

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Neufassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Änderungen für den Qualitätsbericht 2012

Vom 16. Mai 2013

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
3.	Wesentliche Änderungen im Einzelnen	3
4.	Verfahrensablauf	16
5.	Fazit.....	17
6.	Anlagenverzeichnis.....	18

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V einen Beschluss über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zu fassen. In dem Qualitätsbericht ist der Stand der Qualitätssicherung, insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 137 Abs. 1 SGB V sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V darzustellen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

2.1. Anlass der Beratungen

Anlass der Überarbeitung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) waren erstens die dem G-BA mitgeteilten und vorliegenden Erfahrungen mit der Erstellung und Übermittlung der Qualitätsberichte über das Jahr 2010. Die eingegangenen externen Fragen und Anregungen, eine „Memo-Liste“ der G-BA-Mitglieder aus dem Zeitraum der vorangegangenen Änderung der Qb-R sowie die Umsetzung der Qb-R durch die Krankenhäuser im Berichtsjahr 2010 wurden gezielt analysiert und bei der Überarbeitung berücksichtigt.

Zum zweiten wurden auch die Ergebnisse des Forschungsauftrags zur Evaluation der Qualitätsberichte auf der Basis einer Krankenhaus-, Patienten- und Einweiserbefragung durch das Institut für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke zur Jahresmitte 2010 sowie weiterer wissenschaftlicher Publikationen zum Qualitätsbericht in die Überarbeitung der Qb-R mit einbezogen.

Zum dritten wurde die Änderung der Qb-R vor dem Hintergrund zweier neuer gesetzlicher Bestimmungen beraten: Mit dem am 28. Juli 2011 beschlossenen Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze (IfSGuaÄndG) wurde der G-BA im geänderten § 137 SGB V beauftragt,

- in seine Qb-R verstärkt Anforderungen zur Informationen über den Stand der Hygiene in den Krankenhäusern und zur Verbesserung dieser Informationen aufzunehmen (neuer Absatz 1b) sowie
- den Rhythmus der Qualitätsberichterstattung ab dem Jahr 2013 von zwei Jahren auf ein Jahr zu verkürzen (geänderter Absatz 3 Nr. 4).

Angesichts des damit zu erwartenden bürokratischen Mehraufwands für die Krankenhäuser wandte sich das Bundesministerium für Gesundheit mit der Anregung an den G-BA, auch über Möglichkeiten der Reduzierung der Inhalte des Qualitätsberichts und des Aufwands für die Krankenhäuser zu beraten.

Schließlich wurden zum vierten redaktionelle Anpassungen für das neue Berichtsjahr 2012 vorgenommen.

Um bei dieser umfassenden Neugestaltung der Qb-R einen übersichtlichen und für die Adressaten unmittelbar nachvollziehbaren Beschluss fassen und veröffentlichen zu können, wurde statt einer Änderung eine Neufassung der Regelungen beschlossen. In den vorliegenden Tragenden Gründen werden die maßgeblichen Änderungen zur Vorversion der Qb-R dargestellt.

3. Wesentliche Änderungen im Einzelnen

3.1.1. Regelungsrumpf

Zu § 2 Gegenstand der Regelungen

Bereits nach den bisherigen Qb-R hatten Krankenhäuser den Qualitätsbericht in der Regel für jeden nach § 108 zugelassenen Standort einzeln zu erstellen, um eine unverfälschte Darstellung der Leistungen und Qualität des Krankenhauses und seiner Standorte zu ermöglichen. Die Praxis zeigte jedoch, dass die berichtenden Krankenhäuser die Regelungen sehr unterschiedlich auslegten und von dem Grundsatz der standortbezogenen Berichterstattung abwichen. Teilweise wurden nicht die vom G-BA intendierten Standortberichte, sondern standortübergreifende Qualitätsberichte erstellt.

Die Änderungen in Absatz 2 dienen daher einer Klarstellung der Regelungen: Zugelassene Krankenhäuser, die Krankenhausleistungen an unterschiedlichen Standorten erbringen, sind nun für jeden Standort berichtspflichtig, darüber hinaus ist ein Gesamtbericht für das Krankenhaus einschließlich aller seiner etwaigen Standorte zu erstellen.

Der Standortbegriff ist dabei im Sinne der Landeskrankenhauspläne zu verstehen, welche die zugelassenen Krankenhäuser mit ihren Standorten (im Krankenhausplan oft als Betriebsstätten bezeichnet) ausweisen. Die Verpflichtung, standortbezogene Unterberichte zu erstellen, dient dem Patienten- und Einweiserinteresse, Informationen über die Einrichtung zu erhalten, in der konkret eine geplante Behandlung erfolgen soll – und zwar unabhängig von etwaigen betrieblichen Strukturen wie Zusammenschlüssen von an verschiedenen Orten gelegenen Einrichtungen zu einem Krankenhaus nach § 108 SGB V. Sofern diese Einrichtung ein nach der Krankenhausplanung ausgewiesener Standort ist, soll eine Information auch gerade über diese Einheit gegenüber den Patienten und Patientinnen sowie den einweisenden Ärzten und Ärztinnen erfolgen.

Ergänzend sei angemerkt: Die Qualitätsberichte dienen der Qualitätstransparenz von Patienten und Patientinnen wie einweisenden Ärzten und Ärztinnen. Ein wesentliches Orientierungsmerkmal kann dabei die Entwicklung von wesentlichen Daten im Zeitverlauf sein, etwa wenn Qualitätsverbesserungsmaßnahmen der Krankenhäuser eine langfristige Verbesserung von Qualitätsindikatoren bewirken oder wenn ein langfristiger Personalabbau in den Personalzahlen deutlich wird. Derzeit sind derartige Längsschnitt-Betrachtungen für zahlreiche Krankenhäuser deutlich erschwert, da große Häuser mit mehreren Standorten von Bericht zu Bericht andere Zusammenfassungen und Zuordnungen ihrer jeweiligen Standorte vornehmen können.

Der gemeinsam für alle Standorte des Krankenhauses zu erstellende Qualitätsbericht (Gesamtbericht) enthält die kumulativen Daten aller etwaigen Einzelberichte und dient dazu, das Krankenhaus als organische Einheit darzustellen. Der Gesamtbericht ermöglicht es, synoptische Informationen über das gesamte Krankenhaus und seiner zugehörigen Standorte einfach und übersichtlich darzustellen. Darüber hinaus erlaubt er eine konstante zeitliche Zuordnung der Leistungen, falls Krankenhäuser Leistungen über die verschiedenen Berichtsjahre hinweg an unterschiedlichen Standorten erbringen.

Die Ausführungen der Regelungen einschließlich ihrer Anlagen gelten für sämtliche von den Krankenhäusern zu erstellenden Berichte, also sowohl für den Gesamtbericht als auch für die zu erstellenden Standortberichte.

Hieraus ergeben sich zahlreiche Folgeänderungen in den Anlagen 1 und 2 (s.u.), die im Folgenden nicht wiederholt bei den Einzelstellen Erwähnung finden.

Zu § 3 Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts

In § 3 Abs.1 der Regelungen wird eine redaktionelle Änderung vorgenommen, indem die Auflistung der zu berücksichtigenden gesetzlichen Bestimmungen um die mit dem IfSGuaÄndG verbundenen Bestimmungen zum Thema Hygiene gemäß § 137 Abs. 1b SGB V ergänzt wird.

Zu § 4 Datenformat des Qualitätsberichts

Der Gemeinsame Bundesausschuss verzichtet darauf, die Krankenhäuser zur Anfertigung von Qualitätsberichten im PDF-Format zu verpflichten und reduziert damit den Aufwand für die Krankenhäuser bei der Berichterstellung.

