

FAQ

zum OP-Benchmarking des VOPM, BDA/DGAI und BDC

Inhalt

1. Strukturdaten	3
1.1. Welche Daten sollen für das Benchmarking-Programm hinterlegt werden?	3
1.2. Wann müssen die Strukturdaten angepasst werden?	3
1.3. Wann werden die Strukturdaten nicht angepasst?	3
1.4. Wie werden die Strukturdaten an digmed übermittelt?	3
2. Strukturdatentool	3
2.1. Krankenhaus: Basisinformationen	3
2.1.1. Was ist die „Abkürzung“?	3
2.1.2. Wie erfolgt die Einordnung in eine Versorgungsstufe?	3
2.1.3. Wann sollten mehrere Standorte/Häuser angelegt werden?	4
2.2. Krankenhaus: Strukturinformationen	4
2.2.1. Was ist eine „Holding Area“?	4
2.2.2. Was ist eine „Überlappende Einleitung“?	4
2.2.3. Welcher Case Mix Index (CMI) soll angegeben werden?	4
2.3. Krankenhaus: Personalinformationen.....	5
2.3.1. Was ist eine „Vollkraft“(VK)?	5
2.3.2. Für welche Bereiche müssen die Kosten und die VK übermittelt werden?	5
2.3.3. Wie lange sind die Personalinformationen gültig?	5
2.4. Fachabteilungen	5
2.4.1. Was unter dem „Auswertungsbereich“ zu verstehen?	5
2.4.2. Welche Angaben sind bei „zugehörige Fachabteilung“ zu machen?	6
2.4.3. Wozu wird der Fachrichtungsschlüssel benötigt?	6
2.4.4. Welcher Case Mix Index (CMI) soll angegeben werden?	6
2.4.5. Können mehrere Kliniken/Fachabteilungen zusammen ausgewertet werden?	6
2.5. Fachabteilungen: Kernbetriebszeit (KBZ)	6
2.5.1. Wie unterscheidet sich die Kernarbeitszeit (KAZ) von der Kernbetriebszeit (KBZ)?	6
2.5.2. Wie wird die KBZ ermittelt?	6

2.5.3.	Wie spiegelt sich die KBZ der Fachabteilungen in den Auswertungen wieder?.....	7
2.6.	Fachabteilungen: Zugeteilte Kapazität in Minuten	7
2.6.1.	Wie werden die Kapazitäten ermittelt?.....	7
2.6.2.	Zwei Fachabteilungen nutzen einen Saal im wöchentlichen Wechsel. Welche Kapazitäten werden hinterlegt?	7
2.7.	Fachabteilungen: Zielzeiten zum morgendlichen Beginn	7
2.7.1.	Welche Zielzeiten müssen angegeben werden?	7
2.7.2.	Welche Zielzeiten können angegeben werden, wenn ein Saal erst mittags von einer Fachabteilung in Betrieb genommen wird?.....	7
2.7.3.	Wo finden sich die Angaben zum morgendlichen Beginn in den Auswertungen wieder? .	7
2.8.	Säle	7
2.8.1.	Was ist der Unterschied, zwischen „Saal Kurzform“ und „Saalbezeichnung“?	7
2.8.2.	Können mehrere Säle (z.B. ZOP) zusammen ausgewertet werden?	8
2.8.3.	Was ist ein „regulärer OP Saal“?.....	8
2.8.4.	Welche Auswirkung hat die Information in der Spalte „Anzeige des Morgendlichen Beginns“?	8
2.8.5.	Welche Auswirkung hat die Angabe in der Spalte „Berücksichtigung der Wechselzeiten“?	8
3.	Rohdaten	8
3.1.	Allgemein.....	8
3.1.1.	Wo finden sich die Definitionen der einzelnen Prozessschritte?	8
3.1.2.	Wie werden die Rohdaten an digmed übermittelt?.....	8
3.2.	Saalpausen.....	9
3.2.1.	Wann können Saalpausen gemeldet werden?	9
3.2.2.	Wie wirken sich Saalpausen im Benchmarking-Programm aus?.....	9
3.3.	Plausibilitätsprüfung.....	9
3.3.1.	Welche Plausibilitätsprüfungen führt digmed durch?.....	9
3.3.2.	Können als unplausibel gekennzeichnete Datensätze korrigiert werden?	9
3.3.3.	Welche Auswirkungen haben fehlende Strukturdaten von Klinken/Sälen?	9

