

**Beschlussentwurf
des Gemeinsamen Bundesausschusses
nach § 91 Abs. 7 SGB V**

über

**Anlage 2 zur Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für
nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser**

- Ausfüllhinweise -

vom xx. Februar 2007

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat beschlossen, Anlage 2 zur Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Ausfüllhinweise) wie folgt zu fassen:

„Anlage 2

zur Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V
über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser¹

Ausfüllhinweise zum Qualitätsbericht

¹ Mit den in diesem Dokument verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

Inhalt

I. Allgemeine Hinweise	4
1. Erläuterungen zur Berichtserstellung.....	4
Benennung des Qualitätsberichts	4
Betroffene Krankenhäuser	4
Krankenhäuser mit mehreren Standorten	4
Berichtszeitraum	5
2. Umfang und Format des Qualitätsberichts	5
Gliederung des Qualitätsberichts	5
Pflichtangaben versus freiwillige Angaben.....	6
Format und Umfang	6
Auswahllisten	7
II. Erläuterungen zu den Berichtsteilen A bis D	8
Teil A: Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	8
A-3 Standort(nummer).....	8
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers.....	8
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus	9
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses	9
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung Psychiatrie	9
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	9
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	10
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	11
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-12 Anzahl der Betten	12
A-13 Fallzahlen des Krankenhauses	12
Teil B: Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen	13
B-[X].1 Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung	13
B-[X].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung	14
B-[X].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung	15
B-[X].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung	15
B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung	16
B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD.....	17

B-[X].7	Prozeduren nach OPS	18
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	19
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	20
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	20
B-[X].11	Apparative Ausstattung	21
B-[X].12	Personelle Ausstattung	21
B-[X].12.1	Ärzte	22
B-[X].12.2	Pflegepersonal	23
B-[X].12.3	Spezielles therapeutisches Personal	24
Teil C: Qualitätssicherung		24
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)	25
C-1.1	Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate	25
C-1.2	Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren	26
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	26
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	27
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	27
C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V	28
C-6	Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)	28
Teil D: Qualitätsmanagement		29
D.1	Qualitätspolitik	29
D-2	Qualitätsziele	30
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	30
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	30
D-5	Qualitätsmanagement-Projekte	31
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	31

I. Allgemeine Hinweise

Ziel der Ausfüllhinweise zum Qualitätsbericht ist es, die Krankenhäuser bei der Erstellung der Qualitätsberichte entsprechend der inhaltlichen und formalen Vorgaben gemäß Anlage 1 zur Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V zu unterstützen. Die Ausfüllhinweise greifen insbesondere erläuterungsbedürftige Punkte auf. Die bereits in Anlage 1 zu einzelnen Punkten enthaltenen Ausfüllhinweise wurden in die vorliegenden Ausfüllhinweise übernommen und sind durch eine Markierung hervorgehoben. Darüber hinaus werden in dieser Anlage zusätzliche Hinweise gegeben. Sofern weder in der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V noch in den Anlagen zu dieser Vereinbarung Aussagen zur Darstellung bestimmter Inhalte des Qualitätsberichts gemacht werden, liegen Art und Inhalt des Qualitätsberichts im Ermessen des Bericht erstattenden Krankenhauses.

1. Erläuterungen zur Berichtserstellung

Benennung des Qualitätsberichts

Auf dem Deckblatt der PDF-Version des Qualitätsberichts ist die Bezeichnung „Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V für das Berichtsjahr 2006“ aufzuführen.

Betroffene Krankenhäuser

Entsprechend der Vereinbarung zum Qualitätsbericht sind die Ausfüllhinweise von allen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern anwendbar, und zwar unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder Einrichtungen handelt, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) mit DRG oder nach Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) abrechnen.

Krankenhäuser mit mehreren Standorten

Der Qualitätsbericht ist von einem Krankenhaus zu erstellen und nicht etwa von einer Trägerschaft gemeinsam für mehrere Krankenhäuser. Bei einem Krankenhaus bzw. einem Krankenhausträger mit mehreren Standorten ist der Qualitätsbericht grundsätzlich je Standort zu erstellen. Dies gilt auch für fusionierte Krankenhäuser, die aus überwiegend ökonomischen Gesichtspunkten einen Zusammenschluss mehrerer, vormals eigenständiger Krankenhäuser vorgenommen haben, und für Krankenhausverbände im Sinne von Zusammenschlüssen nach wie vor eigenständiger Krankenhäuser. Unter einem Standort wird hierbei ein Betriebsteil verstanden, der als selbständiger Betrieb räumlich vom Hauptbetrieb entfernt und durch Aufgabenbereich oder Organisation eigenständig ist. Bei bis zu drei ausgelagerten Fachabteilungen oder bis zu drei ausgelagerten Funktionsbereichen eines Krankenhauses handelt es sich nicht um einen Standort im vorgenannten Sinne. Diese Fachabteilungen oder

Funktionsbereiche können entweder in den Qualitätsbericht des betroffenen Krankenhauses einbezogen werden oder einen eigenen Qualitätsbericht erstellen. Im Falle eines Krankenhausverbundes oder fusionierter Krankenhäuser mit mehreren Standorten innerhalb eines eng begrenzten Raumes, z. B. eines Stadtgebietes, bei dem an den einzelnen Standorten im Rahmen des Zusammenschlusses oder der Fusion Fachabteilungen, Kliniken oder Funktionsbereiche konzentriert wurden, sodass diese nur noch an einem der Standorte vorgehalten werden, ist es möglich, einen Qualitätsbericht für alle Standorte innerhalb des eng begrenzten Raumes gemeinsam zu erstellen.

Berichtszeitraum

Zu berichten ist immer nur über die Krankenhäuser, Krankenhausstandorte und Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen eines Krankenhauses, die am Ende des Jahres, über das berichtet wird (Berichtsjahr), an der Versorgung teilgenommen haben (Stichtagsprinzip). Abweichend davon muss für den Fall, dass ein Krankenhaus, ein Krankenhausstandort oder eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung eines Krankenhauses bis zum 30. September des Jahres, in dem der Qualitätsbericht erstellt und veröffentlicht wird (Erstellungsjahr), geschlossen wird, für das betreffende Krankenhaus bzw. den Krankenhausstandort kein Qualitätsbericht erstellt bzw. die betreffende Organisationseinheit / Fachabteilung nicht im Qualitätsbericht des Krankenhauses berücksichtigt werden.

Alle im Bericht gemachten Angaben müssen sich auf die im Berichtsjahr gültigen Regelungen (z. B. Verträge, Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, Klassifikationen wie ICD, OPS) beziehen.

In Teil D können nicht nur Maßnahmen des Qualitätsmanagements, die im Berichtsjahr durchgeführt wurden, Eingang finden, sondern auch Maßnahmen, die sich aus dem vorherigen Jahr in das Berichtsjahr oder in das Erstellungsjahr erstrecken bzw. im Erstellungsjahr stattfinden.