Die PDF-Qualitätsberichte verlieren zudem an Bedeutung, da den Adressaten und Adressatinnen der Berichte mittlerweile adäquatere Such- und Informationsmöglichkeiten über die Internetportale zur Verfügung stehen: Durch die Erfassung der Krankenhausdaten in einem standardisierten Datensatzformat (xml, Extensible Markup Language) wird eine einfache maschinelle Aufbereitung und eine zielgerichtete Vergleichbarkeit der Daten unter Nutzung moderner elektronischer Medien als Grundlage für eine Krankenhausauswahl ermöglicht. Durch die Option, an geeigneter Stelle in den Qualitätsberichten auf die Internetpräsenz der Krankenhäuser und deren Abteilungen hinzuweisen, wird eine einfache Möglichkeit für die Nutzer und Nutzerinnen geschaffen, weitergehende individuelle Informationen über das Krankenhaus zu erhalten.

Aus der diesbezüglichen Novellierung der Regelungen ergeben sich diverse Folgeänderungen in Anlage 1 (s.u.).

Zu § 5 Frequenz und Bezugszeitraum des Qualitätsberichts

In § 5 wird der mit dem IfSGuaÄndG verbundenen gesetzlichen Änderung des § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V Rechnung getragen, dass der Rhythmus der Qualitätsberichterstattung ab dem Jahr 2013 von zwei Jahren auf ein Jahr verkürzt wird. Da gemäß bisheriger Gesetzeslage der Qualitätsbericht jeweils über die Jahre mit geraden Jahreszahlen (Berichtsjahr) zu erstellen war, ergibt sich somit bereits ab dem Qualitätsbericht über das Jahr 2012 ein jährlicher Rhythmus.

Zu § 6 Verfahren und Fristen der Übermittlung des Qualitätsberichts

Die erste Änderung in § 6 Abs. 1 ist eine redaktionelle Anpassung aufgrund der Anpassung an nur noch ein zu lieferndes Datensatzformat.

Um den logistischen und bürokratischen Aufwand der jährlichen Qualitätsberichterstattung möglichst gering zu halten und den Krankenhäusern mehr Zeit zur Berichterstellung einzuräumen, wird die bisher festgelegte erste Übermittlungsfrist vom 15. Juli des Erstellungsjahres aufgehoben.

Stattdessen gilt nun für das gesamte ordnungsgemäße Datenübermittlungsverfahren ab dem Berichtsjahr 2013 eine geänderte Frist bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres. Damit wird jedoch gleichzeitig die bisherige Möglichkeit einer Datennachlieferung oder -korrektur aufgehoben.

Dieses neue in § 6 normierte Verfahren wurde als ein angemessener Kompromiss aus dem Zeitbedarf des Krankenhauses für die Berichterstellung und dem Bedürfnis der Öffentlichkeit nach möglichst aktuellen Informationen über die Krankenhäuser betrachtet. Dabei wurde beispielsweise berücksichtigt, dass sich mit dem Verzicht auf das pdf-Format des Qualitätsberichts der Aufwand für die Krankenhäuser und Softwarehersteller reduziert, so dass selbst für den Berichtsteil C-1 (Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V) eine um zwei Wochen vorgezogene Datenübermittlung möglich wird. Ferner wurde berücksichtigt, dass die Betreiber der

Internetportale mehr Zeit benötigen, um bis zur festgelegten Veröffentlichungsfrist der Daten eine gründlichere Plausibilitätsprüfung durchführen zu können als bisher und so das Informationsangebot qualitativ zu verbessern.

Für das Berichtsjahr 2012 wird aufgrund der späten Veröffentlichung der G-BA-Vorgaben ein abweichender Abgabezeitraum festgelegt, um den Softwareherstellern und den Berichterstellern ausreichend Zeit bis zur Berichtsabgabe einzuräumen.

Der Bedarf einer Option zur Nach- oder Neulieferung eines Qualitätsberichts wurde in der Vergangenheit offenbar, wenn eine Überschreitung der Frist zur Abgabe des Berichts aus Gründen vorlag, die dem Krankenhaus nicht zurechenbar waren. Der G-BA hatte daher in Ausnahmefällen die Annahme und Veröffentlichung von Berichten außerhalb der normierten Fristen ermöglicht.

Um den Berichterstellern einen verbindlichen Orientierungsrahmen für die Ausnahmen zu geben, in denen künftig der G-BA über eine Nachlieferung oder einen Ersatz der übermittelten Qualitätsberichte entscheiden kann, wird der neue Absatz 3 eingefügt. Krankenhäuser und – unter der Voraussetzung, dass die betroffenen Krankenhäuser bei Nachfrage nicht widersprechen – die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen können innerhalb von vier Wochen nach der Veröffentlichung der Qualitätsberichte gemäß § 8 Abs. 1 Qb-R eine Nachlieferung oder Ersatz der gelieferten Qualitätsberichte gemäß § 6 Abs. 3 Qb-R beim G-BA beantragen. Hierzu ist ein schriftlicher Antrag per E-Mail an das Postfach nachlieferung-gb@g-ba.de des G-BA zu richten, der eine konkrete Begründung sowie entsprechende Belege (z.B. den Qualitätsbericht, der nicht ordnungsgemäß geliefert werden konnte) enthält. Die Antragsfrist endet jeweils am 28. Februar des dem Erstellungsjahr folgenden Jahres. Für das Berichtsjahr 2012 endet diese Frist abweichend am 30. April 2014.

Der G-BA entscheidet dann durch den Unterausschuss Qualitätssicherung. Diesem wird vorliegend gemäß 1. Kapitel § 4 Abs. 2 Satz 2 Verfahrensordnung des G-BA die Entscheidungsbefugnis zur Durchführung der Qb-R übertragen; der Kerngehalt der Qb-R ist durch diese Übertragung nicht berührt. Der Unterausschuss Qualitätssicherung wird in der Regel bis spätestens sechs Wochen nach Ende der Antragsfrist über die Nachlieferung der jeweiligen Qualitätsberichte entscheiden. Die Übermittlung der nachzuliefernden Qualitätsberichte an die gemeinsame Annahmestelle gemäß § 6 Abs. 1 Sätze 1-3 Qb-R hat innerhalb von vier Wochen nach positiver Entscheidung im Unterausschuss zu erfolgen. Der Unterausschuss legt die Termine für die Datenannahme bei der Annahmestelle, die Bereitstellung gemäß § 6 Abs. 4 und 5 Qb-R und die Veröffentlichung der nachgelieferten Qualitätsberichte gemäß § 8 Qb-R Qualitätsberichte in derselben Sitzung fest.

Die Änderungen in Abs. 4 und 5 sind Folgeänderungen aufgrund des vorliegend normierten Verzichts auf das PDF-Format des Qualitätsberichts.

Zu §§ 7 und 8 Folgen nicht ordnungsgemäßer Lieferung; Veröffentlichung

Die Änderungen in § 7 Abs. 1 und in § 8 Abs. 1 sind redaktionelle Folgeänderungen aus der Änderung des Datenformats in § 4 und des Datenübermittlungsverfahrens in § 6.

Zudem wird in § 7 Abs. 1 festgelegt, dass ein Krankenhaus von einer etwaigen MDK-Prüfung ausgenommen ist, wenn ihm – z.B. wegen nicht selbst zu verantwortender technischer oder organisatorischer Probleme – eine nicht ordnungsgemäße Berichtsübermittlung nicht zuzurechnen ist.

Zu § 9 (alt): Inkrafttreten

Das Datum des Inkrafttretens wird aus den Regelungen entfernt, da diese Festlegung aus pragmatischen Gründen jeweils in den G-BA-Beschlüssen zur Änderung bzw. Neufassung der Regelungen getroffen und dort verortet wird.

3.1.2. Anlage 1

Durch die Neufassung der Regelungen zum Qualitätsbericht verändern sich in Anlage 1 einige Kapitelnummern gegenüber der bisherigen Fassung vom 19. Mai 2011. Bei den folgenden Erläuterungen der Änderungen wird daher zur Klarstellung bei den betroffenen Kapiteln jeweils der Zusatz „(alt:)“ oder „(neu:)“ in den Überschriften ergänzt.

Zu „Allgemeine Ausfüllhinweise“

Die Änderungen in den Sätzen 1 und 2 der Allgemeinen Ausfüllhinweise sind redaktioneller Art. So werden als Berichtersteller nun konkret die Krankenhäuser als Adressaten der Qb-R benannt sowie der Bezug zu den vorliegenden Regelungen, deren gleichwertige Bestandteile ihre Anlagen sind, klargelegt.

