

**Tragende Gründe**  
**zur**  
**Neufassung**  
**der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V**  
**über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts**  
**für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser**

vom 17. Oktober 2006

**Inhalt**

<b>I. Hintergrund</b>	<b>2</b>
1. Gesetzliche Grundlagen	2
2. Eckpunkte und Verfahrensablauf	2
<b>II. Ziele und wesentliche Änderungen</b>	<b>3</b>
1. Vereinbarung	3
2. Anlage 1	3
3. Anlage 2	4
<b>III. Zur Bedeutung der einzelnen Regelungen</b>	<b>5</b>
1. Vereinbarung	5
2. Anlage 1	5

## **I. Hintergrund**

### **1. Gesetzliche Grundlagen**

Auf der Grundlage von § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss die zum 1. Dezember 2003 in Kraft getretene Vereinbarung über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser am 17. August 2004 übernommen. In dem Qualitätsbericht ist der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach den Nummern 1 und 2 sowie der Umsetzung der Regelungen nach Nummer 3 von § 137 Absatz 1 SGB V darzustellen. Die Vereinbarung und Anlage 1 zur Vereinbarung werden mit Beschluss vom 17. Oktober 2006 neu gefasst.

### **2. Eckpunkte und Verfahrensablauf**

Die bisherige Vereinbarung beinhaltet Ziele der Qualitätsberichterstattung, den Regelungszweck und Maßgaben zur Erstellung und Veröffentlichung des Qualitätsberichts. Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts werden in Anlage 1 zu dieser Vereinbarung vorgegeben. Anlage 2 zu dieser Vereinbarung beinhaltet Ausfüllhinweise, die bei der Erstellung des Qualitätsberichts zu beachten sind. Diese Anlagen sind gemäß der Vereinbarung regelmäßig zu überprüfen und fortzuschreiben.

Der Qualitätsbericht war erstmals für das Jahr 2004 von den Krankenhäusern zu erstellen und bis 30. September 2005 durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie den Verband der privaten Krankenversicherung im Internet zu veröffentlichen. Da der Qualitätsbericht gemäß den gesetzlichen Vorgaben im Abstand von zwei Jahren zu erstellen ist, erfolgt die nächste Veröffentlichung im Jahr 2007 für das Berichtsjahr 2006. Im November 2005 hat der Unterausschuss Sonstige stationäre Qualitätssicherung im Rahmen eines Workshops erste Erfahrungen mit der Qualitätsberichterstattung und der Veröffentlichung von Qualitätsberichten beraten. Auf Basis einer Stichprobenauswertung und erster Erfahrungsberichte von Krankenkassen, Krankenhäusern und Patientenvertretern wurde der Verbesserungsbedarf diskutiert. Eine systematische Befragung von Nutzern wurde nicht durchgeführt, da die Veröffentlichungsfrist für die Qualitätsberichte zu diesem Zeitpunkt erst seit wenigen Wochen verstrichen war und noch nicht mit einer breiten Nutzung dieses neuen Informationsmediums zu rechnen war.

Im Dezember 2005 hat der Unterausschuss eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die die Vorgaben an Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts auf Grundlage des im Unterausschuss identifizierten Verbesserungsbedarfs und unter Berücksichtigung externer Stellungnahmen bis Juli 2006 überarbeitet hat. Im September 2006 verständigte sich der Unterausschuss einvernehmlich über die Änderung der Vereinbarung sowie die Neufassung von Anlage 1. Dabei wurden auch konkrete Ausfüllhinweise zu den neu gefassten Inhalten des Qualitätsberichts formuliert. Eine abschließende Neufassung der Ausfüllhinweise muss noch erfolgen, die bisherigen Ausfüllhinweise (Anlage 2) verlieren mit der Beschlussfassung zur Änderung der Vereinbarung und von Anlage 1 ihre Gültigkeit.

