretisiert bzw. verändert worden und auch die technische Verwendbarkeit wird durch die Vorgabe der xml-Version nun eindeutig erleichtert. Die maschinenlesbaren Berichte werden Grundlage für eine Vielzahl von internetbasierten Krankenhaussuchmaschinen sein, wie sie zum Teil auf einfacherer Datenbasis bereits heute existieren. Mit der Verfügbarkeit einer breiteren Datenbasis wird die Aussagekraft der Daten und somit auch das Interesse der Patienten an solchen Auswertungen wachsen. Es ist daher bei der Erstellung des Qualitätsberichtes krankenseitig sehr genau auf vollständige und umfassende Angaben zu achten. Dabei sind auch Sachverhalte aufzuführen, die aus klinischer Sicht möglicherweise selbstverständlich erscheinen (zum Beispiel die Angabe, dass in einer chirurgischen Abteilung laparoskopische Eingriffe durchgeführt werden, siehe Auswahlliste).

Wie bereits angedeutet, steht zu befürchten, dass die pdf-Versionen an Bedeutung verlieren werden. Sie stellen somit eine Zwischenform zwischen technisch verwertbaren und datenbankbasiert vergleichbaren Daten einerseits und Patienteninformationen (Broschüren etc.) andererseits dar, wobei sie keines der beiden Formate sinnvoll ausfüllen. Im Rahmen der Weiterentwicklung wäre zu erwägen, die beiden Versionen weiter voneinander abzukoppeln und dabei einerseits genau definierte Anforderungen für die Datenbankversion und andererseits nur sehr allgemein gefasste Vorgaben für die pdf-Version zu machen.

## Zusammenfassung

*Mit der Veröffentlichung der Ausfüllhinweise durch den G-BA hat die „heiße Phase“ für die Erstellung der strukturierten Qualitätsberichte für das Jahr 2006 begonnen. Aus den Erfahrungen mit der ersten Auflage der Berichte wissen die meisten Krankenhäuser inzwischen, dass die Zeit bis zum Abgabetermin knapp ist – auch wenn dieser in diesem Jahr auf den 31. August verschoben wurde. Die Vorgaben der Selbstverwaltung sind deutlich konkreter als 2004, aber auch die Ansprüche an die Krankenhäuser sind gewachsen. Dies nicht zuletzt dadurch, dass der Bericht in maschinenlesbarer Form erstellt werden muss. Was in manchem Krankenhaus durchaus zu technischen Problemen führen kann, bedeutet für die Qualitätsberichte eine deutliche „Wertsteigerung“. Dies zumindest unter der Einschränkung, dass Qualität nach wie vor fast ausschließlich anhand von Strukturparametern und Fallzahlen dargestellt wird. Einen Lichtblick in dieser Frage bieten die Berichte für 2006 jedoch: Auch wenn die endgültige Entscheidung noch aussteht, ist davon auszugehen, dass zumindest einzelne Ergebnisse aus dem BQS-Verfahren in den Berichten zu finden sein werden und somit erstmals echte Qualitätsindikatoren aufgenommen werden. Trotz aller Einschränkungen, die bei der Interpretation solcher Daten zu berücksichtigen sind, ist dies letztlich die einzige Möglichkeit, Qualität darzustellen und so einen Wettbewerb um Qualität als Gegengewicht zum zunehmenden Kostendruck entstehen zu lassen.*

Interessant sind die Qualitätsberichte bzw. die zu erwartenden Datenbanken auch hinsichtlich der Möglichkeit, Wettbewerbsanalysen bzw. Auswertungen zur regionalen Versorgungssituation anzustellen. Inwiefern dies tatsächlich möglich sein wird, hängt jedoch maßgeblich davon ab, in welcher Form die Daten öffentlich zur Verfügung gestellt werden. Ob auch die Patienten, die die eigentliche Zielgruppe darstellen, einen Nutzen aus den Qualitätsberichten ziehen, ist fraglich. Wie eine Literaturanalyse der Bertelsmann Stiftung zuletzt verdeutlichte, erfüllen die Berichte das Informationsbedürfnis der Patienten kaum.<sup>12)</sup> Darüber kann auch die technische Weiterentwicklung der Qualitätsberichte nicht hinwegtäuschen.