1. Strukturdaten

1.1. Welche Daten sollen für das Benchmarking-Programm hinterlegt werden?

Mit den Strukturdaten wird das Haus im System abgebildet, um so einen Soll-Ist-Abgleich zu ermöglichen. Diese Strukturdaten sollen die vorhersehbare, verlässliche und regelbasierte Planungsgrundlage abbilden.

1.2. Wann müssen die Strukturdaten angepasst werden?

Kommt es zu einer Änderung der Planungsgrundlage, nach der zukünftig regelhaft anders als bisher verfahren werden soll, so sind die Strukturdaten entsprechend anzupassen. Die Effektivität der beschlossenen Maßnahme kann sonst nicht kontrolliert werden. Es wird darüber hinaus empfohlen, die hinterlegten Strukturdaten einmal jährlich zu überprüfen und ggf. anzupassen.

1.3. Wann werden die Strukturdaten nicht angepasst?

Kurzfristige Veränderungen der Arbeitsvoraussetzungen (Urlaub, Krankheit, Umbaumaßnahmen etc.) begründen keine Anpassung der Strukturdaten, da es sich nicht um eine Änderung der Planungsgrundlage handelt. Der Einwand „Aber in diesem besonderen Fall gilt eine Ausnahme, weil...“ kann sich nicht auf eine regelhafte Veränderung beziehen.

1.4. Wie werden die Strukturdaten an digmed übermittelt?

Das ausgefüllte Excel-Strukturdatentool wird verschlüsselt an folgende E-Mailadresse übermittelt: daten@digmed.de.

2. Strukturdatentool

2.1. Krankenhaus: Basisinformationen

2.1.1. Was ist die „Abkürzung“?

Die „Abkürzung“ ist eine frei wählbare Kurzbezeichnung für das Krankenhaus. Sie kann sowohl Buchstaben als auch Ziffern beinhalten, darf jedoch zehn Zeichen nicht überschreiten. Die Abkürzung findet sich in den Auswertungen wieder.

2.1.2. Wie erfolgt die Einordnung in eine Versorgungsstufe?

Da sich Krankenhäuser unterschiedlicher Versorgungsstufen strukturell stark voneinander unterscheiden, ermöglicht die Einordnung zu einer Versorgungsstufe im Benchmarking den Vergleich mit anderen Krankenhäusern derselben Versorgungsstufe. Zu den Versorgungsstufen gibt es keine einheitliche Definition. Darum ist eine Selbsteinstufung durch die Benchmarking-Teilnehmer erforderlich. Folgende Erläuterungen helfen bei der Selbsteinordnung.

- **Grund- & Regelversorger:**
 - ca. 5.000 Eingriffe pro Jahr
 - Umfassen die Fachrichtungen Chirurgie und/oder Innere Medizin
 - Eventuell kann das Versorgungsangebot durch andere Fachgebiete (z.B. Gynäkologie und Geburtshilfe) ergänzt werden