2. Umfang und Format des Qualitätsberichts

Gliederung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht besteht aus vier Teilen:

- Teil A über die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses,
- Teil B über die Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen,
- Teil C über die Qualitätssicherung und
- Teil D über das Qualitätsmanagement.

Es wird empfohlen, die Angaben im Inhaltsverzeichnis als Hyperlink zu den entsprechenden Abschnitten zu gestalten.

Pflichtangaben versus freiwillige Angaben

Die Anforderungen gemäß Anlage 1 zur Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V über Inhalt und Umfang eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sind als Mindestanforderungen zu verstehen. Bei darüber hinausgehenden freiwilligen Angaben ist darauf zu achten, dass die Maximalgröße des PDF-Berichts und die jeweiligen Zeichenbegrenzungen nicht überschritten werden.

Einige Kapitel des Qualitätsberichts müssen nur ausgefüllt werden, wenn diese auf das Krankenhaus zutreffen (z. B. C-6 Ausnahmetatbestände zur Mindestmengenvereinbarung). Wird ein Kapitel nicht ausgefüllt, **soll** in der PDF-Version ein entsprechender Hinweis („trifft nicht zu“/ „entfällt“) aufgenommen werden. Die in der Anlage 1 vorgegebene Nummerierung der einzelnen Kapitel ist in jedem Fall beizubehalten. An den Stellen, in denen in der PDF-Version der Hinweis „trifft nicht zu“/ „entfällt“ **verpflichtend** aufzunehmen ist (z. B. B-[X].6 Angabe von ICD 10-Ziffern), ist dies in den Ausfüllhinweisen jeweils vermerkt.

Die Felder „Kommentar/ Erläuterung“ stehen für freiwillige Angaben zur Verfügung.

Hinweis zur Datenbankversion: Um eine technisch möglichst einfache Struktur der Datenbankversion zu erreichen, sind die Hinweise „trifft nicht zu“/ „entfällt“ in den meisten Fällen nicht explizit aufzunehmen, sondern über die technischen Vorgaben der XML-Struktur beschrieben.

Format und Umfang

Der Qualitätsbericht ist in zwei Formaten, einer PDF-Datei und einer Datenbankversion, zu erstellen.

Für die **PDF-Datei** gelten folgende formale Vorgaben:

- die Einhaltung der Barrierefreiheit nach den Anforderungen der Barrierefreien Informationstechnik-Verordnung (BITV) der Prioritätsstufe 1,
- die jeweils vorgegebenen Seiten- bzw. Zeichenbegrenzungen,
- eine maximale Dateigröße von 5 MB,
- die Kompatibilität für die Adobe Reader Versionen ab 5.0 aufwärts.

Es ist geplant, auf der Homepage des G-BA eine Anweisung zur Umsetzung der Barrierefreiheit der PDF-Version gemäß BITV zur Verfügung zu stellen. Gemäß BITV ist die Barrierefreiheit **nach bestem Bemühen** umzusetzen. Bei Schwierigkeiten mit der Umsetzung kann mit der Annahmestelle für die Qualitätsberichte Rücksprache gehalten werden. Ein alternatives,

barrierefreies Angebot wird in Form der Datenbank zu Verfügung stehen. In jedem Fall ist die Word-Datei, sofern Word als Grundlage zur Umwandlung in die PDF-Version verwendet wird, dem Programm entsprechend (z. B. mit Bildunterschriften, Formatierung von Absätzen und Überschriften) zu formatieren und anschließend auf elektronischem Wege (nicht durch Einscannen) in ein PDF-Dokument umzuwandeln.

Um den Umfang des Qualitätsberichts zweckmäßig zu begrenzen, sind an einigen Stellen Zeichenbegrenzungen vorgesehen. Es wird empfohlen, auf weitergehende Informationen bzw. andere Informationsquellen (z. B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage, Ansprechpartner etc.) zu verweisen, sofern das Krankenhaus hierzu Angaben machen möchte. Wo Freitextangaben vorgesehen sind, sollen möglichst umgangssprachliche Bezeichnungen verwendet werden.

Die Datenbankversion ist gemäß den in Anhang 1 zur Anlage 1 definierten Vorgaben im XML-Format zu erstellen. Der Vermerk „Datenbank“ in der Anlage 1 kennzeichnet die Bereiche, die in die Datenbankversion aufgenommen werden sollen.

Auswahllisten

Zu einigen Punkten (z. B. zu A-8, A-9, etc.) sind im Anhang 2 der Anlage 1 Auswahllisten vorgegeben. Die Auswahllisten sollen durch die Verwendung standardisierter Informationen der besseren Vergleichbarkeit und Auffindbarkeit der relevanten Informationen in den Qualitätsberichten dienen. Es besteht jedoch immer die Möglichkeit, zusätzliche Erläuterungen als Freitext anzugeben. Dieses System ist als „lernendes System“ angelegt, so dass durch eine Auswertung der Qualitätsberichte bestimmte, häufig wiederkehrende Freitextangaben für zukünftige Qualitätsberichte in die Auswahllisten aufgenommen, dagegen selten verwendete Angaben daraus gelöscht werden können.

II. Erläuterungen zu den Berichtsteilen A bis D

Teil A: Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hier müssen ausreichende Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden (z. B. Postanschrift, Telefon, Fax, E-Mail, Internet-Adresse). Verpflichtend ist die Angabe von Krankenhausname, PLZ und Ort der Hausanschrift. Die Postanschrift kann zusätzlich zur Hausanschrift optional angegeben werden.

Sofern ein Krankenhaus für mehrere Standorte einen einzigen Qualitätsbericht erstellt, sind die Kontaktdaten des Hauptstandortes anzugeben. In der PDF-Version können hier zusätzlich die Kontaktdaten der anderen im vorliegenden Qualitätsbericht dargestellten Standorte angegeben werden.

Angaben zur Erreichbarkeit der Standorte können darüber hinaus jeweils im Abschnitt B „Organisationseinheiten/ Fachabteilungen“ gemacht werden.

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

Zur eindeutigen Identifikation des Krankenhauses ist mindestens ein Institutionskennzeichen (IK-Nummer) verpflichtend anzugeben.

Wenn mehrere Institutionskennzeichen vorhanden sind, sollen alle angegeben werden.

A-3 Standort(nummer)

Wenn zu einer IK-Nummer Qualitätsberichte für mehrere Standorte erstellt werden, ist hier die interne laufende Nummer des Standortes, auf den sich der Qualitätsbericht bezieht, anzugeben.