- 1. Erläuterungen zur Berichterstellung

Die meisten Änderungen sind redaktioneller Art. Die Änderungen bezüglich der Erstellung von Standort- und Gesamtberichten werden unter 3.1.1. zu § 2 Qb-R (siehe oben) erläutert.

- 2. Umfang und Format des Qualitätsberichts

Auch diese Änderungen sind weitgehend redaktioneller Art und Folgeänderungen aus der vorliegend normierten Änderung des Abgabezeitraums für die Daten des Qualitätsberichts sowie dem Verzicht auf sein PDF-Format. So wird in Anlage 1 beispielsweise bei allen Berichtsteilen auf den bisher notwendigen Hinweis [Datenbankversion] verzichtet.

Ferner waren aus Datenschutzgründen bisher Sonderregelungen für Fallzahlen ≤ 5 Fälle in den Berichtsteilen B-[X].6.1, B-[X].7.1, B-[X].9 sowie C-1.2 enthalten. Eine diesbezügliche Nachfrage und Prüfbitte des G-BA beim Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) wurde im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Abs. 5a SGB V beantwortet (vgl. Kapitel 3 der Tragenden Gründe): Demnach sind besondere Anforderungen zum Datenschutz bei Fallzahlen < 4 zu beachten. Diesen Hinweis berücksichtigt der G-BA bei seinen Neuregelungen und legt fest, wie in den Gesamtberichten die Angaben aus den Standortberichten zusammenzufassen sind, wenn in mindestens einem Standortbericht eine Fallzahl mit < 4 angegeben wird. Andernfalls ließe beispielsweise die Addition aller Fallzahlen aus den verschiedenen Standortberichten zu, über die Summe im Gesamtbericht auf eine konkrete Fallzahl < 4 an einem Standort zurückzuschließen. Im Gesamtbericht kann es daher dazu kommen, dass die Fallzahl des Krankenhauses von der Summe der Fallzahlen der einzelnen Standorte abweicht.

Da der Qualitätsbericht nur noch in einem maschinenverwertbaren Datensatzformat zu erstellen ist (vgl. Begründung zu § 4 Qb-R), um den Nutzerinnen und Nutzern des Qualitätsberichts nur noch möglichst vergleichbare Daten präsentieren zu können, werden Freitexteingaben deutlich reduziert oder entfernt. Es wird versucht, diese Angaben in eine standardisierte Form zu bringen. Daher wird der bisherige Berichtsteil D „Qualitätsmanagement“ nun in den Berichtsteil A integriert. Die dortigen Angaben werden an verschiedenen Stellen entweder gestrichen oder in Auswahllisten in Anhang 2 zu Anlage 1 Qb-R überführt. Der novellierte Qualitätsbericht besteht nunmehr aus den drei Teilen A, B und C.

Eine Evaluation zur Nutzung der Auswahllisten in den Qualitätsberichten 2010 hat gezeigt, dass die Möglichkeit für die Berichtersteller, unter der jeweiligen Auswahloption „Sonstiges“ zusätzliche Freitextangaben machen zu können, teilweise zu vielfältigen Mehrangaben der Krankenhäuser führte. Dadurch kam es zu umfangreichen und wenig übersichtlichen Qualitätsberichten, so dass die Vergleichbarkeit für die Öffentlichkeit sehr erschwert war. Um die Auffindbarkeit der Krankenhausinformationen in den Qualitätsberichten zu verbessern und sie gleichzeitig auf die relevanten Informationen zu beschränken, wird nun auf die bisher unter „Sonstiges“ möglichen Freitextangaben verzichtet. Diese Änderung wird durchgängig bei fast allen Auswahllisten vorgenommen.

Zur Einleitung

Der Ausfüllhinweis zu „Einleitung“ wird im Hinblick auf den künftigen Verzicht auf das PDF-Format des Qualitätsberichts redaktionell an die Erfordernisse für die XML-Version angepasst.

Zu A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Die Berichtsteile A-1 bis A-3 werden im Hinblick auf die neue Struktur der Qualitätsberichte (Standortberichte plus Gesamtbericht) überarbeitet. Bei Krankenhäusern mit nur einem einzigen Standort ergeben sich inhaltlich keine wesentlichen Änderungen. Um bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten die Zusammengehörigkeit der Standortberichte zu dem Gesamtbericht feststellen zu können, müssen in den Standortberichten auch die Angaben zum auszuwählenden Hauptstandort und im Gesamtbericht – als Zusammenfassung der Einzelberichte – alle Kontaktdaten aus den Standortberichten angegeben werden. Um die Daten der externen stationären Qualitätssicherung (Berichtsteil C-1) und die Angaben der Krankenhäuser bei der entsprechenden Veröffentlichung in den Internetportalen zusammenführen zu können, muss darauf geachtet werden, dass die angegebenen Kontaktdaten, insbesondere die Institutionskennzeichen, dieselben sind wie bei der Anmeldung bei der Datenannahmestelle gemäß Anlage 2 Qb-R und bei den auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen.

Zu A-3 (neu:) Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

Mit der Änderung in A-3 wird auf externe Anregungen reagiert, dass es neben akademischen Lehrkrankenhäusern auch Universitätskliniken gibt, die kein akademisches Lehrkrankenhaus sind. Mit der Änderung kann nun die Universität unabhängig vom Status „akademisches Lehrkrankenhaus“ genannt werden.

Zu A-6 (alt:) Organisationsstruktur

Die Entfernung dieses Berichtsteils ergibt sich aus dem vorliegend normierten Verzicht auf das PDF-Format des Qualitätsberichts.

Zu A-6 (neu:) Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote

Dem Qualitätsbericht der Krankenhäuser wurde von seinen Kritikern vorgeworfen, im bisherigen Berichtsteil „A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses“ zu viele unnötige Angaben zur sogenannten „Hotelqualität“ zu machen und zu viel Selbstverständliches mit anzugeben. Die Patientenvertretung im G-BA hat daher eine Abfrage bei den in ihr vertretenen Verbänden durchgeführt, um die Informationsbedürfnisse von Patienten und Patientinnen in Bezug auf diesen Berichtsteil dezidiert zu erheben und eine entsprechende Anpassung der Regelungen vornehmen zu können. Es wird vornehmlich eine Überarbeitung der Auswahlliste in Anhang 2 zu Anlage 1 Qb-R vorgenommen, die im Kapitel 2.2.4 der Tragenden Gründe erläutert wird.

Zu A-7 (neu:) Aspekte der Barrierefreiheit

Gemäß der von Deutschland ratifizierten UN-Behindertenrechtskonvention soll das Gesundheitswesen, und damit auch Krankenhäuser, für Menschen mit Behinderungen möglichst uneingeschränkt zugänglich sein. Um die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit ganz unterschiedlichen körperlichen, geistigen oder sprachlichen Einschränkungen im Krankenhaus zu berücksichtigen, wird der Qualitätsbericht sowohl im Teil A (krankenhausbezogen) als auch im Teil B (fachabteilungsbezogen) um Informationen zur so genannten „Barrierefreiheit“ ergänzt. Die neuen Angaben sollen dabei die besonderen Belange z.B. von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, mit Hör- oder Sehbehinderungen sowie mit geringen oder ohne Deutschkenntnisse aufgreifen. Die

Darstellung in einem eigenen Kapitel soll dabei helfen, das Bewusstsein der Klinikverantwortlichen für die Berücksichtigung der Barrierefreiheit zu steigern und die Auffindbarkeit der benötigten Informationen für Patientinnen und Patienten sowie deren Besucher zu erleichtern.

Bei den Angaben zur fremdsprachlichen Unterstützung (Dolmetscherdienste, Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal) wird darauf verzichtet, eine gesonderte Auswahlliste zur Verfügung zu stellen, da diese notwendigerweise einen erheblichen, in weiten Teilen ungenutzten Umfang umfassen würde. Stattdessen werden die Krankenhäuser aufgefordert, die vertretenen Sprachen im Kommentarfeld aufzuführen.

