



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Glossar

Stand: Januar 2016



Inhaltsverzeichnis

Akademisches Lehrkrankenhaus	4
AQUA-Institut	4
Besondere apparative Ausstattung	4
Bettenzahl	4
Bundesdurchschnitt	4
Datenschutz	5
Diagnosen	5
Disease-Management-Programm (DMP)	5
Dokumentationsrate	5
Einrichtungsinternes Qualitätsmanagement	6
Empirisch-statistische Bewertung	6
Ergebnisqualität	6
Externe stationäre Qualitätssicherung	6
Fachabteilung	7
Fallzahl	7
Gemeinsamer Bundesausschuss	7
Gesetzliche Qualitätssicherung	7
Hauptdiagnosen nach ICD	8
IQTIG	8
IQWiG	8
ICD-Kode	8
Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung	9
Leistungsbereich	9
Leitlinie	9
Mindestmengenregelung	9
Organisationseinheit	9
OPS-Kode	10
Patientenfürsprecherin/Patientenfürsprecher	10
Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	10
Prozeduren nach OPS	10
Prozessqualität	11
Qualitätsbericht	11

Qualitätsindikator	11
Qualitätsreport.....	11
Referenzbereich	12
Referenzbericht.....	12
Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	12
Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)	12
Risikoadjustierung	13
Spezielles therapeutisches Personal	13
Strukturierter Dialog	13
Struktur- und Leistungsdaten	14
Strukturqualität.....	14
Universitätsklinikum	14
Vertrauensbereich	14
XML-Daten	14
Zähler/Nenner	14
Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft....	15



Akademisches Lehrkrankenhaus

Ein (akademisches) Lehrkrankenhaus ist ein Krankenhaus, in dem Studierende der Medizin einen Teil ihrer praktischen Ausbildung absolvieren. Einige Universitäten haben ein eigenes Krankenhaus. Andere arbeiten mit mehreren Krankenhäusern zusammen, die jeweils einen Teil der praktischen Ausbildung übernehmen. Es werden vor allem fortgeschrittene Studierende betreut, insbesondere im Praktischen Jahr.

AQUA-Institut

Die Abkürzung AQUA-Institut steht für „Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen“, ein Beratungs- und Forschungsunternehmen. Das Institut wurde 2009 vom *Gemeinsamen Bundesausschuss* (G-BA) mit der Qualitätssicherung im Krankenhaus beauftragt. Es entwickelte Kriterien für die Qualitätssicherung und wertete Daten aus, die die Krankenhäuser jedes Jahr liefern müssen. Der Vertrag mit dem AQUA-Institut für die externe Qualitätssicherung endete am 31.12.2015. Der G-BA wird seitdem vom neu errichteten Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (*IQTIG*) unterstützt.

Besondere apparative Ausstattung

Je nach Krankheit können für eine Untersuchung oder Behandlung Geräte nötig sein, die nicht in jedem Krankenhaus vorhanden sind. Im ersten Teil des Qualitätsberichts können Krankenhäuser deshalb Apparate auflisten, die über die normale Ausstattung hinausgehen – zum Beispiel ein Beatmungsgerät für Frühgeborene oder einen Positronen-Emissions-Tomografen (PET).

Bettenzahl

Die Bettenzahl sagt etwas über die Größe eines Krankenhauses aus. Ein Krankenhaus in Deutschland verfügt durchschnittlich über 242 Betten. Nur knapp 5 Prozent der Krankenhäuser haben mehr als 800 Betten.

Bundesdurchschnitt

Der Bundesdurchschnitt hilft bei der Bewertung, wie ein Krankenhaus im Vergleich zu allen anderen abschneidet. Ein Beispiel: Im Durchschnitt erhalten 99 Prozent der Krankenhauspatientinnen und -patienten vorbeugend Antibiotika, bevor ihnen ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wird. Ein Krankenhaus mit einem Ergebnis von 98 Prozent liegt dann unter dem Bundesdurchschnitt. Die Abweichung ist jedoch nicht so groß, dass das Ergebnis „rechnerisch auffällig“ wäre. Denn für diese Einstufung ist der *Referenzbereich* entscheidend. Er dient dazu, unauffällige Qualitätsergebnisse von rechnerisch auffälligen und damit zu überprüfenden Ergebnissen zu unterscheiden.