Zur Identifikation des Standortes, für den jeweils ein gesonderter Qualitätsbericht erstellt wird, ist dieser – zusätzlich zur Angabe des Institutionskennzeichens – mit einer laufenden Nummer, beginnend mit der Ziffer 01, zu versehen. Krankenhäuser, die nur einen Standort haben oder nur einen Qualitätsbericht für mehrere Standorte erstellen, geben hier 00 an.

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

Die Art des Krankenhausträgers (freigemeinnützig, privat, öffentlich) ist entsprechend anzugeben.

Wenn die Art des Krankenhausträgers nicht einer der drei oben genannten Kategorien zuzuordnen ist, ist „Sonstiges“ anzugeben.

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

Hier gibt das Krankenhaus an, ob es akademisches Lehrkrankenhaus ist. Falls ja, so ist die zugehörige Universität anzugeben.

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Hier soll das Krankenhaus eine Übersicht über die Fachabteilungen / Disziplinen bzw. Organisationseinheiten / Zentren in tabellarischer oder grafischer Form (Organigramm) geben.

Die Organisationsstruktur ist nur in der PDF-Version darzustellen.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung Psychiatrie

Hier geben psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung an, ob eine regionale Versorgungsverpflichtung besteht oder nicht.

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

Angaben zu Versorgungsschwerpunkten können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die **fachabteilungsübergreifenden** Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Versorgungsschwerpunkte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Versorgungsschwerpunkt können in der Spalte „Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind“ die entsprechenden Fachabteilungen aufgeführt und in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte dargestellt werden.

Satz 1 bedeutet, dass all diejenigen Versorgungsschwerpunkte, die schon unter A-8 angegeben werden, nicht unter B-X.2 wiederholt werden dürfen.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“

gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch den jeweiligen krankenhausindividuellen Versorgungsschwerpunkt ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Zum Beispiel:

Nr.	Fachabteilungs- übergreifender Versorgungs- schwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungs- schwerpunkt beteiligt sind	Kommentar / Erläuterung
VS00	Sonstige	Unfallchirurgie, Neurochirurgie	Zentrum für Rückenmarksverletzte
VS00	Sonstige	Abteilung A, Abteilung B	Schwerpunkt X
oder:			
VS00	Zentrum für Rückenmarksverletzte	Unfallchirurgie, Neurochirurgie	Versorgung für die Region/Landkreis....
VS00	Schwerpunkt X	Abteilung A, Abteilung B

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Bei den Angaben zu medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten soll der Schwerpunkt auf den nicht-ärztlichen Leistungen liegen. Sie können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die **fachabteilungsübergreifenden** medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot können in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote dargestellt werden.

Satz 2 bedeutet, dass all diejenigen Leistungsangebote, die schon unter A-9 angegeben werden, nicht unter B-X.3 wiederholt werden dürfen.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch das jeweilige krankenhausesindividuelle Leistungsangebot ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

Angaben zu Serviceangeboten können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die allgemeinen Serviceangebote des **Krankenhauses** darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Serviceangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Serviceangebot können in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsübergreifende Serviceangebote dargestellt werden.

Satz 1 bedeutet, dass all diejenigen Serviceangebote, die schon unter A-10 angegeben werden, nicht unter B-X.4 wiederholt werden dürfen.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch das jeweilige krankenhausesindividuelle Serviceangebot ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Hier können stichpunktartige Freitextangaben (max. 2.600 Zeichen ohne Leerzeichen) zu Forschungsschwerpunkten, akademischer Lehre und Ausbildungen in anderen Heilberufen

gemacht werden. Für weitere Informationen können Links zu den entsprechenden Internetseiten eingefügt werden.

„Ausbildung in anderen Heilberufen“ bezieht sich hier auf alle nicht-ärztlichen Berufe im pflegerischen oder therapeutischen Bereich. Beispielsweise können hier Angaben zu einer Krankenpflegeschule gemacht werden.

A-12 Anzahl der Betten

Hier gibt das Krankenhaus die Anzahl der Akut-Betten nach § 108/109 SGB V an. Das bedeutet, dass beispielsweise Reha-Betten nicht gezählt werden.

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

Die Angabe der vollstationären Fälle ist verpflichtend. Krankenhäuser, die keine vollstationären Fälle haben, geben in der PDF-Version „0“ an. Teilstationäre Fälle werden hier nicht gezählt. Für die Regelung zur Fallzählung wurden die gesetzlichen Vorgaben zugrunde gelegt.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 FPV 2006 (Fallpauschalenvereinbarung). Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 der FPV 2006 zählt jede abgerechnete vollstationäre DRG-Fallpauschale im Jahr der Entlassung als ein Fall. Bei der Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Krankenhaus ist jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) fallen, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 zur Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 der BPfIV).

Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntG- ins BPfIV-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht.

Bei der Angabe der Anzahl der ambulanten Fälle sind die im Krankenhaus verwendeten Zählweisen zu beachten und die Fallzahlen in die dafür vorgesehenen Felder einzutragen.

Ambulante Operationen werden an dieser Stelle nicht mitgezählt (s. B-[X].9).

Unter „Fallzählweise“ wird jeder ambulante Kontakt eines Patienten mit den Organisationseinheiten/ Fachabteilungen eines Krankenhauses, unter „Quartalszählweise“ die einmalige Zählung eines Patienten pro Quartal pro Organisationseinheit/Fachabteilung des Krankenhauses (unabhängig von der Zahl der Kontakte im Quartal) und unter

„Patientenzählweise“ die Zählung der ambulanten Patienten des Krankenhauses pro Organisationseinheit/ Fachabteilung (unabhängig von der Zahl der Kontakte) verstanden. Sofern im Krankenhaus eine weitere Zählweise angewendet wird, sind diese ambulanten Fälle unter „Sonstige Zählweise“ anzugeben. In der PDF-Version können zur Erläuterung der „Sonstigen Zählweise“ nähere Angaben gemacht werden.

Mindestens eines der vier für die Anzahl der ambulanten Fälle vorgesehenen Felder ist verpflichtend auszufüllen. Wenn keine ambulanten Fälle erbracht wurden, ist in der PDF-Version „0“ in eines der Felder einzutragen. Die nicht verwendeten Felder können in der PDF-Version gelöscht werden. Es sind ganze Zahlen einzutragen. Existieren mehrere Zählweisen in unterschiedlichen Bereichen eines Krankenhauses, können die resultierenden Fallzahlen der einzelnen Bereiche in die entsprechenden Felder eingetragen werden.

Teil B: Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen

B-[X].1 Name der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Für [X] ist eine fortlaufende Nummerierung einzufügen. Die Darstellung nicht bettenführender Abteilungen ist ebenfalls möglich.

Hinweis zur Datenbankversion:

Die Organisationseinheit/ Fachabteilung ist in der Datenbankversion anhand von Fachabteilungsschlüsseln gemäß § 301 SGB V darzustellen. Die Nennung mehrerer Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V zur Darstellung des tatsächlichen Fachspektrums der Organisationseinheit/ Fachabteilung ist möglich.