Zu A-8 (alt:) Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte

Der Bundesgerichtshof hat in seinem am 18. Januar 2012 veröffentlichten Urteil besondere Kriterien für die Verwendung des Begriffs „Zentrum“ von medizinischen Einrichtungen festgelegt. Aus diesem Grund wird der bisherige Berichtsteil A-8 für das Berichtsjahr 2012 ausgesetzt. Der G-BA plant eine Überarbeitung für das Berichtsjahr 2013, um eindeutige Kriterien für eine Vergleichbarkeit von Versorgungsschwerpunkten zu erarbeiten.

Zu A-8 (neu:) Forschung und Lehre

Die Entfernung des bisherigen Berichtsteils „A-11.1 Forschungsschwerpunkte“ ergibt sich aus dem vorliegend normierten Verzicht auf das PDF-Format des Qualitätsberichts.

Zu A-8.1 (neu:) Forschung und akademische Lehre

Die Änderung der Bezeichnung des bisherigen Berichtsteils in A-11.2 ist redaktioneller Art. Damit wird eine thematische Anpassung an die Inhalte der Auswahlliste vorgenommen, mittels derer neben akademischen Lehrtätigkeiten auch Forschungsaktivitäten des Krankenhauses im Bericht dargestellt werden können.

Zu A-8.3 (neu:) Ausbildung in anderen Heilberufen

Die Änderungen im Ausfüllhinweis sind klarstellender Art, um zu verdeutlichen, dass hier keine Angaben über die im Krankenhaus tätigen Heilberufsgruppen zu machen sind, sondern das Ausbildungsangebot dargestellt werden kann.

Zu A-10 (neu:) Gesamtfallzahlen

Im bisherigen Berichtsteil „A-13 Fallzahlen des Krankenhauses“ wird die Darstellung der ambulanten Fallzahl nunmehr im Kapitel „Gesamtfallzahlen“ auf die im Ausfüllhinweis definierte Fallzählweise beschränkt, um die Vergleichbarkeit der Krankenhausangaben für die Öffentlichkeit zu erhöhen. Vor der Entscheidung für die Fallzählweise wurden die Angaben in sämtlichen Qualitätsberichten 2010 darauf untersucht, welche der bisher in den Qb-R zur Auswahl gestellten ambulanten Zählweisen von den Krankenhäusern am häufigsten verwendet wird. Die Analyse zeigte, dass weit über die Hälfte der Krankenhäuser mit nur einer Zählweise angaben, die Fallzählweise zu verwenden, und auch die weiteren Häuser mit mehreren Zählweisen zumeist unter anderem auch die Fallzählweise verwendeten.

Der Hinweis auf die Angabe von ganzen Zahlen wird bei der Bezugsgröße „Fallzählweise“ als entbehrlich betrachtet und daher entfernt.

Zu A-11 (neu:) Personal des Krankenhauses

Die meisten Änderungen zum Personal des Krankenhauses sind redaktioneller Art. Die Ausfüllhinweise werden um spezifische Hinweise zu den anzugebenden Personalzahlen im Standortbericht und im Gesamtbericht ergänzt.

- Hygienepersonal

Dieses Unterkapitel wird eingefügt, um entsprechend dem mit dem IfSGuaÄndG eingeführten § 137 Abs. 1b SGB V mit den Qualitätsberichten die Information über den Stand der Hygiene in den Krankenhäusern zu verbessern und Transparenz über das dort tätige Hygienepersonal herzustellen. Zur Erhöhung der Vergleichbarkeit der Informationen auf Bundesebene erfolgt bei den Bezeichnungen des Fachpersonals eine Orientierung an den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) mit dem Titel „Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ aus dem Jahr 2009 sowie an den Krankenhaushygieneverordnungen auf Landesebene. Gleichzeitig limitieren diese die Vergleichbarkeit, da nicht alle Berufe in den länderspezifischen Verordnungen gefordert oder empfohlen werden.

Zu A-12 (neu:) Verantwortliche Personen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Als ein weiterer Beitrag zur Transparenz und Sichtbarkeit des Qualitätsmanagements wird das Erfordernis der Angabe von Kontaktdaten der für das Qualitätsmanagement verantwortlichen Personen aufgenommen.

Zu A-13 (neu:) Besondere apparative Ausstattung

Sowohl die vom G-BA beauftragte evaluierende Krankenhaus-, Patienten- und Einweiserbefragung als auch eine interne G-BA-Auswertung zu den individuellen Freitextangaben der Krankenhäuser in diesem Berichtsteil zeigten einen ungünstiges Aufwand-Nutzen-Verhältnis dieses Berichtsteils. Als Ursache wurde insbesondere eine zu lange Auswahlliste zur apparativen Ausstattung angenommen, welche den Krankenhäusern eine standardisierte Berichterstellung erschwerte und gleichzeitig keinen hinreichenden Informationsgewinn für die Öffentlichkeit gewährleistete. Der G-BA hat sich daher entschieden, den Berichtsteil in „Besondere apparative Ausstattung“ umzubenennen und die Angaben auf besondere Geräte zu reduzieren, die nicht zur üblichen Standardausstattung eines Krankenhauses gehören.

Zu A-14 (neu:) Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Bislang enthielt der Qualitätsbericht keine Angaben zum patientenorientierten Lob- und Beschwerdemanagement, die sich in strukturierter, vergleichender Art und Weise – etwa in den Krankenhausportalen im Internet – aufbereiten ließen. Mit Aufnahme einer neuen Liste zum Lob- und Beschwerdemanagement in die Qb-R sollen die Krankenhäuser ihre Anstrengungen in diesem für Patienten und Patientinnen wichtigen Thema transparent machen. Zugleich soll durch die Form eine strukturierte Aufbereitung in der öffentlichen Darstellung ermöglicht werden. Ein engagiert durchgeführtes Beschwerdemanagement kann deutliche positive Effekte auf die Patientenversorgung haben. Die Patienten, Patientinnen und ihre Angehörigen haben eine Möglichkeit ihre Erfahrungen direkt gegenüber dem Krankenhaus zu adressieren.

Informationen von ihren Patienten und Patientinnen über die wahrgenommene Qualität der Leistungen sind ein wichtiges Instrument zur Verbesserung der Leistungen der Krankenhäuser. Diese Liste wird aufgenommen, um den Krankenhäusern die Möglichkeit zu geben darzustellen, wie diese Informationen gewonnen, weiter gegeben und genutzt werden. Interessierte Personen können sich mit diesen Angaben ein Bild über diese besonderen Qualitätsbemühungen der Krankenhäuser machen und die Krankenhäuser anhand der standardisierten Angaben einfach vergleichen.

Bei den ausgewählten Kriterien wurden solche gewählt, die bei Existenz eines Beschwerdemanagements in jedem Krankenhaus zu erwarten sind, wie etwa die Existenz eines Konzepts zum Umgang mit Beschwerden, die Möglichkeit, mündliche und schriftliche

Beschwerden, letztere auch anonym, zu platzieren oder Patienten- bzw. Einweiserbefragungen. Da allerdings weitgehend nur die Existenz, nicht aber die Nutzung oder gar die Ergebnisse dieser Maßnahmen durch strukturierte Angaben mit Blick auf die Darstellung in Suchmaschinen abbildbar sind, beschränkt sich die Angabe auf das Vorhandensein dieser Strukturen mit der Möglichkeit, den Link auf den standortindividuellen Bericht beizufügen. Darüber hinaus wurde Wert darauf gelegt, Patienten und Patientinnen den Zugang zu den Beschwerdemöglichkeiten durch die Angabe von Kontaktdaten zu erleichtern.

Zu B-X.1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung

Die Änderungen sind klarstellender Art.

Zu B-X.2 (neu:) Medizinische Leistungsangebote

Hier wird zur Klarstellung die bisherige Überschrift „Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung“, nicht aber der Inhalt des Berichtsteils geändert. Damit besteht weiterhin die Möglichkeit, fachabteilungsbezogen über die medizinischen Leistungsangebote der Fachabteilung zu berichten.