## **II. Ziele und wesentliche Änderungen**

### **1. Vereinbarung**

Die Ziele des Qualitätsberichts sind in § 1 der Vereinbarung formuliert. Er soll der Information von Patienten und Versicherten dienen, den einweisenden und im Anschluss an die Krankenhausbehandlung weiter betreuenden Ärzten sowie den Krankenkassen eine Orientierungshilfe bieten und für Krankenhäuser die Möglichkeit eröffnen, Leistungen und Qualität darzustellen. Somit dient der Qualitätsbericht der Information und Transparenz auf dem Gebiet der Krankenhausbehandlung und kann zugleich für Krankenhäuser ein Wettbewerbsinstrument darstellen. Die Vereinbarung zum Qualitätsbericht schafft hierzu einheitliche Rahmenbedingungen und verbindliche Regeln, um Versicherten und Patienten sowie den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen Zugang zu glaubwürdigen Informationen zu sichern und den Krankenhäusern einheitliche Voraussetzungen für die Darstellung von Wettbewerbsfaktoren zu gewährleisten. Zu den einzelnen Änderungen der Vereinbarung siehe Ziffer III.

### **2. Anlage 1**

Bei der Auswertung der Qualitätsberichte hat sich gezeigt, dass die bisherige Gliederung in den so genannten „Basisteil“, der die Struktur- und Leistungsdaten enthält, und einen „Systemteil“, in dem das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement beschrieben wird, nicht zweckmäßig ist und zudem die Bezeichnungen „Basisteil“ und „Systemteil“ keinen logischen Bezug zu den dort hinterlegten Inhalten haben. Diese Trennung wird daher aufgehoben.

Um eine bessere Übersicht zu schaffen und darüber hinaus die teilweise interdisziplinären Organisationsstrukturen von Krankenhäusern besser als bisher abbilden zu können, wird der Qualitätsbericht so strukturiert, dass künftig übergeordnete krankenhausbefugte Struktur- und Leistungsdaten im ersten Abschnitt (Teil A) und spezielle Struktur- und Leistungsdaten abteilungsbezogen bzw. - je nach der Organisationsform - auf die jeweilige Organisationseinheit bezogen (Teil B) darzustellen sind. Die bisherige Untergliederung in „allgemeine“, „fachabteilungsbezogene“ und „fachabteilungsübergreifende“ Struktur- und Leistungsdaten entfällt.

Spezielle Maßnahmen der Qualitätssicherung werden in einem gesonderten Teil C dargestellt. Das Qualitätsmanagement wird zusammenfassend in einem Teil D dargestellt.

Dem Qualitätsbericht wird ein Inhaltsverzeichnis vorangestellt, außerdem ist künftig eine Einleitung vorgesehen, in dem das Krankenhaus kurz vorgestellt werden kann und Verantwortliche für den Qualitätsbericht sowie Ansprechpartner genannt werden sollen.

Um insgesamt eine bessere Orientierung und Vergleichbarkeit herzustellen, wird durch eine Reihe von Ausfüllhinweisen und Auswahllisten für einige Bereiche des Qualitätsberichts ein höherer Standardisierungsgrad erzeugt. Dort wo es sinnvoll erscheint, werden dagegen Freiräume geschaffen für individuelle Darstellungen, so z.B. der Organisationsstruktur des Krankenhauses oder für besondere Kompetenzen, die aus dem Leistungsspektrum eines Krankenhauses hervorgehoben werden sollen.

Zukünftig werden zwei Versionen des Qualitätsberichts zur Verfügung gestellt: eine maschinenlesbare Datenbankversion, die im Rahmen von Datenbanktools eine strukturierte Darstellung der Angaben ermöglicht und vergleichenden Auswertungen zugänglich ist, und eine aus diesen Daten zu generierende Leseversion, die im Internet als PDF-Datei zu veröffentlichen ist. Mit dieser Änderung soll den unterschiedlichen Interessen und Informationsbedürfnissen der Zielgruppen Rechnung getragen werden.

### 3. Anlage 2

Mit der Neufassung von Anlage 1 werden die bisherigen Ausfüllhinweise obsolet.