Mindestens ein Schlüssel nach § 301 SGB V ist pro Organisationseinheit/ Fachabteilung verpflichtend anzugeben. Mit der differenzierten Nutzung der 3. und 4. Stelle des Fachabteilungsschlüssels besteht die Möglichkeit, die medizinischen Schwerpunkte der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen auszuweisen. Ziel ist es, modernen Organisationsformen im Krankenhaus Rechnung zu tragen und durch Zuordnung entsprechender Schlüssel nach § 301 SGB V (unabhängig von den zu Abrechnungszwecken verwendeten Schlüsseln) das tatsächliche Leistungsspektrum der Organisationseinheit/ Fachabteilung abzubilden, um den Nutzern einer Qualitätsberichtsdatenbank eine möglichst genaue Suche nach der gewünschten Abteilung zu ermöglichen. So ist auch die Angabe desselben spezifischen Schlüssels nach § 301 SGB V für mehrere Organisationseinheiten/ Fachabteilungen eines Krankenhauses möglich. Wenn der Organisationseinheit/ Fachabteilung kein spezifischer Schlüssel nach § 301 SGB V zu

Abrechnungszwecken zugeordnet wurde, ist als Schlüssel 3700 „Sonstige Fachabteilung“ oder ein dem Fachspektrum der Organisationseinheit/ Fachabteilung entsprechender Schlüssel nach § 301 SGB V anzugeben.

Die Art der Abteilung (bettenführende Hauptabteilung, bettenführende Belegabteilung, bettenführende gemischte Haupt- und Belegabteilung) ist für diejenigen Organisationseinheiten/ Fachabteilungen, die einer dieser drei Abteilungsarten zugeordnet werden können, verpflichtend anzugeben. Sofern es sich um eine nicht-bettenführende Abteilung handelt, ist die Angabe zur Art der Abteilung in der PDF-Version wegzulassen. In der Datenbankversion (siehe Anhang 1 zur Anlage 1) ist für diesen Fall die Angabe von „Nicht-bettenführend“ ohne weitere Untergliederung vorgesehen.

B-[X].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Angaben zu Versorgungsschwerpunkten können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die **fachabteilungsbezogenen** Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die zutreffenden Versorgungsschwerpunkte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Versorgungsschwerpunkt können in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsbezogene Versorgungsschwerpunkte dargestellt werden.

Satz 1 bedeutet, dass hier unter B-X.2 nur diejenigen Versorgungsschwerpunkte angegeben werden dürfen, die noch nicht unter A-8 angegeben wurden.

Die Gliederung der Auswahlliste in Fachgebiete dient ausschließlich der besseren Übersichtlichkeit. Eine Organisationseinheit/ Fachabteilung kann hier aus allen Fachgebieten, d. h. aus der gesamten Auswahlliste zu B-X.2, ihre individuellen Versorgungsschwerpunkte auswählen. Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch den jeweiligen Versorgungsschwerpunkt der Organisationseinheit/ Fachabteilung ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung

Bei den Angaben zu medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten soll der Schwerpunkt auf den nicht-ärztlichen Leistungen liegen. Sie können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die **fachabteilungsbezogenen** medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot können in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsbezogene medizinisch-pflegerische Leistungsangebote dargestellt werden.

Satz 2 bedeutet, dass hier unter B-X.3 nur diejenigen Leistungsangebote angegeben werden dürfen, die noch nicht unter A-9 angegeben wurden.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch das jeweilige Leistungsangebot der Organisationseinheit/ Fachabteilung ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Angaben zu Serviceangeboten können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die allgemeinen Serviceangebote der **Organisationseinheit/ Fachabteilung** darzustellen. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Serviceangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Serviceangebot können in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche fachabteilungsbezogene Serviceangebote dargestellt werden.

Satz 1 bedeutet, dass hier unter B-X.4 nur diejenigen Serviceangebote angegeben werden dürfen, die noch nicht unter A-10 angegeben wurden.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch das jeweilige Serviceangebot der Organisationseinheit/ Fachabteilung ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung

Es sind hier nur vollstationäre Fälle zu berücksichtigen. Die Angabe der vollstationären Fälle ist verpflichtend. Fachabteilungen, die keine vollstationären Fälle haben, geben in der PDF-Version „0“ an. Teilstationäre Fälle sollen nicht mit in die Fallzahl der vollstationären Fälle eingerechnet werden, können aber gesondert in der PDF-Version dargestellt werden. Für die Regelung zur Fallzählung wurden die gesetzlichen Vorgaben zugrunde gelegt.

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 FPV 2006 (Fallpauschalenvereinbarung), so dass nur Fälle, die unter A-13 gezählt werden, für die Fallzahl in einer Organisationseinheit/ Fachabteilung berücksichtigt werden. Bei internen Verlegungen in verschiedene Organisationseinheiten/ Fachabteilungen bzw. bei der Teilnahme an der medizinischen Versorgung durch nicht-bettenführende Abteilungen wird der Fall derjenigen Fachabteilung zugeordnet, aus der der Patient nach extern entlassen/verlegt wurde.

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) fallen, richtet sich die Fallzählung nach den Fußnoten 11 und 15 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 zur Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 der BPfIV), d. h. interne Verlegungen werden als ein neuer Fall der Fachabteilung/ Organisationseinheit gezählt. Dadurch kann die Summe der Fälle aller Fachabteilungen/ Organisationseinheiten die Fallzahl in A-13 übersteigen. Hierzu kann ein entsprechender Hinweis in der PDF-Version des Qualitätsberichts gegeben werden (z.B. „Eventuelle Unterschiede zwischen Gesamtfallzahl des Krankenhauses und der Summe der Fallzahlen der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen können im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung auf internen Verlegungen innerhalb der Psychiatrie/ Psychosomatik beruhen“).

Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntgG- ins BPfIV-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht.

B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD

In der PDF-Datei sind die 10 häufigsten ICD-Ziffern dreistellig anzugeben. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche dreistellige ICD-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben. Für Gynäkologie und Geburtshilfe kann ausnahmsweise die Leistungsdarstellung getrennt erfolgen.

Hinweis zur Datenbankversion:

In der Datenbankversion sind mindestens 80 % aller ICD-Ziffern der Organisationseinheit/ Fachabteilung vierstellig mit Fallzahl anzugeben, allerdings nicht weniger als die 10 häufigsten ICD-Ziffern. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben.

Die Anzahl der ausgewiesenen Hauptdiagnosen ist in der PDF-Version auf maximal 30 begrenzt.

Die Angabe der Hauptdiagnosen nach ICD-10 nach Häufigkeit ist verpflichtend. Sind der Fachabteilung / Organisationseinheit keine ICD-10-Ziffern zuzuordnen, ist in der PDF-Version der Hinweis „trifft nicht zu“ / „entfällt“ aufzunehmen. ICD-Ziffern mit einer Fallzahl ≤ 5 Fälle sind ohne Nennung der Fallzahl anzugeben.