B-X.3 (alt:) Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote

Die Angabe von medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten wird aus dem fachabteilungsbezogenen Teil des Qualitätsberichts genommen, da viele Angebote in der Regel abteilungsübergreifend oder für das gesamte Krankenhaus bestehen und diese Information im Berichtsteil A-5 bereits ausreichend abgebildet werden kann. Weiterführende Hinweise, die zumeist auch retrospektiv verlässliche Informationen bietet, können auch den Berichtsteilen zum Krankenhauspersonal, welches spezielle Leistungen durchführt, entnommen werden.

Zu B-X.4 (alt:) Nicht-medizinische Serviceangebote

Um den Qualitätsbericht zu verschlanken, wird die Auswahlliste zum Serviceangebot so überarbeitet, dass alle Angaben bereits auf fachabteilungsübergreifender Hausebene im Berichtsteil „A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses“ angegeben werden können. Eine zusätzliche gesonderte Darstellung auf Fachabteilungsebene erübrigt sich daher.

Zu B-X.3 (neu:) Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit

Da nicht erwartet werden kann, dass die meisten oder gar alle Aspekte der Barrierefreiheit in der Regel für ein gesamtes Haus bzw. einen gesamten Standort in gleicher Weise verwirklicht sind, wird im Qualitätsbericht diesbezüglich zwischen krankenhauses- und abteilungsbezogenen Angaben unterschieden: Soweit die Aspekte der Barrierefreiheit für den gesamten Standort verwirklicht sind, sind sie im Kapitel A-7 anzugeben. Der vorliegend beschriebene neue Berichtsteil B-X.3 ist nur in Fällen auszufüllen, wenn einzelne Abteilungen spezielle Aspekte der Barrierefreiheit umgesetzt haben.

Diese Differenzierungsmöglichkeit ist notwendig, um Menschen mit Behinderungen die zielgerichtete Auswahl auch von Fachabteilungen zu ermöglichen.

Zu B-X.4 (neu:) Fallzahlen

Die Änderungen sind redaktioneller Art. Mit dem Wegfall des PDF-Berichts wird nun im maschinenverwertbaren Datensatzformat des Qualitätsberichts ein Kommentarfeld ergänzt, um den Nutzerinnen und Nutzern des Qualitätsberichts scheinbare Implausibilitäten zwischen Gesamtfallzahl gemäß Berichtsteil A-10 und Addition der hier aufgeführten

abteilungsbezogenen Fallzahlen auch zukünftig wie bisher vorgeschlagen erläutern zu können.

Zu B-X.5 (Hauptdiagnosen nach ICD) und B-X.6 (Prozeduren nach OPS)

Da künftig auf die PDF-Broschüre verzichtet und im maschinenverwertbaren Format über 100% der ICD-10-GM-Ziffern mit Fallzahl berichtet wird, kann auch auf die gesonderte Angabe der zehn häufigsten Hauptdiagnosen und Hauptprozeduren verzichtet werden.

Auch die Angaben der Kompetenzdiagnosen und -prozeduren (bisherige Berichtsteile B-X.6.2 und B-X.7.2) werden gestrichen: Ihre Angaben erfolgten durch die Krankenhäuser selbst. Der Inhalt dieser Angaben konnte allerdings extern nicht validiert werden. Weiterhin ist die Vergleichbarkeit dieser Daten nicht gegeben, da davon auszugehen ist, dass diese Datenfelder von jedem Krankenhaus aufgrund unterschiedlicher Kriterien gefüllt werden. Da es ein besonderes Ziel der Novellierung des Qualitätsberichts ist, eine bessere Vergleichbarkeit der Leistungen der Krankenhäuser herzustellen, wird auf diese Selbstangabe verzichtet.

Zu B-X.10 Personelle Ausstattung

Die Unterkapitel B-X.10.1-10.3 (bisher B-X.11.1-11.3) werden um die Angabe „Anzahl je Fall“ ergänzt, um die direkte Betreuungsrelation zu veranschaulichen. Diese hat eine höhere Aussagekraft als lediglich die Gesamtzahl der Vollkräfte und veranschaulicht für die Patienten und Patientinnen deutlicher die tatsächliche Versorgungssituation im Berichtsjahr.

- Ärztliche Fachexpertise

Das Datum der Fassung der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer, auf die im Ausfüllhinweis Bezug genommen wird, wird aktualisiert.

- Spezielles therapeutisches Personal

Zum bisherigen Berichtsteil B-X.11.3 gingen mehrere kritische externe Anfragen und Rückmeldungen von Krankenhäusern in der G-BA-Geschäftsstelle ein, für die sich die abteilungsbezogene Darstellung des überwiegend aber abteilungsübergreifend tätigen speziellen therapeutischen Personals als schwierig und inhaltlich fragwürdig herausstellte. Umfang und Anwendungsbereich dieses Berichtsteils werden daher deutlich reduziert.

In den Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik spielen die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, die Psychologischen Psychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeutinnen, die Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen sowie die Klinischen Neuropsychologen und Klinischen Neuropsychologinnen eine herausragende Rolle, weshalb bei diesen Fachabteilungen nicht auf die Angaben verzichtet werden kann.

Zu C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Die Änderungen im Ausfüllhinweis sind redaktioneller Art. Entsprechend den Änderungen in §§ 4 und 6 wird er an den Wegfall des PDF-Formats und die neuen Lieferfristen angepasst.

Zu C-1.1.Y Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

Der im Berichtsjahr 2010 für die externe stationäre Qualitätssicherung festgelegte Leistungsbereich „Karotis-Rekonstruktion“ wird an den im Berichtsjahr 2012 geltenden Leistungsbereich „Karotis-Revaskularisation“ angepasst, der mit der Änderung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) am 23. Juni 2011 vom G-BA beschlossen wurde. Auch mit der Ergänzung des Ausfüllhinweises zur gemeinsamen Gesamtdokumentationsrate um die beiden Transplantations-Leistungsbereiche wird eine Anpassung an die Änderung der QSKH-RL vom 16. August

2012 vorgenommen. Die weiteren Änderungen im Ausfüllhinweis sind redaktioneller Art bzw. Anpassungen an die verpflichtende standortbezogenen Qualitätsberichterstattung:

Für die Berichtsjahre 2012 und 2013 wird eine Übergangsregelung aufgenommen, um der Tatsache Rechnung zu tragen, dass noch nicht alle Krankenhäuser mit mehreren Standorten über standortspezifische Auswertungen verfügen. Diesen Krankenhäusern ist übergangsweise gestattet, eine gemeinsame Dokumentationsrate anzugeben. Ab dem Berichtsjahr 2014 muss eine standortspezifische Auswertung vorliegen.

Zu C-1.2.Z Ergebnisse für Qualitätsindikatoren

Um die Lesbarkeit der Berichte auch im Teil C-1.2 zu erhöhen, wird die Spalte „Abschließende Bewertung durch Fachkommission“, die mit der G-BA-Beschlussfassung vom 19. Mai 2011 durch die erfolgte Schnellprüfung der Institution nach § 137a SGB V vom April 2011 eingefügt wurde, gestrichen, da diese nur für wenige Adressaten einen konkreten Zusatznutzen erwarten lässt und die Information bei Bedarf der Internetseite der Institution entnommen werden kann. Neu eingefügt werden die Spalten „Entwicklung Ergebnis des Strukturierten Dialogs zum vorherigen Berichtsjahr“ und „Bundesdurchschnitt“. Dies vereinfacht die Interpretation der Ergebnisse, da auf einen Blick erkennbar ist, ob sich das Ergebnis des Strukturierten Dialogs gegenüber dem Vorjahr verbessert oder verschlechtert hat oder ob das Ergebnis unverändert geblieben ist und wie sich das Ergebnis des Qualitätsindikators zum Bundesdurchschnitt verhält.

Darüber hinaus wird der Ausfüllhinweis zur Spalte 5 „Bewertung durch Strukturierten Dialog“ entsprechend dem neuen Bewertungsschlüssel der Institution nach § 137a SGB V zum Strukturierten Dialog angepasst und redaktionelle Folgeänderungen zu den Berichtszeiträumen durchgeführt, die aufgrund des Wegfalls des PDF-Berichts notwendig werden.