- **Schwerpunktversorger:**
 - ca. 10.000 Eingriffe pro Jahr
 - Das Versorgungsangebot umfasst neben Innerer Medizin auch Spezialisierungen der Chirurgie
 - Das Versorgungsangebot ist durch weitere Fachabteilungen ergänzt
 - ggf. Herzkatheterlabor
 - Polytraumaversorgung
 - Erweiterte Bildgebung, 24 Stunden CT und ggf. NMR
- **Maximalversorger:**
 - über 10.000 Eingriffe pro Jahr
 - Das Versorgungsangebot umfasst neben Innerer Medizin auch Spezialisierungen der Chirurgie
 - Das Versorgungsangebot ist durch zahlreiche weitere Fachabteilungen ergänzt
 - Herzkatheterlabor
 - Polytraumaversorgung (einschließlich Schädelhirntrauma)
 - Erweiterte Bildgebung, 24 Stunden CT und 24 Stunden NMR
- **Universitätskrankenhaus:**
 - Sie nehmen die Aufgaben der Maximalversorgung wahr
 - Die besonderen Aufgaben aus Forschung und Lehre sind in die Planung mit einzu-beziehen
- **Fachkrankenhaus:**
 - Hier werden Patienten bestimmter Krankheitsarten oder Altersstufen behandelt (z.B. Kinderkrankenhaus, Fachkrankenhaus für Thoraxchirurgie)

Bei diesen Erläuterungen kann nicht jeder Einzelfall abgebildet werden. Für Rückfragen stehen Ihnen die digmed-Mitarbeiter sehr gerne zur Verfügung.

2.1.3. Wann sollten mehrere Standorte/Häuser angelegt werden?

Nur wenn eine Gesamtbetrachtung nicht sinnvoll ist (z.B. bei ausgegliederten, eigenständigen AOZs, MVZs oder physisch unabhängigen Standorten), empfiehlt sich eine Unterteilung in mehrere Standorte/Häuser. Es ist zu prüfen, ob eine entsprechende [Clusterung](#) der Fachabteilungen sinnvoller ist.

2.2. Krankenhaus: Strukturinformationen

2.2.1. Was ist eine „Holding Area“?

Eine „Holding Area“ bietet die Möglichkeit, für eine Operation vorgesehene Patienten im OP-Trakt unmittelbar abrufbereit vorzuhalten. Dadurch sollen Verzögerungen im Bestellablauf vermieden werden. Ggf. können hier auch schon vorbereitende Maßnahmen am Patienten durchgeführt werden.

2.2.2. Was ist eine „Überlappende Einleitung“?

Werden die Anästhesieausleitung des vorrangegangenen Patienten und die Einleitung der Anästhesie des nachfolgenden Patienten parallelisiert, spricht man von einer überlappenden Einleitung. Hierfür ist ein zusätzliches Anästhesieteam erforderlich.

2.2.3. Welcher Case Mix Index (CMI) soll angegeben werden?

Die Angabe des CMI erfolgt als Gesamt-CMI der operativen Fächer. Konservativ behandelte Fälle operativer Abteilungen werden in den CMI mit eingeschlossen. Der CMI ist jeweils im Februar des Folgejahres an digmed zu übermitteln (mit dem Stand 31. Januar).

2.3. Krankenhaus: Personalinformationen

2.3.1. Was ist eine „Vollkraft“(VK)?

Eine VK entspricht einem in Vollzeit arbeitenden Mitarbeiter. Sind Mitarbeiter in Teilzeit beschäftigt, zählen diese entsprechend ihrem Beschäftigungsgrad.

Synonyme: Full-time equivalent (FTE), Vollzeitäquivalent (VZÄ), Vollbeschäftigteneinheit (VBE), Vollzeit-Arbeitskraft, Vollzeitmitarbeiter, Mitarbeiteräquivalent (MÄ), Mitarbeiterkapazität(en) (MAK)

2.3.2. Für welche Bereiche müssen die Kosten und die VK übermittelt werden?

Diese Angaben erfolgen für alle Bereiche, in denen operative Leistungen durch die Berufsgruppen OP-Funktionsdienst, Anästhesie-Funktionsdienst und Anästhesie-ärztlicher Dienst erbracht werden. Außer dem (Zentral-) OP gehören dazu auch:

- Bereiche ganz oder teilweise in fremdem Management (z.B. amb. OP-Zentrum, sofern nicht wie in [2.1.3](#) separat angelegt)
- Anästhesie- und OP-Funktionsdienst und Anästhesie-ärztlicher Dienst und alle im Aufwachraum arbeitende Mitarbeiter
- Anästhesie - und OP-Funktionsdienst und Anästhesie -ärztlicher Dienst in den Außenbereichen
 - ICU-Transporte
 - Schockraum
 - MRT/ CT
 - Intervent. Radiologie
 - Strahlentherapie
 - Narkosesprechstunden / Prämedikation

Grundlage der Berechnung bilden die VK-Jahresdurchschnittswerte und die Summe der Bruttoarbeitsgeberentgelte des Vorjahres.

Honorarkräfte der jeweiligen Dienstarten sind in diese Angabe mit einzubeziehen.

Nicht berücksichtigt werden VK, welche für die Intensivstation, für den Rettungsdienst oder für die Schmerztherapie eingesetzt werden.

2.3.3. Wie lange sind die Personalinformationen gültig?

Die übermittelten Personalinformationen werden als Grundlage für die Benchmarking-Kennzahlen „Eingriffe / Schnitt-Naht-Minuten je Vollkraft“ (Anzahl VK) und „Personalkosten je Eingriff / Schnitt-Naht-Minute“ (Personalkosten) so lange fortgeschrieben, bis aktuellere Informationen für das Benchmarking zur Verfügung stehen.

Die Entgelte sind jeweils im Februar des Folgejahres an digmed zu übermitteln (mit dem Stand 31. Januar).

2.4. Fachabteilungen

2.4.1. Was unter dem „Auswertungsbereich“ zu verstehen?

Im Auswertungsbereich ist festgelegt, unter welcher Bezeichnung eine Fachabteilung im Benchmarking und im Reporting zur Auswahl stehen soll. Diese Bezeichnung ist frei wählbar.

Beispiel: Ist die Allgemein Chirurgie im Krankenhausinformationssystem (KIS) mit „OPA123“ bezeichnet, so kann als Auswertungsbereich „ACH“ angegeben werden.

2.4.2. Welche Angaben sind bei „zugehörige Fachabteilung“ zu machen?

Die Spalte „zugehörige Fachabteilung“ gibt an, wie die Fachabteilungen in den Roh- bzw. Prozessdaten bezeichnet sind.

Nur so können die erbrachten Leistungen eindeutig zugeordnet werden.

Beispiel: Ist die Allgemein Chirurgie im KIS mit „OPA123“ bezeichnet, so kann als Auswertungsbereich „ACH“ angegeben werden, als zugehörige Fachabteilung muss jedoch „OPA123“ genannt werden.

2.4.3. Wozu wird der Fachrichtungsschlüssel benötigt?

Der Fachrichtungsschlüssel dient der Zuordnung einer Fachabteilung zu einer Fachdisziplin. So wird ein intradisziplinärer Vergleich mit anderen Krankenhäusern im Benchmarking ermöglicht.

2.4.4. Welcher Case Mix Index (CMI) soll angegeben werden?

Die Angabe des CMI erfolgt als Gesamt-CMI. Konservativ behandelte Fälle der jeweiligen Fachabteilung werden in den CMI mit eingeschlossen. Der CMI ist jeweils im Februar des Folgejahres an digmed zu übermitteln (mit dem Stand 31. Januar).

2.4.5. Können mehrere Kliniken/Fachabteilungen zusammen ausgewertet werden?

Ja. Das ist ggf. sinnvoll, wenn mehrere Kliniken/Fachabteilungen organisatorisch (personeLL/räumlich) zusammen gehören, im KIS jedoch als unterschiedliche Fachabteilungen dokumentiert werden.

Beispiel 1: Im KIS werden Fälle der GYN und der GEB getrennt dokumentiert. Diese beiden Kliniken gehören organisatorisch zur Frauenklinik. In den Auswertungen soll nicht zwischen Fällen der GYN und der GEB differenziert werden. In diesem Fall ist beim „Auswertungsbereich“ in zwei Zeilen GYN/GEB anzugeben. Bei „zugehörige Fachabteilung“ wird entsprechend jeweils die GYN und die GEB aus dem KIS übernommen.