### **III. Zur Bedeutung der einzelnen Regelungen**

#### **1. Vereinbarung**

Zu § 4 Abs. 1 und 3 (vormals Abs. 2):

Da die Ergebnisse der Bundesauswertung der BQS aus dem Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung erst jeweils im Juni eines Jahres vorliegen bzw. jeweils im August zur Veröffentlichung freigegeben werden und Ergebnisse der externen vergleichenden Qualitätssicherung in den Qualitätsbericht Eingang finden, wird die Frist für die Erstellung, Übermittlung und Veröffentlichung des Qualitätsberichts um zwei Monate verlängert. Es wird klargestellt, dass die Qualitätsberichte auch spätestens mit Ablauf der Erstellungsfrist zu übermitteln sind.

Zu § 4 Abs. 2 (neu):

Da in der Vereinbarung Maßnahmen für den Fall vorgesehen sind, dass Qualitätsberichte nicht vereinbarungsgemäß erstellt und übermittelt werden, wird definiert, was als vereinbarungsgemäße Lieferung anzusehen ist.

Zu § 4 Abs. 5 (neu):

Um den Interessen und Informationsbedürfnissen der unterschiedlichen Zielgruppen Rechnung zu tragen, sind zwei Versionen des Qualitätsberichts zur Verfügung stellen: eine maschinenlesbare Datenbankversion, die im Rahmen von Datenbanktools eine strukturierte Darstellung der Angaben ermöglicht und vergleichenden Auswertungen zugänglich ist, und eine aus diesen Daten zu generierende Leseversion, die im Internet als PDF-Datei zu veröffentlichen ist. Da gemäß Protokollnotiz vom 17. August 2004 auch bisher eine maschinenlesbare Fassung des Berichts zu übermitteln war, allerdings kein einheitliches maschinenlesbares Format festgelegt wurde, konnte der Zweck der elektronisch gestützten Auswertung nur sehr eingeschränkt erfüllt werden. Aus diesem Grunde wird ein einheitliches Datensatzformat für die Datenbankversion festgelegt.

#### **2. Anlage 1**

Die wesentlichen Änderungen in Teil A sind:

- Darstellung der Organisationsstruktur des Krankenhauses in tabellarischer oder grafischer Form (Organigramm),

- tabellarische Darstellung fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkte, medizinisch-pflegerischer Leistungsangebote und allgemeiner nicht-medizinischer Serviceangebote unter Verwendung von Auswahllisten,
- Verzicht auf die Auflistung der TOP-30 DRG des Gesamtkrankenhauses.

Darüber hinaus werden folgende Einzelregelungen geändert oder ergänzt:

A-4:

Die Angabe des Krankenhausträgers dient der schnelleren Orientierung und kann bei einer differenzierten Auswertung berücksichtigt werden.

A-5:

Im Falle eines akademischen Lehrkrankenhauses soll auch die Universität angegeben werden, damit erkennbar ist für welche Universität das Krankenhaus Aufgaben der Lehre bzw. der klinischen Ausbildung von Studierenden im Praktischen Jahr übernimmt.

A-11:

Ergänzend zu A-5 können auch Informationen zu Forschungsschwerpunkten, akademischer Lehre und Ausbildungen in anderen Heilberufen dargestellt werden, weil dies im Einzelfall für die Auswahl oder Beurteilung eines Krankenhauses von Interesse sein kann.

A-13:

Zur korrekten Information über die ambulanten Fallzahlen werden die unterschiedlichen Zählweisen differenziert dargestellt.

Die wesentlichen Änderungen in Teil B sind:

- Tabellarische Darstellung von Versorgungsschwerpunkten, der medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote und der allgemeinen nicht-medizinischen Serviceangebote der jeweiligen Organisationseinheit bzw. Fachabteilung unter Verwendung von Auswahllisten,
- Verzicht auf die Auflistung der TOP-10 DRG der Fachabteilungen,
- Darstellung der häufigsten Hauptdiagnosen und durchgeführten Prozeduren unter Angabe des ICD-10 Schlüssels bzw. des OPS-Schlüssels sowie Darstellung weiterer so genannter „Kompetenzdiagnosen“ und „Kompetenzprozeduren“ mit Angabe der jeweiligen Fallzahlen,

- eine ausführlichere Darstellung der ambulanten Behandlungsmöglichkeiten,
- die Darstellung der apparativen Ausstattung der jeweiligen Organisationseinheit bzw. Fachabteilung unter Verwendung von Auswahllisten,
- die personelle Ausstattung in Vollkräften und die Personalqualifikation in den jeweiligen Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen einschließlich der Fachexpertise.