Zudem werden auch hier die Ausfüllhinweise an die verpflichtende standortbezogene Berichterstattung angepasst und für die Berichtsjahre 2012 und 2013 eine Übergangsregelung aufgenommen. Krankenhäuser mit mehreren Standorten können für die Berichtsjahre 2012 und 2013 eine gemeinsame Auswertung der Qualitätsindikatoren angeben, sofern in diesem Zeitraum noch keine standortspezifische Auswertung möglich ist.

Zu C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht

Die Änderungen sind redaktioneller Art.

Zu C-3 Qualitätssicherung bei DMP-Teilnahme

Die Änderungen sind redaktioneller Art.

Zu C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Die Änderungen sind redaktioneller Art. Um diesen Berichtsteil trotz des künftigen Verzichts auf das PDF-Format des Qualitätsberichts weiterhin aufrechtzuerhalten, wird eine Übertragung des bisherigen Inhalts auf das maschinenverwertbare Format vorgenommen. Dort sollen künftig entsprechende Freitextangaben möglich sein.

Zu C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung

Die Änderung der Bezeichnung der Mindestmengenvereinbarung in Teil C-5 ist redaktioneller Art. Damit wird eine Anpassung an die im Jahr 2012 gültige Bezeichnung der G-BA-Regelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V vorgenommen. Der G-BA hat am 15. September 2011 beschlossen, die in der Anlage 1 der Mindestmengenregelungen unter Nr. 6 „Kniegelenk Totalendoprothesen“ festgeschriebene jährliche Mindestmenge pro

Krankenhaus (Betriebsstätte) von 50 bis zu einer weiteren Entscheidung des G-BA außer Vollzug zu setzen. Dieser Beschluss gilt bis auf Weiteres, so dass die Mindestmenge im Leistungsbereich Knie-TEP im Jahr 2012 nicht von den Krankenhäusern erbracht werden musste und damit für das Berichtsjahr 2012 keine diesbezügliche Berichtspflicht besteht. Sollte der G-BA die Mindestmengenregelung im Leistungsbereich Knie-TEP wieder in Kraft setzen, wird sich daraus in Verbindung mit einer entsprechenden Anpassung der Qb-R eine erneute Berichtspflicht ergeben.

Zu C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Mit der Streichung des irreführenden Begriffs „Strukturqualitätsvereinbarung“ in Teil C-6 soll klargestellt werden, dass es sich bei den Beschlüssen nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V nicht um Vereinbarungen, sondern im gesetzlichen Sinne um G-BA-Richtlinien handelt, in denen neben Mindestanforderungen an die Strukturqualität auch solche an die Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen sind.

Zu C-5 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus

Die Änderungen sind redaktioneller Art.

Zu D Qualitätsmanagement

Um im maschinenverwertbaren Qualitätsbericht überwiegend vergleichbare Daten zu erhalten und den Nutzerinnen und Nutzern präsentieren zu können, wird auf Berichtsteile, die ausschließlich aus Freitextangaben bestehen, weitgehend verzichtet. Stattdessen wird versucht, ihren zentralen Informationsgehalt in eine standardisierte Form zu bringen. Daher wird der bisher nur im PDF-Bericht enthaltene Teil D „Qualitätsmanagement“ nun teilweise entfernt und teilweise in den Berichtsteil A integriert. Die in Teil A übertragenen Inhalte werden in Auswahllisten überführt oder als Freitextangaben beibehalten. Der Qualitätsbericht 2012 wird daher nunmehr aus den drei Teilen A, B und C bestehen.

3.1.3. Anhang 1 zu Anlage 1 (Datensatzbeschreibung)

Die bisherige Datensatzbeschreibung für den maschinenverwertbaren Qualitätsbericht wird mit den vorliegenden Änderungen ungültig und daher zunächst aufgehoben. Sie muss im unmittelbaren Anschluss an den Beschluss der Qualitätsberichts-inhalte für das Jahr 2012 angepasst und ebenfalls neu als Anhang 1 zu Anlage 1 der Qb-R vom G-BA beschlossen werden, damit die Krankenhäuser ihren in den Regelungen festgelegten Berichtspflichten nachkommen können. Der G-BA ist daher um einen zeitnahen Beschluss der neuen Datensatzbeschreibung bemüht.

3.1.4. Anhang 2 zu Anlage 1 (Auswahllisten)

Durch die bisher in vielen Auswahllisten enthaltene Auswahloption „Sonstiges“ kam es zu umfangreichen und wenig übersichtlichen Qualitätsberichten, so dass die Vergleichbarkeit für die Öffentlichkeit sehr erschwert war. Um die Auffindbarkeit der Krankenhausinformationen in den Qualitätsberichten zu verbessern und sie gleichzeitig auf die relevanten Informationen zu beschränken, wird nun durchgängig bei fast allen Auswahllisten auf die bisher unter „Sonstiges“ möglichen Freitextangaben verzichtet.

Zu A-6 (neu:) Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote

Bei der Umfrage unter den Verbänden der Patientenvertretung (vgl. Kapitel 2.2.2 „Anlage 1“ der Tragenden Gründe) wurde insbesondere deutlich, dass Patienten und Patientinnen ein hohes Interesse daran haben, die Kosten von zentralen Angeboten wie Fernseh- und Rundfunkempfang sowie insbesondere Telefon transparent dargestellt zu bekommen. Um dem erheblichen Informationsbedürfnis Rechnung zu tragen, wird die verpflichtende Zusatzangabe ggf. anfallender Kosten in den Qualitätsbericht aufgenommen.

Um gleichzeitig eine Entlastung der Krankenhäuser von unnötigem bürokratischen Aufwand zu erreichen, werden in den vorliegenden Regelungen gleichzeitig auch verschiedene Streichungen von bisher im Qualitätsbericht enthaltenen Angabemöglichkeiten vorgenommen, die zu wenig ausdifferenziert waren oder aus Sicht der befragten Patienten und Patientinnen schlichtweg keinen wissenswerten Sachverhalt darstellen.

Zu A-7 und B-X.3 (neu:) Aspekte der Barrierefreiheit

Die Tragenden Gründe zur Gestaltung der Auswahllisten zu den neuen Berichtsteilen A-7 und B-X.3 „Aspekte der Barrierefreiheit“ finden sich bei der Begründung zur entsprechenden Änderung der Anlage 1.

Zu A-8 (alt:) Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte

Die Auswahlliste wird gemäß den Erläuterungen zur diesbezüglichen Änderung der Anlage 1 Qb-R bis auf Weiteres entfernt.

Zu A-8.1 (neu:) Forschung und akademische Lehre

Auf Grundlage der Änderungen in der Auswahlliste „Akademische Lehre“ sollen neben akademischen Lehrtätigkeiten auch Forschungsaktivitäten des Krankenhauses im Bericht dargestellt werden können.

Zu A-8.3 (neu:) Ausbildung in anderen Heilberufen

Die Auswahlliste zu A-8.3 („Ausbildung in anderen Heilberufen“) wird an die aktuellen Berufsbezeichnungen angepasst.

Zu A-11.2 (neu:) Pflegepersonal

Die Auswahlliste mit den Angaben zum Pflegepersonal wird angepasst. Hier sind künftig nur noch Angaben zu anerkannten Ausbildungen gemäß § 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes möglich. Ziel ist es, die Angaben der Krankenhäuser vergleichend darstellen zu können. Die Angabe „Sonstiges“ entfällt, da der Gesetzgeber im genannten Gesetz eine abschließende Aufzählung vorgenommen hat.

Zu A-11.3 (neu:) Spezielles therapeutisches Personal

Um den bürokratischen Aufwand bei der Erstellung der Qualitätsberichte zu reduzieren, wird die Auswahlliste zum speziellen therapeutischen Personal weitgehend auf die Angaben zu staatlich anerkannten Aus- und Weiterbildungen bzw. Berufsabschlüsse beschränkt. Zusätzlich wurde eine Abfrage unter den Verbänden der Patientenvertretung durchgeführt, welches spezielle therapeutische Personal häufig nachgefragt wird und welches keinen nennenswerten Informationswert für Patientinnen und Patientinnen über die Qualität der zu erwartenden Behandlung hat und so im Bericht wegfallen kann. Das Ergebnis der Abfrage wurde bei der Überarbeitung der Auswahlliste berücksichtigt.