Bei der vorbeugenden Gabe von Antibiotika liegt der Referenzbereich zum Beispiel bei mindestens 95 Prozent.

Datenschutz

Die Krankenhäuser müssen in ihren Qualitätsberichten für jede Fachabteilung angeben, wie oft ein Eingriff (beispielsweise der Einsatz eines Herzschrittmachers) durchgeführt wurde. Die Daten der Patientinnen und Patienten werden dabei anonymisiert – das heißt, es ist nicht ersichtlich, auf wen sich die Daten beziehen. Wenn weniger als vier Menschen behandelt wurden, wird die Patientenzahl in den Qualitätsberichten nicht angegeben. Der Grund: Bei einer so kleinen Patientenzahl ließe sich möglicherweise nachvollziehen, welche Personen sich hinter den Daten verbergen.

Diagnosen

Bei der Qualitätssicherung werden Erkrankungen („Diagnosen“) nach einer internationalen Klassifikation der Krankheiten eingeteilt. Damit kann sehr genau angegeben werden, warum jemand im Krankenhaus behandelt wurde. Die Krankheiten werden nach Körperregionen oder Krankheitsbereichen in Kapitel unterteilt (zum Beispiel Krankheiten des Auges oder des Muskel-Skelett-Systems) und dann innerhalb des Kapitels genauer benannt (zum Beispiel grauer Star oder Gelenkverschleiß) (siehe auch *ICD-Kode*).

Disease-Management-Programm (DMP)

Ein DMP ist ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Menschen mit einer chronischen Krankheit (englisch: disease). Kernidee von DMPs ist es, den Patientinnen und Patienten die verschiedenen Behandlungsangebote koordiniert und abgestimmt anzubieten und sie bei der Mobilisierung von Eigeninitiative im Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen. Die Anforderungen an DMPs werden vom *Gemeinsamen Bundesausschuss* festgelegt und entsprechend aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse ständig weiterentwickelt. Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte werden geschult, damit es seltener zu Komplikationen und Folgeerkrankungen kommt. Krankenhäuser, die an einem DMP teilnehmen, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen und sich mit den einweisenden Ärztinnen und Ärzten abstimmen. Zurzeit gibt es DMP für Diabetes Typ 1, für Diabetes Typ 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit, Asthma bronchiale und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD).

Dokumentationsrate

Krankenhäuser sind im Rahmen der Qualitätssicherung verpflichtet, bestimmte Leistungen zu dokumentieren. Die Dokumentationsrate ergibt sich aus dem Abgleich zwischen den tatsächlich erbrachten Leistungen eines Krankenhauses mit den dokumentierten Qualitätsdaten.

In der *Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern* (QSKH-RL) sind Sanktionsmechanismen gegenüber Krankenhäusern vorgesehen, die die geforderten Dokumentationsraten nicht erfüllen. Bei einer weitgehend vollständigen Dokumentation kann davon ausgegangen werden, dass vom Krankenhaus auch Leistungen mit weniger guter Qualität abgebildet werden.

Einrichtungsinernes Qualitätsmanagement

Krankenhäuser sind gesetzlich zu einem einrichtungsinernen Qualitätsmanagement (QM) verpflichtet. Ziel dieses QM ist es, patientenorientiert zu arbeiten, Fehler zu vermeiden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu beteiligen und die Arbeit im Krankenhaus fortwährend zu verbessern. Im Qualitätsbericht sind die für das QM zuständigen Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner eines Krankenhauses anzugeben. Ein Krankenhaus kann dort auch beschreiben, mit welchen Maßnahmen es für eine gute Qualität sorgt.

Empirisch-statistische Bewertung

Nicht jedes Kriterium ist gleich gut geeignet, um die Behandlungsqualität verschiedener Krankenhäuser miteinander zu vergleichen. Deshalb werden alle Kriterien (die sogenannten *Qualitätsindikatoren*) jährlich statistisch und empirisch bewertet, um zu prüfen, ob sie auch für einen öffentlichen Qualitätsvergleich innerhalb der Qualitätsberichte der Krankenhäuser geeignet sind. Der *Gemeinsame Bundesausschuss* sieht nur diejenigen Qualitätsindikatoren verbindlich für die vergleichende Berichterstattung vor, die beispielsweise auch aufgrund ihrer Relevanz für die Behandlungsqualität und der Verständlichkeit des Indikators als „gut“ geeignet bewertet wurden. „Mäßig“ oder „schwach“ geeignete Qualitätsindikatoren werden für die Berichterstattung eingeschränkt oder gar nicht empfohlen.