## Literatur

- 1) Anlage 1 zur Vereinbarung gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser, Bundesanzeiger Nr. 233 (S. 7258) vom 12. Dezember 2006
- 2) Anlage 2 zur Vereinbarung gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser – Ausfüllhinweise vom 21. Februar 2007, www.g-ba.de, download 23. Februar 2007
- 3) Becker, A.; Beck, U.: Markt- und Konkurrenzanalyse auf der Basis des Qualitätsberichts nach § 137 SGB V, das Krankenhaus 3/2006, 203-209
- 4) Streuf, R.; Selbmann, H.-K.: Werden die Berichte von 2007 besser als die von 2005?, Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 2007, (12), 12-16
- 5) FAQ zum strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V, Stand 11. Juli 2005, Seite 9, <http://www.bkk.de/bkk/powerslave.id,771,nodeid,html>, download vom 4. März 2007
- 6) Leber, W.-D.: 7 Jahre DRGs in Deutschland – alles schon Routine?, Vortrag 3M Health Care Forum, Neuss, 28. September 2006, [http://solutions.3m.com/wps/portal/3M/de\\_DE/his/drg/service-support/events/download-presentations/](http://solutions.3m.com/wps/portal/3M/de_DE/his/drg/service-support/events/download-presentations/), download vom 4. März 2007
- 7) [http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/qualitaetsicherung/qualitaetsberichte/pop\\_klassifikationen/](http://www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/krankenhaus/qualitaetsicherung/qualitaetsberichte/pop_klassifikationen/)
- 8) <http://www.qualitaetsberichte.net/ugskwiki>
- 9) siehe auch <http://de.wikipedia.org/wiki/Wiki>
- 10) Überleitungstabelle zwischen dem amtlichen OPS ohne Erweiterungskatalog Version 2005 und dem amtlichen OPS ohne Erweiterungskatalog Version 2006, www.dimdi.de
- 11) Vorabinformation zur Datensatzbeschreibung und den Ausfüllhinweisen zum Strukturierten Qualitätsbericht gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V vom 9. Februar 2007, <http://www.dkgev.de/dkgev.php/cat/75/aid/2295/title/Vorabinformation+zur+Datensatzbeschreibung+und+den+Ausfu%FCllhinweisen+zum+Strukturierten+Qualitaetsbericht+gem%E4%DF+%A7+137+Abs.+1+Satz+3+Nr.+6+SGB+V>, download vom 4. März 2007
- 12) Altenhöfer, T. et al.: Was wollen Patienten wissen?, Krankenhaus umschau, 2/2007, 111-112

### Anschrift der Verfasser:

Dr. Ludwig Siebers/Dr. Jan Helling/  
Dr. Holger Bunzemeier/Dr. Beate Wolter MSHM/  
DRG-Research-Group, Universitätsklinikum Münster/  
Prof. Dr. Norbert Roeder, Ärztlicher Direktor,  
Universitätsklinikum Münster,  
Domagkstraße 20, 48129 Münster ■

## Digitales Diktieren: Maßgeschneiderte Lösungen von consense

Digitales Diktieren ist inzwischen in vielen Einrichtungen nicht mehr wegzudenken. Etabliert hat sich die Technik vor allem in Gebieten, in denen umfangreiche Gutachten in Texte umgewandelt werden, die weiter verarbeitet oder archiviert werden. So hat sich das Gesundheitswesen als einer der erfolgreichen Anwendungsbereiche herausgestellt.

Die consense Unternehmensberatung ist nun seit mittlerweile 2 Jahren aktiv in Beratung und Support von digitalen Diktieranwendungen tätig. Dabei steht für die Frankfurter nach wie vor der Kundennutzen im Vordergrund. consense unterstützt Kunden bei der Anforderungsaufnahme, Planung und Implementierung von Produkten. In enger Abstimmung mit den Anwendern, und unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Systeme, setzt consense individuelle Lösungen auf. Optional bietet consense in Partnerschaft mit anerkannten Spracherkennungsanbietern die neuesten Technologien für nahtlos integrierte Spracherkennungs-Lösungen an.

Die Beratung erfolgt Hersteller unabhängig. Lediglich auf WinScribe als Software-Lösung hat sich consense spezia-

lisiert: Speziell im medizinischen Bereich können Diktate mit dem System basierend auf der WinScribe-Software ganz nach Bedarf an beliebigen Orten über einen PC, ein Tonwahl-Telefon (intern oder extern), einen digitalen Hand-Recorder oder über das Internet aufgezeichnet werden.

Mit der neuesten Version 3.7 bietet WinScribe nicht nur Microsoft Vista Kompatibilität und erweiterte Netzwerklösungen, sondern auch ein komplett integriertes Client- oder Server-

basiertes Spracherkennungssystem mit der aktuellen Dragon NaturallySpeaking Version 9 von Nuance. Damit bietet WinScribe noch mehr Flexibilität und eine noch breitere Auswahl von Hardware Integrationen: So etwa die neue Philips DPM 9600 Serie oder auch eine volle Citrix- und Terminal-Server-Lösung.

Eine gute Gelegenheit das Leistungsspektrum von consense

kennen zu lernen bietet dazu die Messe ITeG 2007, an der consense gemeinsam mit WinScribe die aktuelle Version der WinScribe-Lösung vorstellt: ITeG, 17.-19.4.2007 in Berlin, Halle 1.2, Stand 1.2-B06.

[www.consense.de/www.winscribe.com](http://www.consense.de/www.winscribe.com)