Zu A-13 (neu:) Besondere apparative Ausstattung

Die Auswahlliste zur apparativen Ausstattung wird auf besondere Geräte reduziert, die nicht zur üblichen Standardausstattung eines Krankenhauses gehören. Neben der damit verbundenen deutlichen Kürzung der Auswahlliste wurden auch einzelne seltene, für spezielle Patientengruppen sowie Einweisende relevante Geräte ergänzt.

Als weiteres Auswahlkriterium wurde berücksichtigt, welche apparativen Ausstattungen in Strukturqualitätsanforderungen des G-BA gefordert werden.

Zu B-X.2 (neu:) Medizinische Leistungsangebote

Hier wird zur Klarstellung die bisherige Überschrift „Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung“, nicht aber die Inhalte der Auswahlliste geändert.

Zu B-X.7 (neu:) Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V

Bei der Auswahlliste zu B-X.7 handelt es sich um eine rein redaktionelle Anpassung an den Leistungskatalog des § 116b (alt) SGB V. Der überarbeitete § 116b (neu) SGB V findet in diesem Bericht noch keine Berücksichtigung, da die Umsetzung noch andauert und daher im Berichtsjahr 2012 noch nicht relevant ist.

Zu B-X.10.1 und B-X.10.2 (neu:) Personelle Ausstattung

Die Auswahlliste zu B-[X]10.1 „Ärztliche Fachexpertise“ wird an die aktuellen Bezeichnungen der Gebiete sowie der Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen gemäß (Muster-) Weiterbildungsordnung 2003 in der Fassung vom 25. Juni 2010 angepasst.

Mit den Änderungen der Auswahlliste zu B-[X]10.2 „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ ist die Modernisierung der Qualifikationsbezeichnungen hin zum prozesshaften Managementansatz umgesetzt. Die „Hygienefachkraft“ entfällt an dieser Stelle, da ein neues Berichtskapitel A-10.4 „Hygienepersonal“ eingeführt ist. „Palliative Care“ wird eigenständig ausgewiesen, da die curriculare Verknüpfung mit der Onkologie Fachweiterbildung nicht immer gegeben ist. „Mentor/Mentorin“ wird synonym mit „Praxisanleiter/in“ genutzt und entfällt als veraltet. Neu hinzugekommen ist die Zusatzqualifikation „Rehabilitation“.

Zu C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht

Die Änderungen in der Auswahlliste zum Berichtsteil C-2 „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht“ ergeben sich aus den jeweiligen landesspezifischen Regelungen zur externen Qualitätssicherung im Jahr 2012. Der Änderungsbedarf gegenüber dem Jahr 2010 wurde mittels einer schriftlichen Befragung aller Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung erhoben.

Zu C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Die Streichung des Wortes „Strukturqualitätsvereinbarung“ im Titel der Auswahlliste zum Teil C-6 geht auf die gleichlautende Änderung der Anlage 1 zurück und ist somit redaktioneller Art. Die inhaltlichen Ergänzungen dieser Auswahlliste hängen mit den im Jahr 2012 gültigen Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V zusammen, deren Umsetzung im Qualitätsbericht dargestellt werden soll. Drei entsprechende Beschlüsse aus dem Bereich des Unterausschusses Methodenwertung wurden vom G-BA am 21. Oktober 2010 und am 16. Dezember 2010 gefasst.

3.1.5. Anhang 3 zu Anlage 1 (Qualitätsindikatoren)

Das unabhängige wissenschaftliche Institut nach § 137a SGB V hat im Auftrag des G-BA alle Qualitätsindikatoren der externen stationären Qualitätssicherung nach deren Veröffentlichungsfähigkeit untersucht (vgl. „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichtserstattung“ vom 18. März 2013; siehe www.sgg.de). Entsprechend diesem Bericht werden die Empfehlungen zur Veröffentlichungspflicht der Qualitätsindikatoren durch die Krankenhäuser angepasst.

Im Qualitätsbericht über das Jahr 2012 sind daher 289 Qualitätsindikatoren zu veröffentlichen.

3.1.6. Anlage 2 (Annahmestelle und Datenlieferverfahren)

In Anlage 2 werden ausschließlich redaktionelle Änderungen vorgenommen, die sich beispielsweise aus geänderten Kontaktdaten der Annahmestelle, dem künftigen Verzicht auf das PDF-Format und der Änderung des Datenübermittlungsverfahrens ergeben, welches in § 6 Qb-R normiert wird.

4. Verfahrensablauf

Mit der vom Unterausschuss beauftragten Weiterentwicklung der Qb-R für den Qualitätsbericht 2012 und die weiteren künftig jährlich zu veröffentlichenden Qualitätsberichte wurde zunächst in einer bereits etablierten Arbeitsgruppe begonnen. Der Überarbeitungsbedarf wurde dort seit der Sitzung am 10. Oktober 2011 unter Beteiligung des Deutschen Pflegerats, der Bundesärztekammer, des Verbands der privaten Krankenversicherung und - gemäß dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz - seit dem Jahr 2012 der Bundespsychotherapeutenkammer in zwölf Sitzungen sukzessive ermittelt und soweit wie möglich abgestimmt.

Da insbesondere zu den Bestimmungen über die standortbezogene Berichterstattung, die Darstellung des Krankenhauspersonals sowie das PDF-Format des Qualitätsberichts kein Konsens erzielt werden konnte, wurden diese drei strittigen Kernpunkte dem Unterausschuss Qualitätssicherung am 6. Juni 2012 sowie - weiterhin strittig - als einseitige Anträge der Träger dem Plenum am 21. Juni 2012 zur Beratung vorgelegt. Das Plenum beschloss einstimmig, die Anträge zur Beratung zurück an den Unterausschuss zu verweisen. In der Sitzung des Unterausschusses am 5. September 2012 kündigte die Vorsitzende an, zur nächsten Unterausschuss-Sitzung einen Kompromissvorschlag vorzulegen, der die drei strittigen Kernpunkte umfasst. Die Patientenvertretung sowie PKV, BÄK, DPR und BPtK trugen das Beratungsergebnis mit.

In seiner Sitzung am 10. Oktober 2012 konsentierten der Unterausschuss einen modifizierten Kompromissvorschlag der Vorsitzenden vorbehaltlich einer Prüfung und Rückmeldung im Nachgang zur Sitzung. Gleichzeitig wurde die G-BA-Geschäftsstelle beauftragt, auf Basis des Kompromissvorschlags einen Beschlussentwurf zur Änderung der Qb-R sowie einen Entwurf der Tragenden Gründe zu erstellen und die Dokumente mit den Bänkesprechern und Bänkesprecherinnen abzustimmen. PKV, BÄK und DPR trugen das Beratungsergebnis mit. Die Patientenvertretung und BPtK trugen das Beratungsergebnis nicht mit.

Da im Nachgang zur Unterausschuss-Sitzung jedoch nicht der modifizierte Kompromissvorschlag der Vorsitzenden konsentiert, sondern – erneut mit Unterstützung der Vorsitzenden – eine neue Kompromisslösung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der DKG zu den drei strittigen Kernpunkten erarbeitet werden konnte, wurde dieser dem

Unterausschuss zu seiner Sitzung am 7. November 2012 präsentiert. Die Vorsitzende berichtete dort über die geplante Fortsetzung des im Unterausschuss vom 10. Oktober 2012 vereinbarten Vorgehens zur Abstimmung des Beschlussentwurfs zur Neufassung der Qb-R und seiner Tragenden Gründe. Während der Unterausschuss den Bericht der Vorsitzenden zustimmend zur Kenntnis nahm, kündigte die Patientenvertretung an, eine von der präsentierten Kompromisslösung abweichende Position zu vertreten.