Ergebnisqualität

Wie geht es einer Patientin oder einem Patienten am Ende eines Krankenhausaufenthalts? Wie ist das Ergebnis der Behandlung? Das sind zentrale Fragen der Qualitätssicherung hinsichtlich der „Ergebnisqualität“. Die Ergebnisqualität wurde im Jahr 2013 in 30 *Leistungsbereichen* gemessen, zum Beispiel in der Geburtshilfe und bei großen Operationen an der Bauchspeicheldrüse. Zusammen mit der *Strukturqualität* und der *Prozessqualität* soll die Ergebnisqualität die verschiedenen Dimensionen der Qualität eines Krankenhauses abbilden.

Externe stationäre Qualitätssicherung

Bei der externen stationären Qualitätssicherung müssen Krankenhäuser ihre Behandlungsdaten in ausgewählten *Leistungsbereichen* dokumentieren und zur Auswertung an das *IQTIG* beziehungsweise die jeweilige *Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung* übermitteln. Die Ergebnisse werden den Krankenhäusern zurückgespiegelt. So hat jedes Krankenhaus die Möglichkeit, den eigenen Leistungsstand im Vergleich zu anderen einzuschätzen. Hat ein Krankenhaus ein rechnerisch auffälliges Ergebnis, kann dies ein Hinweis auf die Notwendigkeit qualitätsverbessernder Maßnahmen sein (siehe *Strukturierter Dialog*). Die Ergebnisse der externen stationären Qualitätssicherung werden einrichtungsübergreifend jährlich im *Qualitätsreport* dargestellt. Die einzelnen Krankenhäuser veröffentlichen ihre Ergebnisse zudem in ihren Qualitätsberichten.

Fachabteilung

Ein Krankenhaus ist in verschiedene Fachabteilungen gegliedert. Die Anzahl der Fachabteilungen hängt von der Größe des Krankenhauses ab. Fachabteilungen entsprechen in der Regel den medizinischen Fachbereichen – von der Anästhesie bis zur Orthopädie, von der Augenheilkunde bis zur Pathologie. Je nach Krankenhaus kann ein Bereich weiter unterteilt sein – die Chirurgie zum Beispiel in Herz-, Kinder- oder Unfallchirurgie.

Fallzahl

Die Fallzahl gibt an, wie viele Patientinnen und Patienten im Sinne von „Fällen“ pro Jahr in einem Krankenhaus behandelt worden sind. Dabei werden die Behandlungen gezählt – das heißt, wenn ein Patient zweimal im Krankenhaus war, sind das zwei „Fälle“. Im Jahr 2013 wurden in Deutschland 18,8 Millionen Menschen in einem Krankenhaus behandelt. In den Qualitätsberichten sind im Kapitel Qualitätssicherung die Fallzahlen für einzelne Eingriffe aufgelistet, etwa wie oft in einem Krankenhaus ein Herzschrittmacher implantiert oder eine Leber transplantiert wurde.

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem. In ihm sind Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser, Krankenkassen und Patientinnen und Patienten vertreten. Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte. Er legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden. Außerdem beschließt der G-BA Maßnahmen der Qualitätssicherung für Krankenhäuser und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und Zahnärztinnen und Zahnärzte.

Gesetzliche Qualitätssicherung

Der Gesetzgeber sieht im Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verschiedene Maßnahmen vor, die die Qualität der medizinischen Leistungen sichern und weiterentwickeln sollen. Alle Krankenhäuser sind beispielsweise zur Teilnahme an der *externen stationären Qualitätssicherung*, zur Veröffentlichung von *Qualitätsberichten* und zur Etablierung eines *einrichtungsinernen Qualitätsmanagements* verpflichtet.

Für die externe stationäre Qualitätssicherung müssen die Kliniken festgelegte Informationen weitergeben, etwa die Anzahl der Komplikationen bei bestimmten Operationen und wie oft notwendige Behandlungsschritte eingehalten wurden. 2013 wurden etwa 20 Prozent der Krankenhausbehandlungen für 30 ausgewählte Krankheitsbilder, der sogenannten *Leistungsbereiche* auf diese Weise überprüft.