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, sind die Hauptdiagnosen gemäß ICD-10-GM nach den Deutschen Kodierrichtlinien anzugeben. Im BpflV-Bereich ist die Hauptdiagnose diejenige, die bei der Abrechnung eines Falles angegeben wurde. Es sind hier nur vollstationäre Fälle zu berücksichtigen. Die Hauptdiagnose eines Falles ist von derjenigen Fachabteilung / Organisationseinheit anzugeben, die den Fall gemäß Ausfüllhinweis zu B-[X].5 zählt.

Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen.²

Die in der PDF-Version und Datenbankversion vorliegenden Informationen dienen unterschiedlichen Zwecken. Durch die fehlende Fallzahlangabe bei Fällen ≤ 5 und die unterschiedliche Stelligkeit der ICD-Ziffern sind die Informationen dieses Abschnitts in PDF- und Datenbankversion nicht ohne weiteres vergleichbar.

Weitere Kompetenzdiagnosen

Hier besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, Diagnosen darzustellen, in der es besondere Kompetenz ausweisen möchte. Die ICD-Ziffer kann drei- bis fünfstellig angegeben werden, um eine adäquate Differenzierung zu ermöglichen.

² Wenn eine laienverständliche Übersetzung der Diagnosebezeichnungen bundeseinheitlich vorliegt, soll diese verwendet werden.

Auch Organisationseinheiten/ Fachabteilungen, die aufgrund der Zählweise gemäß Ausfüllhinweis zu B-[X].5 ihr Diagnosespektrum nur unzureichend abbilden können, haben an dieser Stelle die Möglichkeit, weitere relevante Diagnosen (Hauptdiagnosen oder Nebendiagnosen) abzubilden. Die Anzahl der hier ausgewiesenen Kompetenzdiagnosen ist in der Datenbankversion unbegrenzt und in der PDF-Version auf maximal 30 Eintragungen begrenzt. In der PDF-Version sollen hier nur Diagnosen dargestellt werden, die noch nicht in der Liste der Hauptdiagnosen der PDF-Version in gleicher Weise genannt werden. Dagegen können Doppelnennungen in der Datenbankversion auftreten. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen. ICD-Ziffern mit einer Fallzahl ≤ 5 Fälle sind ohne Nennung der Fallzahl anzugeben.

B-[X].7 Prozeduren nach OPS

In der PDF-Datei sind die 10 häufigsten OPS-Ziffern vierstellig anzugeben. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche vierstellige OPS-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben. Für Gynäkologie und Geburtshilfe kann ausnahmsweise die Leistungsdarstellung getrennt erfolgen. Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen / Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig.

Hinweis zur Datenbankversion:

In der Datenbankversion sind mindestens 80 % aller OPS-Ziffern der Organisationseinheit / Fachabteilung endstellig mit Fallzahl anzugeben, allerdings nicht weniger als die 10 häufigsten OPS-Ziffern. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben.

Die Anzahl der ausgewiesenen Prozeduren ist in der PDF-Version auf maximal 30 begrenzt.

Außer für die genannten Ausnahmen ist die Angabe der Prozeduren nach OPS nach Häufigkeit verpflichtend. Sind der Fachabteilung / Organisationseinheit keine OPS-Ziffern zuzuordnen, ist in der PDF-Version der Hinweis „trifft nicht zu“ / „entfällt“ aufzunehmen. OPS-Ziffern, die im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen erfasst wurden, sind hier nicht anzugeben.

Die absolute Fallzahl ist die Anzahl des jeweiligen OPS in der jeweiligen Fachabteilung. Die OPS-Zählung erfolgt jeweils bei der Fachabteilung, von der die Leistung erbracht wurde. Dieses Verfahren dient dazu, das tatsächliche Leistungsgeschehen der Fachabteilung möglichst realistisch abzubilden. OPS-Ziffern mit einer Fallzahl ≤ 5 Fälle sind ohne Nennung der Fallzahl anzugeben.

Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen.

Operative Organisationseinheiten/Fachabteilungen können sich in der PDF-Datei auf die Darstellung der OPS-Ziffern ausschließlich auf der Grundlage des Kapitels 5 („Operationen“) des OPS-Katalogs beschränken, wenn dieses die Relevanz der Leistungsdarstellung verbessert.

Weitere Kompetenz-Prozeduren

Hier besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, Prozeduren darzustellen, in der es besondere Kompetenz ausweisen möchte. Die OPS-Ziffer kann vier- bis sechsstellig angegeben werden, um eine adäquate Differenzierung zu ermöglichen.

Die Anzahl der hier ausgewiesenen Kompetenzprozeduren ist in der Datenbankversion unbegrenzt und in der PDF-Version auf maximal 30 Eintragungen begrenzt. In der PDF-Version sollen hier nur Prozeduren dargestellt werden, die noch nicht in gleicher Weise in obiger Liste der Prozeduren der PDF-Version genannt werden. Dagegen können Doppelnennungen in der Datenbankversion auftreten. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen. OPS-Ziffern mit einer Fallzahl ≤ 5 Fälle sind ohne Nennung der Fallzahl anzugeben.

B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Hier können die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten über die Angabe der Art der Ambulanz sowie der angebotenen ambulanten Leistungen dargestellt werden. Sofern eine Hochschulambulanz nach § 117 SGB V, eine psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V oder ein Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V vorhanden ist, ist dies in der Spalte „Art der Ambulanz“ anzugeben.

Es können grundsätzlich alle ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, unabhängig von der gesetzlichen oder vertraglichen Grundlage und der Art der Abrechnung, dargestellt werden. Sofern angebotene Leistungen nicht für alle Patienten zugänglich sind (z. B. Verträge mit einzelnen Krankenkassen, Privatambulanzen), sollte ein entsprechender Hinweis unter „Art der Ambulanz“ aufgenommen werden. Bei Leistungen gemäß §§ 116, 116a, 116b SGB V kann die gesetzliche Grundlage ebenfalls in der Spalte „Art der Ambulanz“ angegeben werden. Die Spalte „Bezeichnung der Ambulanz“ soll die krankenhausesindividuelle Bezeichnung aufführen (z. B. „Poliklinik für Augenerkrankungen“). In der Spalte „Angebotene Leistungen“ können insbesondere spezielle Leistungsangebote der Ambulanz (z. B. Katarakt-Sprechstunde) genannt werden.

B-[X].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V

In der PDF-Datei sind die 10 häufigsten OPS-Ziffern vierstellig anzugeben. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche vierstellige OPS-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben. Für Gynäkologie und Geburtshilfe kann ausnahmsweise die Leistungsdarstellung getrennt erfolgen. Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen / Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig.