Beispiel 2: In einem Haus arbeiten zwei Belegärzte in der HNO und es wird im KIS entsprechend dokumentiert, welcher Arzt die Leistung erbracht hat. Es ist möglich, die HNO also Gesamtabteilung zu betrachten (siehe Beispiel 1) und zusätzlich den beiden Belegärzten einen eigenen Auswertungsbereich zuzuordnen. Die individuelle Situation kann mit digmed abgestimmt werden.

2.5. Fachabteilungen: Kernbetriebszeit (KBZ)

2.5.1. Wie unterscheidet sich die Kernarbeitszeit (KAZ) von der Kernbetriebszeit (KBZ)?

In der Anfangsphase des VOPM-Benchmarkings wurde der Begriff KAZ für die Betriebszeit der Fachabteilung verwendet. Um Verwechslungen zu den Arbeitszeiten der beteiligten Berufsgruppen vorzubeugen, wurde frühzeitig der Begriff KBZ als Synonym etabliert.

2.5.2. Wie wird die KBZ ermittelt?

Die KBZ ist der Zeitraum, in dem die Fachabteilung regelhaft ihre Leistung erbringt. Die Betriebszeit ist die Zeitdauer von 15 Minuten vor dem ersten geplanten OP Beginn (O8) des Tages bis 15 Minuten nach dem geplanten Ende der letzten nachbereitenden operativen Maßnahme (O11) des letzten OP-Falls des Tages. Die KBZ ist damit nur indirekt abhängig von den konkreten Arbeitszeiten der beteiligten Berufsgruppen.

2.5.3. Wie spiegelt sich die KBZ der Fachabteilungen in den Auswertungen wieder?

Da bei vielen Fragestellungen die Prozesse im Regelbetrieb im Fokus stehen, wird bei den Kennzahlen zur Auslastung, zur Naht-Schnitt- und Wechselzeit sowie zu den Schnitt-Naht-Zeiten die Leistung innerhalb und außerhalb der KBZ unterschieden.

2.6. Fachabteilungen: Zugeteilte Kapazität in Minuten

2.6.1. Wie werden die Kapazitäten ermittelt?

Die Kapazität entspricht der Zeit, die einer Fachabteilung zur Verfügung steht, ihre Leistung zu erbringen. Diese Kennzahl inkludiert Rüst-, Produktiv- und Leerlaufzeiten. Die Kapazität in Minuten ermittelt sich aus der KBZ und der Anzahl der Säle.

Beispiel: Hat die Allgemein Chirurgie montags eine KBZ von 08:00-16:00 und arbeitet in zwei Sälen parallel, ergibt sich für Montag eine Kapazität von 960 Minuten. (8 Stunden x 60 Minuten x 2 Säle)

2.6.2. Zwei Fachabteilungen nutzen einen Saal im wöchentlichen Wechsel. Welche Kapazitäten werden hinterlegt?

Es können unterschiedliche Kapazitäten für gerade und ungerade Kalenderwochen angegeben werden.

2.7. Fachabteilungen: Zielzeiten zum morgendlichen Beginn

2.7.1. Welche Zielzeiten müssen angegeben werden?

Für den Vergleich im Benchmarking ist eine Zielzeit „Schnitt“ (O8) unerlässlich. Für eine vollständige Auswertung im Reporting benötigen Sie zusätzliche Angaben zu den Zielzeiten für „Patient an der Schleuse“ (P2) und „Freigabe Anästhesie“ (A7). Diese können pro Fachabteilung und Wochentag individuell festgelegt werden.

2.7.2. Welche Zielzeiten können angegeben werden, wenn ein Saal erst mittags von einer Fachabteilung in Betrieb genommen wird?