Hauptdiagnosen nach ICD

Weil manche Menschen mehrere Erkrankungen haben, wird für die Qualitätssicherung im Krankenhaus die sogenannte Hauptdiagnose berücksichtigt. Damit ist die Erkrankung gemeint, die den Krankenhausaufenthalt erforderlich gemacht hat. Zu den häufigsten Hauptdiagnosen und damit zu den häufigsten Gründen für einen Krankenhausaufenthalt gehören zum Beispiel Herzschwäche, Schlaganfall, Bluthochdruck, Arthrose des Kniegelenks, Rückenschmerzen und Diabetes (siehe auch *ICD-Kode*).

IQTIG

Der *Gemeinsame Bundesausschuss* (G-BA) hat auf der Basis des § 137a Abs. 1 SGB V am 9. Januar 2015 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (*IQTIG*) gegründet. Das IQTIG erarbeitet im Auftrag des G-BA Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Darstellung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und wirkt an deren Umsetzung mit. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der Entwicklung und Durchführung von Verfahren der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung, der Entwicklung von Kriterien zur Bewertung von Zertifikaten und Qualitätssiegeln und der Publikation der Ergebnisse in einer für die Allgemeinheit verständlichen Form. Das Institut hat seinen Sitz in Berlin.

IQWiG

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, kurz IQWiG, prüft im Auftrag des *Gemeinsamen Bundesausschusses* den Nutzen von neuen Arzneimitteln, die Vor- und Nachteile von Behandlungsmethoden und Untersuchungsverfahren. Es arbeitet fachlich unabhängig und evidenzbasiert, also gestützt auf wissenschaftliche Belege. Zudem stellt das IQWiG im Internet allgemein verständliche Gesundheitsinformationen zur Verfügung.

ICD-Kode

ICD ist die Abkürzung für „International Classification of Diseases“, eine internationale Klassifikation der Krankheiten. Mit Hilfe dieser Klassifikation werden Krankheiten systematisch eingeteilt – etwa für die Dokumentation der Behandlung und für die Abrechnung. Der ICD-Kode besteht aus Buchstaben und Zahlen und umfasst höchstens fünf Stellen. Zum Beispiel der Kode K80.0: K steht für Krankheiten des Verdauungssystems. K80 bezeichnet Krankheiten der Gallenblase. Die Folgeziffer 0 gibt an, dass es sich um Gallenblasensteine mit einer akuten Entzündung handelt. Für die deutsche Version des ICD ist das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) zuständig, das auf seiner Website eine Codesuche anbietet: www.dimdi.de.

Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung

Das Gesundheitswesen ist in Deutschland weitgehend Ländersache. Daher gibt es in jedem Bundesland in der Regel eine Landesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung. In ihr arbeiten die Landesverbände der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft zusammen. Beteiligt sind auch die jeweiligen Ärztekammern, der Pflegerat und in einigen Ländern Patientenvertretungen. Sie bilden in den Landesgeschäftsstellen Expertengremien, die die Daten der Krankenhäuser auswerten und die Ergebnisse vergleichen. Bei auffälligen Ergebnissen führen die jeweiligen Expertengremien den Dialog mit den Krankenhäusern.

Leistungsbereich

In einem Leistungsbereich werden gleiche oder ähnliche medizinische und pflegerische Leistungen eines Krankenhauses zusammengefasst. Im Rahmen der Qualitätssicherung wurden die Behandlungsergebnisse 2013 in 30 Leistungsbereichen dokumentiert und geprüft. Dabei handelt es sich vor allem um häufige Behandlungen, bei denen es Hinweise auf mögliche Qualitätsmängel gibt. Für das Jahr 2013 mussten unter anderem folgende Leistungsbereiche dokumentiert werden: die Behandlung einer Lungenentzündung, Herzschrittmacher-Implantationen und die Versorgung von Neu- und Frühgeborenen.

Leitlinie

Leitlinien beschreiben, welches Vorgehen bei bestimmten gesundheitlichen Problemen angemessen ist. Sie haben den Charakter einer Entscheidungshilfe, vor allem für Ärztinnen und Ärzte. Ihr Ziel ist, für mehr Sicherheit bei der Wahl von Behandlungs- und Untersuchungsmethoden zu sorgen und so die Behandlung zu verbessern. Leitlinien werden systematisch entwickelt und sollten auf dem aktuellen Stand des Wissens basieren.