Hinweis zur Datenbankversion:

In der Datenbankversion sind mindestens 80 % aller OPS-Ziffern der Organisationseinheit / Fachabteilung endstellig mit Fallzahl anzugeben, allerdings nicht weniger als die 10 häufigsten OPS-Ziffern. Aus Datenschutzgründen sind keine Fallzahlen ≤ 5 Fälle anzugeben.

Die Anzahl der ausgewiesenen Prozeduren ist in der PDF-Version auf maximal 30 begrenzt.

Außer für die genannten Ausnahmen ist die Angabe der ambulanten Operationen nach Häufigkeit verpflichtend. Wurden in der Fachabteilung / Organisationseinheit keine ambulanten Operationen durchgeführt, ist in der PDF-Version der Hinweis „trifft nicht zu“ / „entfällt“ aufzunehmen.

Die OPS-Prozeduren sind gemäß der jeweils für das Berichtsjahr geltenden Fassung des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen (der Anlage 1 des Vertrags nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag)) anzugeben. Berücksichtigt werden hier nur die OPS-Ziffern, die in Abschnitt 1 und 2 des Kataloges ambulant durchführbarer Operationen (der Anlage 1 des Vertrags nach § 115b Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag)) aufgeführt sind. Die Leistungen des Abschnitts 3 des Kataloges (ohne OPS-Zuordnung) können unter B-[X].8 dargestellt werden.

OPS-Ziffern mit einer Fallzahl ≤ 5 Fälle sind ohne Nennung der Fallzahl anzugeben. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen.

B-[X].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft

Hier soll angegeben werden, ob in der Organisationseinheit / Fachabteilung ein Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden ist, ob eine stationäre BG-Zulassung vorliegt oder ob beides nicht vorhanden ist.

B-[X].11 Apparative Ausstattung

An dieser Stelle ist die apparative Ausstattung der Organisationseinheit / Fachabteilung darzustellen. Dazu sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Geräte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Zu jedem Gerät können in der Spalte „Kommentar / Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung (z. B. zu Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten) gemacht werden. In der Auswahlliste ist vermerkt, für welche Geräte Angaben zur 24h-Notfallverfügbarkeit zu machen sind. Unter „Sonstiges“ können noch zusätzliche Geräte dargestellt werden. Der Schwerpunkt soll dabei auf relevanten Geräten („Großgeräten“) liegen. Geräte, die zur üblichen Ausstattung eines Krankenhauses gehören (z. B. Blutdruckmessgeräte, EKG, Blutzuckermessgeräte, Infusionspumpen), sind nicht anzugeben.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext möglichst mit umgangssprachlichen Bezeichnungen in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch das jeweilige krankenhausesindividuelle Gerät ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Es können auch Geräte angegeben werden, die nicht vom Krankenhaus betrieben werden, auf die das Krankenhaus aber ständigen Zugriff hat; in diesem Fall ist ein entsprechender Hinweis in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ aufzunehmen (z. B. „MRT in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen“).

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].12 Personelle Ausstattung

Die Angaben zur personellen Ausstattung sind verpflichtend. Organisationseinheiten/ Fachabteilungen, denen kein ärztliches bzw. pflegerisches Personal zuzuordnen ist, geben jeweils bei „Ärzte insgesamt (außer Belegärzte)“ bzw. „Pflegerkräfte insgesamt“ in der PDF-Version „0“ an; in diesem Fall entfallen die übrigen Angaben zur personellen Ausstattung. Ärztliches und pflegerisches Personal, das in der direkten Patientenversorgung tätig ist, jedoch in keiner eigenen Organisationseinheit/ Fachabteilung dargestellt wird (z. B. „OP-Personal“ oder „Personal der Radiologie“), kann einer passenden Fachabteilung zugeordnet werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].12.1 Ärzte

Für die Angabe in Vollkräften erfolgt eine Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten.

In der Spalte „Fachexpertise der Abteilung“ können die Facharztqualifikationen und Zusatzweiterbildungen gemäß der Auswahlliste in Anhang 2 angegeben werden. Es soll hier nicht die Anzahl der Qualifikationen, sondern nur deren Vorliegen in der Abteilung angegeben werden. Die Schlüssel in der Auswahlliste orientieren sich an der zurzeit gültigen Musterweiterbildungsordnung. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Facharztbezeichnungen) können sinngemäß zugeordnet oder unter „Sonstiges“ angegeben werden.

Die Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten erfolgt, indem die für jeden Beschäftigten vereinbarten Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden addiert und durch die von einem Vollzeitbeschäftigten gemäß jeweiligem Tarifvertrag zu erbringenden Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden dividiert werden. Zum Beispiel ergeben

- 2 Halbzeitbeschäftigte mit jeweils 19,25 Wochenstunden = 38,5 Wochenstunden = dividiert durch 38,5 Wochenstunden je Vollzeitbeschäftigtem = 1 Vollkraft (Vollzeitäquivalent),
- 1 Vollzeitkraft mit 39 Wochenstunden und 2 Halbzeitkräfte mit jeweils 19,5 Wochenstunden = 78 Wochenstunden = dividiert durch 39 Wochenstunden je Vollzeitbeschäftigtem = 2 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente),
- 3 Teilzeitkräfte mit jeweils 15 Wochenstunden = 45 Wochenstunden = dividiert durch 40 Wochenstunden je Vollzeitbeschäftigtem = gerundet 1,1 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente).

Sofern die gewünschte Angabe zur „Fachexpertise der Abteilung“ nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch die jeweilige krankenhausespezifische Fachexpertise ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

B-[X].12.2 Pflegepersonal

Für die Angabe in Vollkräften erfolgt eine Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten. In der Spalte Erläuterung / Kommentar können Angaben zur Art der Fachweiterbildung und zu speziellen Pflegequalifikationen (z. B. Hygienefachkraft, Wundmanager, Stomatherapeut) gemacht werden.

Hier sind Angaben zu drei unterschiedlichen, nach steigendem Ausbildungsgrad definierten Gruppen von Pflegepersonal zu machen:

- 1) alle beschäftigten Pflegekräfte der Fachabteilung / Organisationseinheit aller Ausbildungsgrade,
- 2) Pflegekräfte mit mindestens 3-jähriger Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger,
- 3) Pflegekräfte, die zusätzlich zur unter 2 genannten 3-jährigen Ausbildung eine der Fachabteilung / Organisationseinheit entsprechende Fachweiterbildung haben.

Das bedeutet, dass Gruppe 3 eine Teilmenge der Gruppe 2 darstellt, und Gruppe 2 Teilmenge der Gruppe 1 ist. Für Hinweise zu Pflegekräften, die über einen relevanten Studienabschluss verfügen, z. B. Diplom-Pflegewirte, und in einer bestimmten Organisationseinheit/Fachabteilung tätig sind, ist die Spalte "Kommentar/ Erläuterung" zu den Gruppen 1), 2) oder 3) zu nutzen.