Darüber hinaus werden folgende Einzelregelungen geändert oder ergänzt:

B-[X].1:

Zur leichteren Orientierung werden nicht nur die Kontaktdaten des Krankenhauses, sondern auch die der jeweiligen Organisationseinheit bzw. Fachabteilung angegeben. Zudem wird nach Haupt- oder Belegabteilung bzw. gemischte Haupt- und Belegabteilung unterschieden, um eine differenzierte Auswertung zu ermöglichen.

B-[X].5:

Da zur Abbildung des Leistungsspektrums einer Organisationseinheit bzw. Fachabteilung auch die Anzahl der dort behandelten Patienten gehört, wird die Fallzahl nicht nur für das gesamte Krankenhaus, sondern auch differenziert nach Organisationseinheit bzw. Fachabteilung dargestellt.

B-[X].12:

Zur Erläuterung der personellen Ausstattung bzw. der Personalqualifikationen dienen Kommentarspalten. Mit der einheitlichen Vorgabe, die Anzahl der Beschäftigten in Vollkräften anzugeben, werden bisher unterschiedliche Darstellungsformen für den ärztlichen Dienst und den Pflegedienst standardisiert. Darüber hinaus wird auch weiteres therapeutisches Personal in der Darstellung berücksichtigt. Bei der Darstellung der Ärzte werden auch Belegärzte berücksichtigt. Da insbesondere auch die in einer Organisationseinheit bzw. Fachabteilung vorhandene fachliche Qualifikation von Interesse ist, können hierzu spezielle Angaben gemacht werden.

Die Angaben zur Fortbildung der Fachärzte gemäß § 6 Abs. 3 der Vereinbarung des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärzte im Krankenhaus sind erstmals für das Berichtsjahr 2010 verpflichtend. Aus diesem Grunde enthält Anlage 1 der Vereinbarung über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts noch keine diesbezüglichen Vorgaben.

Die wesentlichen Änderungen in Teil C sind:

- Die Teilnahme an den verpflichtenden und an weiteren Maßnahmen der externen vergleichenden Qualitätssicherung mit Angabe der Fallzahlen, der Dokumentationsraten und von Ergebnissen ausgewählter Qualitätsindikatoren, jeweils mit der Möglichkeit einer Kommentierung bzw. Erläuterung,
- eine gekürzte und übersichtlichere Darstellung der Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V.

Insbesondere folgende Einzelregelung wird ergänzt:

C-1.2:

Für die Darstellung von Ergebnissen für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren wird eine neue Tabelle zur Angabe des Leistungsbereichs, der Dokumentationsrate, des Qualitätsindikators, der BQS-Kennzahl und des Ergebnisses eingefügt. Es besteht die Möglichkeit zur Kommentierung.<sup>1</sup>

Die wesentlichen Änderungen in Teil D sind:

- Die Unterstützung einer strukturierten Darstellung des Qualitätsmanagements durch Ausfüllhinweise zu den Punkten „Qualitätspolitik“, „Qualitätsziele“, „Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements“, „Instrumente des Qualitätsmanagements“, „Qualitätsmanagement-Projekte“ und „Bewertung des Qualitätsmanagements“.

---

<sup>1</sup> Ob die Darstellung auf verpflichtender oder freiwilliger Basis erfolgt, ist zum Zeitpunkt der Erstellung der Beschlussvorlage offen, ebenso wie die konkreten Vorgaben zur Auswahl der Qualitätsindikatoren und Art der Ergebnisdarstellung.