Mindestmengenregelung

Bestimmte Krankenhausbehandlungen scheinen bessere Ergebnisse zu erzielen, wenn sie häufig durchgeführt werden. Deshalb hat der *Gemeinsame Bundesausschuss* in einigen Bereichen sogenannte Mindestmengen festgelegt. Krankenhäuser, in denen zum Beispiel früher dreimal pro Jahr eine Leber transplantiert wurde, dürfen diesen Eingriff heute in der Regel nicht mehr durchführen. Mindestmengenregelungen gibt es zum Beispiel für das Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks, große Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse und die Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem sehr geringen Geburtsgewicht. Wenn es in einem Bereich eine Mindestmengenregelung gibt, wird sie im Qualitätsbericht genannt.

Organisationseinheit

In den Qualitätsberichten werden alle *Fachabteilungen* und Organisationseinheiten eines Krankenhauses dargestellt. Eine Organisationseinheit kann eine medizinische Fachabteilung sein, die eigenständig geführt wird, etwa die Innere Medizin. Es kann

sich aber auch um einen kleineren Bereich handeln, etwa um eine von drei Stationen der Fachabteilung für Innere Medizin. Auch ein Bereich wie die Anästhesie, die selbst keine Betten hat, kann eine Organisationseinheit sein.

OPS-Kode

OPS ist die Abkürzung für „Operationen- und Prozeduren-Schlüssel“. Darin sind alle Operationen und Behandlungsmaßnahmen systematisch erfasst. Der OPS umfasst sechs Kapitel, die nach Zahlen geordnet sind. Ein Kapitel umfasst zum Beispiel diagnostische Maßnahmen, ein anderes Medikamente. OPS 3-203 steht zum Beispiel für eine Computertomografie von Wirbelsäule und Rückenmark. Den größten Umfang hat das Kapitel 5, das die Operationen verschlüsselt. Ein Beispiel: Der OPS-Kode 5-526.21 steht für eine Operation (5-) an der Bauchspeicheldrüse (52) mittels Endoskop (6), bei der Steine (2) mittels Ballonkatheter (1) entfernt werden. Der Operationen-Schlüssel ist die Grundlage für die Kostenabrechnung der Krankenhäuser und gilt auch für ambulante Operationen.

Patientenfürsprecherin/Patientenfürsprecher

Die Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher eines Krankenhauses prüfen Anregungen und Beschwerden von Patientinnen und Patienten und geben diese an das Krankenhaus weiter. Man kann sich mit ganz unterschiedlichen Fragen an sie wenden, etwa bei Problemen mit den Besuchszeiten, der Pflegequalität oder dem Essen. Die meisten Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher sind ehrenamtlich tätig.

Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Das Sozialgesetzbuch verpflichtet alle Krankenhäuser, ihre Qualität intern zu prüfen. Zu diesem *einrichtungsinternen Qualitätsmanagement* gehört auch ein patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement. Dies soll sicherstellen, dass Lob und Kritik von Patientinnen und Patienten systematisch erfasst und berücksichtigt werden, um die Qualität zu verbessern. Ansprechpartnerinnen und -partner für das Lob- und Beschwerdemanagement werden in den Qualitätsberichten genannt.

Prozeduren nach OPS

Wer ins Krankenhaus kommt, muss nicht immer operiert werden. Alle medizinischen Maßnahmen jenseits einer Operation werden als „Prozeduren“ bezeichnet. Darunter fallen etwa Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren (zum Beispiel: Röntgen, Ultraschall, medikamentöse Behandlungen und Bewegungstherapien. Diese medizinischen Maßnahmen werden nach einem internationalen Standard klassifiziert: dem Operationen- und Prozeduren-Schlüssel, kurz OPS. Den allergrößten Teil des OPS machen allerdings Operationen aus (siehe auch *OPS-Kode*).

Prozessqualität

Wie gut die Abläufe im Krankenhaus funktionieren, gilt als eine von mehreren Voraussetzungen für Qualität. Die Prozessqualität betrifft alle Vorgänge in einem Krankenhaus – die Aufklärung der Patientinnen und Patienten, den Ablauf einer Operation oder Untersuchung, die Art der Pflege. Ein Kriterium für die Prozessqualität ist, ob festgelegt ist, welche Arbeitsschritte erforderlich sind und ob ein Prozess auch tatsächlich wie vorgesehen abläuft. Zusammen mit der *Strukturqualität* und der *Ergebnisqualität* soll die Prozessqualität die Qualität eines Krankenhauses abbilden.