Es können für jede Fachabteilung pro Wochentag individuelle Zielzeiten festgelegt werden, also auch für eine Fachabteilung, die erst mittags beginnt.

Die AG-Kennzahlen empfiehlt dieses Vorgehen nur, wenn der Saal vorher nicht durch eine andere Fachabteilung genutzt wurde, da es ansonsten schwierig ist, festzustellen, warum die Übergabe mit Verspätung stattgefunden hat.

2.7.3. Wo finden sich die Angaben zum morgendlichen Beginn in den Auswertungen wieder?

Die Pünktlichkeit des ersten Schnittes ist im Benchmarking abrufbar. Die weiteren Zielzeiten P2 und A7 finden sich in den Reporting-Auswertungen „Vergleich zwischen geplantem und tatsächliche Beginn“, „Vergleich der Erstschnittzeiten“, „Analyse der zeitgerechten Durchführung der einzelnen Prozessschritte“ und der „Abweichung von den vereinbarten morgendlichen Zielzeiten“ wieder.

2.8. Säle

2.8.1. Was ist der Unterschied, zwischen „Saal Kurzform“ und „Saalbezeichnung“?

In der Spalte „Saal Kurzform“ wird festgelegt, welcher Saal mit welcher Bezeichnung im Reporting zur Auswahl stehen soll. Hier könnte z.B. ZOP 1 oder AOZ stehen.

Die Spalte „Saalbezeichnung“ gibt die Information darüber, wie der OP-Bereich in den Roh- bzw. Prozessdaten bezeichnet wird. Das können sowohl Zahlen als auch Buchstabenfolgen sein. So können die erbrachten Leistungen eindeutig zugeordnet werden.

Beispiel: Ist ZOP 1 in im KIS mit „OPSa1“ bezeichnet, so ist als Saal Kurzform „ZOP 1“ anzugeben, als Saalbezeichnung jedoch „OPSa1“.

2.8.2. Können mehrere Säle (z.B. ZOP) zusammen ausgewertet werden?

Wenn mehrere Säle organisatorisch zusammen gehören, kann eine solche Clusterung sinnvoll sein.

Soll beispielsweise der gesamte ZOP zusammen ausgewertet werden, so wird bei „Saal Kurzform“ ZOP eingetragen, bei der Saalbezeichnung ZOP 1, ZOP 2... (analog der Rohdaten)

2.8.3. Was ist ein „regulärer OP Saal“?

Mit der Kennzeichnung als „regulärer OP-Saal“ können voll ausgestattete Operationssäle von Eingriffsräumen, in denen gelegentlich Operationen stattfinden, unterschieden werden.

2.8.4. Welche Auswirkung hat die Information in der Spalte „Anzeige des Morgendlichen Beginns“?

Ist hier „ja“ gewählt, wird dieser Saal in der Reporting-Auswertung „Vergleich der Erstschnittzeiten“ mit ausgewiesen.

2.8.5. Welche Auswirkung hat die Angabe in der Spalte „Berücksichtigung der Wechselzeiten“?

In bestimmten Sälen (z.B. Kreißsaal, Notfallsaal) ist eine Auswertung der Naht-Schnitt- und Wechselzeit wenig sinnvoll. Wird hier „nein“ gewählt, fließen diese Säle nicht in die Berechnung mit ein.

3. Rohdaten

3.1. Allgemein

3.1.1. Wo finden sich die Definitionen der einzelnen Prozessschritte?

Das „Glossar perioperativer Prozesszeiten und Kennzahlen“, welches 2008 von BDA/DGAI, BDC und VOPM veröffentlicht wurde, liefert umfassende Informationen und Definitionen zu 38 Zeitpunkten und 38 Kennzahlen. Dieses Glossar stellt die Grundlage für alle Auswertungen dar. Für die Dokumentation der Zeitpunkte ist die Systemzeit im KIS ausschlaggebend.