Die Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten erfolgt, indem die für jeden Beschäftigten vereinbarten Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden addiert und durch die von einem Vollzeitbeschäftigten gemäß jeweiligem Tarifvertrag zu erbringenden Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden dividiert werden. Zum Beispiel ergeben

- 2 Halbzeitbeschäftigte mit jeweils 19,25 Wochenstunden = 38,5 Wochenstunden = dividiert durch 38,5 Wochenstunden je Vollzeitbeschäftigtem = 1 Vollkraft (Vollzeitäquivalent),
- 1 Vollzeitkraft mit 39 Wochenstunden und 2 Halbzeitkräfte mit jeweils 19,5 Wochenstunden = 78 Wochenstunden = dividiert durch 39 Wochenstunden je Vollzeitbeschäftigtem = 2 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente),
- 3 Teilzeitkräfte mit jeweils 15 Wochenstunden = 45 Wochenstunden = dividiert durch 40 Wochenstunden je Vollzeitbeschäftigtem = gerundet 1,1 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente).

Bei der Darstellung des Pflegepersonals ist nur das in den Organisationseinheiten/ Fachabteilungen eingesetzte Pflegepersonal, d. h. nicht die Mitglieder der Pflegedienstleitung, der Verwaltung, des Qualitätsmanagement oder der innerbetrieblichen Krankentransporte, zu berücksichtigen. Bei einer interdisziplinär belegten Station, d. h. einer Station, auf der Patienten

mehrerer Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen liegen (z. B. interdisziplinäre Intensivstation) und die nicht als eigene Organisationseinheit/ Fachabteilung dargestellt wird, erfolgt die Darstellung des Personals anteilmäßig bezogen auf die jeweilige Organisationseinheit bzw. Fachabteilung.

Sofern der Organisationseinheit/ Fachabteilung Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und Krankenpflegehilfe zugeordnet sind, kann dies in der Spalte "Kommentar/ Erläuterung" zu "Pflegerkräfte insgesamt" angegeben werden und wird nicht in die Anzahl der Vollkräfte eingerechnet.

B-[X].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Wenn hier Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Personalqualifikationen auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Sofern die gewünschte Angabe nicht in der Auswahlliste enthalten ist, kann entweder „Sonstiges“ ausgewählt und ergänzend weitere Angaben als Freitext in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ gemacht werden oder die Textangabe „Sonstiges“ durch das jeweilige krankenhausindividuelle spezielle therapeutische Personal ersetzt und zusätzliche Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ gemacht werden. Eine Mehrfachangabe von „Sonstiges“ ist möglich.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/ Erläuterung“ sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Teil C: Qualitätssicherung

Hier ist die Teilnahme des Krankenhauses an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren), einer externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V, der Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V, an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung sowie die Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V darzustellen.

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (BQS-Verfahren)

C-1.1 Im Krankenhaus erbrachte Leistungsbereiche / Dokumentationsrate

Es sollen nur die tatsächlich erbrachten Leistungen angegeben werden. Die nicht benötigten Felder sollen gelöscht werden. Für die Kommentierung gilt eine Zeichenbegrenzung von insgesamt 2.500 Zeichen.

Die Zeichenbegrenzung von 2.500 Zeichen bezieht sich auf die Zeichenzahl einschließlich Leerzeichen.

Sofern das Krankenhaus an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung³ (BQS-Verfahren) teilnimmt, ist hier verpflichtend anzugeben, wie hoch die Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll) und die Dokumentationsrate im Krankenhaus je Leistungsbereich im Berichtsjahr war. Für Leistungsbereiche mit Fallzahlen < 20 ist keine Fallzahl anzugeben. In der PDF-Version ist stattdessen die Angabe „< 20“ zu machen.

Gemäß der Systematik des BQS-Verfahrens können in einigen Leistungsbereichen Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden. Da die Angabe von Dokumentationsraten von über 100 % mit einer vollständigen Dokumentation gleichzusetzen und für den Laien schwer verständlich ist, ist in diesem Fall „100,0 %“ einzutragen.

Für die drei herzchirurgischen Leistungsbereiche 1) isolierte Aortenklappenchirurgie, 2) kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie und 3) isolierte Koronarchirurgie ist nur die gemeinsame Gesamtdokumentationsrate und keine Fallzahl anzugeben. In diesem Fall ist folgende Fußnote in der PDF-Version aufzunehmen: „Für die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappen-Chirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.“

Für den Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe ist keine Fallzahl und keine Dokumentationsrate anzugeben. In der PDF-Version ist folgende erklärende Fußnote zu verwenden: „Da das BQS-Verfahren zur Dekubitusprophylaxe an die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation, Hüft-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, hüftgelenknahe Femurfraktur, Knie-TEP-Erstimplantation, Knie-TEP-Wechsel und -komponentenwechsel, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie gekoppelt ist, existieren hier keine gesonderten Angaben über Fallzahlen und Dokumentationsrate. Fallzahl

³ eine Liste der einbezogenen Leistungsbereiche findet sich auf der Homepage der BQS unter www.bqs-online.de unter der Rubrik → BQS-Leistungsbereiche → Erfassungsjahr.

und Dokumentationsrate im Leistungsbereich Dekubitusprophylaxe können aus den Angaben in den jeweiligen Leistungsbereichen abgelesen werden.“

Sofern das Krankenhaus keine Leistungen erbringt, die eine Teilnahme am BQS-Verfahren gestatten, ist unter C-1.1 ein entsprechender Satz aufzunehmen, z. B. „Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) ermöglichen.“

C-1.2 Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren

Es sind die jeweils korrekten umgangssprachlichen Bezeichnungen von Leistungsbereich und Qualitätsindikator sowie die exakte Kennzahlnummer anzugeben (siehe www.bqs-qualitaetsindikatoren.de).

Hier können ausschließlich Ergebnisse aus dem BQS-Verfahren angegeben werden. Dieses erfolgt jeweils für einen definierten Leistungsbereich, einen Qualitätsindikator und eine Kennzahl. Die konkreten Vorgaben zur Verbindlichkeit, zur Auswahl der darzustellenden Qualitätsindikatoren und zur Art der Ergebnisdarstellung sind noch durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu regeln.

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V

Die Leistungsbereiche sind der Auswahlliste zu C-2 (Anhang 2) zu entnehmen. Die Teilnahme an freiwilligen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen kann unter C-4 eingetragen werden.