Qualitätsbericht

Qualitätsberichte informieren über die Struktur eines Krankenhauses, seine Leistungsangebote und über Behandlungsergebnisse in einzelnen *Leistungsbereichen*. Sie sollen die Arbeit der Krankenhäuser transparent machen und vor allem Patientinnen und Patienten sowie einweisenden Ärztinnen und Ärzten bei der Suche nach einer passenden Klinik helfen. Auch die Krankenhäuser selbst können die Daten nutzen, um ihre Ergebnisse mit denen anderer Häuser zu vergleichen. Alle Krankenhäuser, die gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten behandeln, müssen seit 2005 Qualitätsberichte vorlegen. Seit dem Berichtsjahr 2012 sind jährliche Qualitätsberichte vorgeschrieben.

Qualitätsindikator

Qualitätsindikatoren sind Instrumente, mit deren Hilfe relevante Aspekte der Behandlungsqualität gemessen werden können. Sie können die *Struktur*-, die *Prozess*- und die *Ergebnisqualität* eines *Leistungsbereichs* betreffen. Die über die Qualitätsindikatoren erfassten Werte können Aufschluss darüber geben, ob die Behandlungsqualität in einem Krankenhaus sich verbessert oder verschlechtert hat. Welche Qualitätsindikatoren verwendet werden, entscheidet der *Gemeinsame Bundesausschuss*. Ein unabhängiges Institut, das IQTIG, entwickelt die Qualitätsindikatoren in dessen Auftrag auf Grundlage der aktuellen Forschung. Für das Jahr 2013 gab es insgesamt 434 Qualitätsindikatoren in der externen Qualitätssicherung. Die Ergebnisse von 295 Indikatoren wurden in den Qualitätsberichten veröffentlicht. Meist gibt es mehrere Qualitätsindikatoren für einen Leistungsbereich. Im Leistungsbereich „Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks“ gibt es zum Beispiel einen Qualitätsindikator, der misst, wie oft vor der Operation vorbeugend Antibiotika gegeben wurde.

Qualitätsreport

Der Qualitätsreport ist ein Report über die Krankenhausqualität in Deutschland, für den jährlich mehrere Millionen Datensätze aus allen Krankenhäusern ausgewertet werden. Der Report fasst die Ergebnisse der *externen stationären Qualitätssicherung* für die interessierte (Fach-)Öffentlichkeit zusammen und wird im Auftrag des *Gemeinsamen Bundesausschusses* von einem unabhängigen Institut, dem *IQTIG*, erstellt. Der Qualitätsreport kann aufzeigen, wenn es in bestimmten Bereichen

Qualitätsdefizite, aber auch -verbesserungen gibt. Die Auswertung geschieht anonymisiert, das heißt, die Krankenhäuser werden nicht namentlich genannt.

Referenzbereich

Der Referenzbereich ist ein festgelegter Toleranzbereich für die Qualitätsmessung. Ein Referenzbereich wird für die meisten Qualitätsindikatoren festgelegt. Ein Beispiel: Wer mit einem Bruch des Oberschenkelknochens ins Krankenhaus kommt, sollte nicht länger als 48 Stunden auf eine Operation warten müssen. Der Referenzbereich gibt an, bei wie vielen Patientinnen und Patienten diese Vorgabe höchstens überschritten werden darf. Er liegt bei einem Bruch des Oberschenkelknochens bei höchstens 15 Prozent. Wurden zum Beispiel 10 Prozent der Menschen erst nach 48 Stunden operiert, liegt das Ergebnis im Referenzbereich. Es ist „rechnerisch unauffällig“. Mussten in einem Krankenhaus hingegen 17 Prozent aller Betroffenen mehr als 48 Stunden warten, liegt das Ergebnis außerhalb des Referenzbereichs. Das Ergebnis ist „rechnerisch auffällig“ und wird genauer hinterfragt, da es Rückschlüsse auf mangelnde Qualität geben kann.