Der Unterausschuss vereinbarte schließlich in seiner Sitzung am 5. Dezember 2012, Mitte Januar 2013 ein Abstimmungsgespräch durchzuführen, um auf Basis der Vorarbeiten der G-BA-Geschäftsstelle und der Bänkesprecher und Bänkesprecherinnen zu dem Beschlussentwurf und den Tragenden Gründen die Beratungsunterlagen für den Unterausschuss am 6. Februar 2013 fertigzustellen, damit dieser die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß 1. Kapitel § 10 Abs. 1 Satz 1 VerfO mit dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) beschließen kann. Nach Durchführung zweier Abstimmungsgespräche am 17. und 25. Januar 2013 wurden die Beratungsunterlagen fertiggestellt und dem Unterausschuss vorgelegt. Dieser beschloss in seiner Sitzung am 6. Februar 2013 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens mit dem BfDI und legte eine Stellungnahmefrist von vier Wochen fest. Ferner beauftragte er die Arbeitsgruppe mit der weiteren Konsentierung des Beschlussentwurfs und der Tragenden Gründe sowie mit der vorbereitenden Auswertung einer ggf. fristgerecht eingehenden Stellungnahme.

In seiner Sitzung am 3. April 2013 befasste sich der Unterausschuss mit den Beratungsergebnissen dieser Arbeitsgruppe sowie mit der Auswertung der Stellungnahme des BfDI gemäß den **Anlagen 1 und 2**. Dem BfDI wurde Gelegenheit zur mündlichen Stellungnahme am 3. April 2013 gegeben. Dieser verzichtete auf eine Teilnahme an einer Anhörung. Der Unterausschuss konsentierte den Beschlussentwurf über die Neufassung der Qb-R mit Ausnahme zweier dissenter Punkte und beauftragte die Arbeitsgruppe mit der erforderlichen Anpassung der Tragenden Gründe. Nach einem abschließenden E-Mail-Verfahren mit den Sprechern und Sprecherinnen der Bänke des Unterausschusses wurden die Beratungsunterlagen zur Beschlussfassung an das Plenum weitergeleitet.

Durch diesen Beschluss werden zunächst keine Informationspflichten gemäß Anlage II zum 1. Kapitel Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) ausgelöst. Daher entfällt eine Bürokratiekostenermittlung nach 1. Kapitel § 5a VerfO i. V. m. § 91 Absatz 10 SGB V. Die zu erwartenden Bürokratiekosten ergeben sich erst aus einem in der Erarbeitung befindlichen konkretisierenden Beschluss über die Neufassung der Datensatzbeschreibung für den Qualitätsbericht in Anhang 1 zu Anlage 1 der Qb-R und können nur in diesem Zusammenhang ermittelt werden.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Mai 2013 die Neufassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser beschlossen. Die Bundesärztekammer, die Bundespsychotherapeutenkammer und der Verband der privaten Krankenversicherung äußerten keine Bedenken. Der Deutsche Pflegerat trug die Veröffentlichung der 26 Sentinel Event-Indikatoren in Anhang 3 zu Anlage 1 der Regelungen nicht mit.

Ein Beschluss über die Neufassung der Datensatzbeschreibung für die Qualitätsberichte 2012 in maschinenverwertbarer Form (Anhang 1 zu Anlage 1 Qb-R), die sich insbesondere aus der Neufassung der Anlage 1 Qb-R ergibt, steht noch aus. Die neue Datensatzbeschreibung wird rechtzeitig vor dem Abgabetermin der maschinenverwertbaren Qualitätsberichte vom G-BA zur Verfügung gestellt werden.

6. Anlagenverzeichnis

- Anlage 1: Fristgerecht eingereichte Stellungnahmen der gesetzlich
stellungnahmeberechtigten Organisationen
- Anlage 2: Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen gemäß § 91 Abs. 5a
SGB V zum Beschlussentwurf über die Neufassung der Regelungen zum
Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)

Berlin, den 16. Mai 2013

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Hecken



POSTANSCHRIFT Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-312

TELEFAX (0228) 997799-550

E-MAIL ref3@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Alexander Wierichs

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 11.03.2013

GESCHÄFTSZ. III-315/072#0689

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R**
BEZUG Ihr Schreiben vom 11. Februar 2013 (Oe)
Meine E-Mail vom 21. Februar 2013

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V zu dem im
Betreff benannten Beschlussentwurf danke ich.

Bei den Regelungen zur Angabe von Fallzahlen (Anlage 1 – B-[X].6.1, B-[X].7.1, B-[X].9 und C-1.2) bitte ich darum, aus Datenschutzgründen auf die Angabe kleiner Fallzahlen zu verzichten. Nach § 16 Absatz 4 Bundesstatistikgesetz, der hier analog herangezogen werden kann, darf nur im Ausnahmefall ein Tabellenfeld mit nur einem einzigen Fall verwendet werden. Bei kleinen Fallzahlen kann es mit Zusatzwissen möglich sein, die betreffende Person zu ermitteln.

Um eine größere Transparenz zu erreichen, bestehen aber keine Bedenken, nur bei den Fallzahlen 1, 2 oder 3 jeweils „≤ 3“ anzugeben. Bei zwei Fällen könnte es sein, dass einer dieser beiden als Betroffener nachforschte und damit wüsste, dass es nur



SEITE 2 VON 2

einen weiteren Fall gibt. Ab der Fallzahl 4 kann dann jeweils die konkrete Fallzahl angegeben werden.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Wierichs
Wierichs

Anlage 2 der Tragenden Gründe

Stellungnahmeverfahren
zum Beschlussentwurf über die Neufassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R)

**Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen
gemäß § 91 Abs. 5a SGB V
zum Beschlussentwurf über die Neufassung der Qb-R**

I. Erläuterung zum Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Abs. 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf über die Neufassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) Stellung zu nehmen, soweit seine Belange durch die Regelungen berührt sind.

Das Stellungnahmeverfahren wurde am 11. Februar 2013 gemäß Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 6. Februar 2013 eingeleitet, die Frist für die Einreichung einer Stellungnahme endete am 11. März 2013.

II. Stellungnahme

Der BfDI legte am 11. März 2013 eine schriftliche Stellungnahme vor.

Der Inhalt der Stellungnahme wurde in fachlicher Diskussion in der zuständigen Arbeitsgruppe und im Unterausschuss Qualitätssicherung gewürdigt und in tabellarischer Form zusammengefasst (siehe III.)

III. Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahmen

Die Zusammenfassung und Würdigung der Stellungnahme erfolgte durch eine vom Unterausschuss Qualitätssicherung hierfür eingesetzte Arbeitsgruppe am 20. März 2013 sowie in der Sitzung des Unterausschusses Qualitätssicherung am 3. April 2013.

Lfd. Nr.	Stellungnehmende Organisation / Datum	Inhalt der Stellungnahme	Begründung und Quellenangabe	Würdigung der Stellungnahme (Stand: UA-Sitzung vom 03.04.2013)
1.	BfDI / 11.03.2013	Anlage 1 Qb-R – Berichtsteile B-[X].6.1, B-[X].7.1, B-[X].9 und C-1.2: Bitte, bei den o.g. Regelungen zur Angabe von Fallzahlen auf die Angabe kleiner Fallzahlen zu verzichten. Es bestünden keine Bedenken, nur bei den Fallzahlen 1, 2 oder 3 jeweils „≤ 3“ anzugeben. Ab der Fallzahl 4 könne dann jeweils die konkrete Fallzahl angegeben werden.	Ein Tabellenfeld mit nur einem einzigen Fall dürfe aus Datenschutzgründen nur in Ausnahmen verwendet werden (vgl. § 16 Abs. 4 Bundesstatistikgesetz).	Neuen Textvorschlag für Anlage 1 Qb-R (Allg. Ausfüllhinweise) ergänzen: „Aus Datenschutzgründen werden Fallzahlen < 4 und darauf bezogene Daten (z.B. OPS-Anzahl, Leistungsbereiche) mit „< 4“ angegeben. Fallzahlen von Standorten, die diesen Tatbestand erfüllen, sind in der Summenbildung für den Gesamtbericht des Krankenhauses nicht zu berücksichtigen. In diesem Fall ist im Gesamtbericht zusätzlich zu dieser Summe ein „+ < 4“ anzugeben. Daher kann die Fallzahl des Krankenhauses (im Gesamtbericht) von der Summe der Fallzahlen der einzelnen Standorte abweichen.“