3.1.2. Wie werden die Rohdaten an digmed übermittelt?

Die aus dem KIS extrahierten Rohdatentabellen können verschlüsselt an folgende E-Mailadresse übermittelt werden: daten@digmed.de. Sollte ein anderer Übertragungsweg gewünscht sein, kann dieser individuell mit digmed abgestimmt werden.

Voraussetzung für eine verzögerungsfreie Bearbeitung der übermittelten Rohdaten ist eine gleichbleibende Formatierung der Rohdatentabellen.

3.2. Saalpausen

3.2.1. Wann können Saalpausen gemeldet werden?

Saalpausen können mit der monatlichen Datenlieferung übermittelt werden, wenn diese auf prozessfremde Ursachen zurückzuführen sind bzw. sich nicht durch eine optimierte Prozessgestaltung vermeiden lassen.

3.2.2. Wie wirken sich Saalpausen im Benchmarking-Programm aus?

Mit der Meldung einer Saalpause zwischen zwei Eingriffen wird die Naht-Schnitt- bzw. Wechselzeit zwischen dem Eingriff vor der Saalpause und dem Eingriff nach der Saalpause nicht mehr berechnet. Darüber hinaus können die 10% längsten Naht-Schnitt- bzw. Wechselzeit über das Perzentil 90 aus der Berechnung ausgeschlossen werden.

3.3. Plausibilitätsprüfung

3.3.1. Welche Plausibilitätsprüfungen führt digmed durch?

Alle gelieferten Prozesszeitpunkte werden einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Als unplausibel markierte Datensätze bleiben in den Auswertungen unberücksichtigt.

In folgenden Fällen werden Datensätze als unplausibel gekennzeichnet:

- Eingriffe sind mehrfach dokumentiert (Duplikat)
- Zeitpunkte Schnitt und/oder Naht fehlen
- Reihenfolge der Zeitpunkte (sofern diese übermittelt werden) ist unplausibel, weicht also von folgender Reihenfolge ab:
Eintreffen Patient an Schleuse (P2) → Beginn Anästhesie (A6) → Freigabe Anästhesie (A7) → Schnitt (O8) → Naht (O10) → Ende operativer Maßnahme (O11) / Ende Anästhesie (A9)
- Dauer eines Eingriffes überschreitet 24 Stunden

3.3.2. Können als unplausibel gekennzeichnete Datensätze korrigiert werden?

Ja. Krankenhäuser haben jederzeit die Möglichkeit, bei der laufenden Datenlieferung die bereits übermittelten Vorzeiträume mit den korrigierten Fällen mitzusenden. Erfolgt die Korrektur der Rohdaten im KIS, so wird generell empfohlen, die kumulierten Daten des gesamten Jahres zu liefern.

Ein solches Vorgehen wird insbesondere dann empfohlen, wenn die Fehlerquote über 3% liegt. Eine erneute Abrechnung der bereits übermittelten Datensätze erfolgt nicht.

3.3.3. Welche Auswirkungen haben fehlende Strukturdaten von Klinken/Sälen?

Hierbei müssen zwei Fälle unterschieden werden:

1. Erbringt eine Klinik bzw. Fachabteilung, für die noch keine Strukturdaten vorliegen, Leistung, so kann dieser Fall leider nicht für die Auswertungen berücksichtigt werden.
2. Wird Leistung in einem Saal erbracht, der noch nicht hinterlegt ist, kann dieser Fall nicht bei der Berechnung der Wechselzeit und des morgendlichen Beginns mit einbezogen werden.

Werden nachträglich die entsprechenden Strukturinformationen hinterlegt, fließen diese Fälle selbstverständlich mit in die Auswertungen ein.

Kontakt:

digmed Datenmanagement im Gesundheitswesen GmbH
Flachland 23
22083 Hamburg
Deutschland

fon: +49 40 / 226 344 300
fax: +49 40 / 226 344 399
<mailto:info@digmed.de>

www.OPTTEAMIZER.com