Referenzbericht

Die Krankenhäuser müssen ihre Qualitätsberichte als maschinenlesbare Version im XML-Format übermitteln. Das ist eine spezielle Computersprache, die für den Datenaustausch verwendet wird und schwer lesbar ist. Die vollständigen Originalversionen der Qualitätsberichte sollen aber auch öffentlich zugänglich sein. Deshalb unterhält der Gemeinsame Bundesausschuss eine Datenbank, die die XML-Versionen in lesbare PDF-Dateien umwandelt und zum Download anbietet. Diese sogenannten Referenzberichte sind auf der Website des Gemeinsamen Bundesausschusses abrufbar.

Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

Wenn ein psychiatrisches Krankenhaus oder eine psychiatrische Abteilung gesetzlich verpflichtet ist, psychisch kranke Menschen aus einer bestimmten Region aufzunehmen, spricht man von einer „regionalen Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie“. Hat ein Krankenhaus eine solche Verpflichtung, wird das im Qualitätsbericht angegeben. Es benötigt dafür eine besondere Fachkompetenz. Psychisch kranke Menschen können jedoch unabhängig davon auch ein anderes psychiatrisches Krankenhaus wählen.

Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL)

Die QSKH-Richtlinie regelt die gesetzlichen Vorgaben der *externen stationären Qualitätssicherung* und wird vom *Gemeinsamen Bundesausschuss* (G-BA) beschlossen. Der G-BA bestimmt darin unter anderem, welche Maßnahmen Krankenhäuser ergreifen müssen, um eine gute Qualität sicherzustellen. So wird zum Beispiel festgelegt, in welchen *Leistungsbereichen* die Krankenhäuser ihre Qualitätsdaten dokumentieren müssen.

Risikoadjustierung

Mithilfe der Risikoadjustierung wird versucht, bei der Bestimmung des Behandlungserfolges eines Krankenhauses die individuellen Risiken der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen. Dies ist erforderlich, weil nicht nur die Behandlungsqualität bestimmt, wie es jemandem am Ende eines Krankenhausaufenthalts geht. Die Schwere einer Erkrankung, das Alter, Vorerkrankungen und auch das Verhalten einer Patientin oder eines Patienten können als „Risiken“ den Erfolg einer Behandlung ebenso beeinflussen. Ein einfacher Vergleich der Ergebnisse wäre deshalb nicht aussagekräftig. Wenn in einem Krankenhaus zum Beispiel deutlich mehr alte und schwer kranke Menschen versorgt werden als in einem anderen, kann dort auch die Sterblichkeit beim Einsetzen eines Herzschrittmachers höher sein. Dies muss jedoch nicht bedeuten, dass die Behandlungsqualität dort schlechter ist als in einem Krankenhaus mit jüngeren und weniger kranken Menschen. Soweit möglich, sollen risikobedingte Verzerrungen mithilfe statistischer Rechenmodelle ausgeglichen werden. Für die verschiedenen *Qualitätsindikatoren* werden verschiedene Methoden der Risikoadjustierung eingesetzt.

Spezielles therapeutisches Personal

Krankenhäuser beschäftigen neben ärztlichem und pflegerischem Personal verschiedene andere Fachkräfte, die bei der Behandlung mitarbeiten. Das können Fachkräfte unterschiedlicher Bereiche sein, etwa aus der Physiotherapie, Ernährungsberatung, Massage, Logopädie, Ergotherapie, Kunst- oder Musiktherapie. Wenn für eine Behandlung bestimmte Fachkräfte erforderlich sind, kann es sinnvoll sein, bei der Suche nach einem Krankenhaus auch nach „speziellem therapeutischem Personal“ zu schauen.

Strukturierter Dialog

Die Qualitätssicherung in deutschen Krankenhäusern basiert auf Maßnahmen zur Qualitätsförderung und -verbesserung. Eine dieser Maßnahmen, die in der *Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern* (QSKH-RL) geregelt sind, besteht im Austausch zwischen den zuständigen Stellen auf Bundes- und Landesebene und den Krankenhäusern. Das Verfahren heißt „Strukturierter Dialog“ und beginnt, wenn die Ergebnisse der *Qualitätssicherungsdaten* nicht im vorgegebenen *Referenzbereich*, einem Toleranzbereich für die Qualitätsbewertung liegen. Fachleute der hierfür beauftragten Stellen treten mit den Krankenhäusern in den Dialog, um herauszufinden, ob das rechnerisch auffällige Ergebnis nur auf Dokumentationsfehler oder tatsächlich auf eine weniger gute Behandlungsqualität zurückzuführen ist.

Sollten Qualitätsdefizite festgestellt werden, sind verschiedene Maßnahmen möglich, um die Krankenhäuser zu unterstützen. So kann ein Krankenhaus oder Abteilung zum Beispiel zu einem Gespräch eingeladen werden. Oder es wird ein Besuchstermin im Krankenhaus vereinbart, um die Auffälligkeiten vor Ort zu klären oder Verbesserungen vorzuschlagen. Als weitere Maßnahme kann eine Zielvereinbarung mit dem Krankenhaus geschlossen werden.

Struktur- und Leistungsdaten

Im ersten Teil eines Qualitätsberichts informiert jedes Krankenhaus über seine Abteilungen, sein Personal und seine Behandlungsmöglichkeiten, von der Aromatherapie bis zur Wochenbettgymnastik. Diese Angaben werden als Struktur- und Leistungsdaten bezeichnet.

Strukturqualität

Die Struktur oder Ausstattung eines Krankenhauses ist eine von mehreren Voraussetzungen für eine gute Behandlung. Dazu gehören die Zahl und Art der technischen Geräte sowie die Zahl und Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auch Weiterbildungen gehören zur Strukturqualität. Zusammen mit der *Prozessqualität* und der *Ergebnisqualität* soll die Strukturqualität die Qualität eines Krankenhauses abbilden.

Universitätsklinikum

Ein Universitätsklinikum ist ein Krankenhaus, das an die medizinische Fakultät einer Universität angegliedert ist. Neben der Behandlung und Pflege wird an einem Universitätsklinikum auch geforscht und ausgebildet. Manche Ärztinnen, Ärzte und Pflegekräfte lehren auch an der Universität.

Vertrauensbereich

Um besser einschätzen zu können, wie aussagekräftig *Qualitätsindikatoren* sind, gibt es sogenannte Vertrauensbereiche. Ein Vertrauensbereich gibt an, in welchem Bereich der „wahre“ Wert eines Qualitätsindikators mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit erwartet werden kann, wenn man zufällige Faktoren wie Fehler bei der Dokumentation miteinbezieht.

XML-Daten

Die Abkürzung XML steht für „Extensible Markup Language“, eine spezielle Computersprache, die für den Datenaustausch verwendet wird. Nach einem Beschluss des *Gemeinsamen Bundesausschusses* (G-BA) müssen die Krankenhäuser die *Qualitätsberichte* in dieser maschinenverwertbaren Version liefern. Damit können sie in Datenbanken von Krankenhaus-Suchmaschinen genutzt werden. Trotzdem soll auch die Originalversion öffentlich zugänglich und lesbar sein. Deshalb unterhält der G-BA eine Referenzdatenbank, die die XML-Versionen als PDF-Dateien aufbereitet. Die Daten werden für alle Krankenhäuser in gleicher Weise als Referenzbericht aufbereitet und zum Download angeboten.

Zähler/Nenner

Dieser Wert setzt auffällige Ergebnisse mit der Gesamtzahl der behandelten Fälle in Beziehung. Er vermittelt so einen Eindruck davon, wie oft es bei bestimmten Be-

handlungen zu Problemen gekommen ist. Ein Beispiel: Beim Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks steht die Zahl der insgesamt operierten Menschen im Nenner. Im Zähler steht die Zahl der Personen, bei denen es zu Komplikationen wie einer Wundinfektion gekommen ist. Krankenhäuser müssen diesen Wert für jeden Qualitätsindikator angeben.

Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft

Um bei Arbeitsunfällen eine schnelle und sachgemäße Versorgung zu sichern, gibt es in Krankenhäusern sogenannte Durchgangsärztinnen und -ärzte. Sie sind Chirurginnen und Chirurgen oder Orthopädinnen und Orthopäden und haben eine unfallmedizinische Ausbildung. Diese Ärztinnen und Ärzte entscheiden nach der Diagnose über die weitere Therapie. Besitzt ein Krankenhaus eine Zulassung zum Durchgangsarztverfahren der Berufsgenossenschaft, gilt das als Hinweis auf eine besondere unfallmedizinische Ausstattung und Erfahrung.