Es bestehen möglicherweise ergänzende verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V auf der Landesebene. Hier gibt das Krankenhaus zunächst an, ob auf der Landesebene über die nach § 137 SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinaus landesspezifische, verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Anhang 2 zur Anlage 1 vereinbart wurden. Sollte dies der Fall sein, so listet das Krankenhaus die Leistungsbereiche im Weiteren auf und kann zu jedem Leistungsbereich einen Kommentar oder eine Erläuterung (Zeichenbegrenzung: 1.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen) hinzufügen. Die Angabe beschränkt sich auf Leistungsbereiche, an denen das Krankenhaus teilnimmt. Nimmt das Krankenhaus nicht an den ergänzenden verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V auf der Landesebene teil, so ist hier der Hinweis „trifft nicht zu“/ „entfällt“ aufzunehmen.

Die Teilnahme an freiwilligen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen kann unter C-4 eingetragen werden.

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V

Disease-Management-Programme, an denen das Krankenhaus nicht teilnimmt, sollen aus der Tabelle gelöscht werden.

Gemäß § 137 f SGB V werden strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern sollen. Hierzu gehören auch in diesem Zusammenhang durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen. Unter C-3 gibt das Krankenhaus gemäß der vorgegebenen Tabelle nur die Disease-Management-Programme (DMP) an, an denen es teilgenommen hat, und kann zu jedem DMP einen Kommentar oder eine Erläuterung (Zeichenbegrenzung: 1.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen) hinzufügen.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Hier können freiwillige Verfahren der externen Qualitätssicherung (z. B. der Fachgesellschaften, freiwillige BQS-Verfahren) dargestellt werden. Es sollen vor allem Verfahren, die einem datengestützten Vergleich von Krankenhäusern dienen, genannt werden. Qualitätsmanagementverfahren können unter D-4, D-5 sowie D-6 dargestellt werden. Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen).

Wenn Ergebnisse von sonstigen Qualitätssicherungsmaßnahmen dargestellt werden, soll das Zustandekommen der Ergebnisse verständlich und kurz erläutert werden (ggf. Link auf Homepage z. B. der Fachgesellschaft).

Wenn möglich sollten dazu folgende Angaben gemacht werden:

- Bezeichnung des Leistungsbereichs bzw. des Qualitätsindikators
- Messzeitraum
- Datenerhebung
- Rechenregeln
- Referenzbereiche
- Vergleichswerte
- Quellenangabe zu Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenz-Grundlage.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V

Es sind nur die zutreffenden Leistungsbereiche (ohne Angabe der OPS-Ziffern) aufzulisten.

Krankenhäuser, die Leistungsbereiche erbringen, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenvereinbarung (Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V) Mindestmengen festgelegt sind, stellen verpflichtend dar, wie hoch die erbrachte Leistungsmenge in den erbrachten Leistungsbereichen ist. Sollten Leistungen erbracht worden sein, obwohl die erforderliche Mindestmenge unterschritten wurde, ist in der rechten Spalte ein Kreuz als Hinweis auf weitere Erläuterungen zu den Ausnahmetatbeständen oder Landesvoten einzutragen.

Spalte 1: Leistungsbereich entsprechend der Mindestmengenvereinbarung ist für das Berichtsjahr vorgegeben.

Spalte 2: Mindestmenge pro Krankenhaus entsprechend der im Berichtsjahr gültigen Mindestmengenvereinbarung ist vorgegeben.

Spalte 3: Hier gibt das Krankenhaus die im Berichtsjahr erbrachte Zahl an mindestmengenrelevanten Prozeduren pro Leistungsbereich an.

Spalte 4: Hier macht das Krankenhaus bei in Anspruch genommenen Ausnahmeregelungen gemäß C-6 ein Kreuz und macht weitere Angaben dazu unter C-6.

C-6 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Ausnahmeregelung)

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes (Ausnahmetatbestände gemäß Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V) zu benennen. Für diese Leistungen ist hier jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen gemäß § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

Die Tabelle ist für jeden betroffenen Leistungsbereich einzeln auszufüllen.

Wurde die erforderliche Leistungsmenge an keiner Stelle unterschritten und kamen keine Ausnahmetatbestände zur Anwendung, sind hier keine Angaben zu machen. Es ist unter der Kapitelüberschrift C-6 „entfällt“ oder „nicht zutreffend“ einzutragen.

Teil D: Qualitätsmanagement

Orientiert an der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser wird im Teil D das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement krankenhausesindividuell beschrieben. Teil D ist im Unterschied zu den Teilen A bis C weniger standardisiert und gibt den Krankenhäusern Spielräume in der Themenauswahl und Themendarstellung. Konkret sollen die folgenden Themenbereiche in Teil D des Qualitätsberichts Berücksichtigung finden:

- Qualitätspolitik
- Qualitätsziele
- Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- Instrumente des Qualitätsmanagements
- Qualitätsmanagementprojekte
- Bewertung des Qualitätsmanagements

D.1 Qualitätspolitik

Unter Qualitätspolitik sind die übergeordneten Absichten und die Ausrichtung einer Organisation zur Qualität, wie sie von der obersten Leitung (Geschäftsführung / Klinikvorstand) formell ausgedrückt wurden, zu verstehen.

Generell steht die Qualitätspolitik mit der übergeordneten Politik der Organisation im Einklang und bildet den Rahmen für die Festlegung von Qualitätszielen.

Qualitätsmanagementgrundsätze dienen als Grundlage für die Festlegung einer Qualitätspolitik.

In erster Linie können unter „Qualitätspolitik“ folgende Inhalte aufgeführt werden:

- Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission
- Qualitätsmanagementansatz/-grundsätze des Krankenhauses mit den Elementen:
 - Patientenorientierung,
 - Verantwortung und Führung,
 - Mitarbeiterorientierung und -beteiligung,
 - Wirtschaftlichkeit,
 - Prozessorientierung,
 - Zielorientierung und Flexibilität,
 - Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern,
 - kontinuierlicher Verbesserungsprozess.

- Umsetzung / Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z. B. Information an Patienten, Mitarbeiter, niedergelassene Ärzte und die interessierte Fachöffentlichkeit).

Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen.

D-2 Qualitätsziele

Qualitätsziele operationalisieren die Qualitätspolitik für die einzelnen Ebenen des Krankenhauses. Sie machen den Qualitätsanspruch somit nachvollziehbar und transparent.

Hier sollen

- strategische/operative Ziele,
- Messung und Evaluation der Zielerreichung,
- Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

dargestellt werden.

Typische Qualitätsziele in Einrichtungen des Gesundheitswesens können sich auf die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie weitere Prozesskennzahlen bzw. Qualitätsindikatoren mit den ihnen zugeordneten Referenzbereichen beziehen.

Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen.

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Hier sollen die QM-Strukturen (z. B. Organigramm / zentrales QM, Stabsstelle, Kommission, Konferenzen, berufsgruppenübergreifende Teams) und deren Einbindung in die Krankenhausleitung, die QM-Aufgaben und die dafür vorhandenen Ressourcen (personell, zeitlich, ohne Budget-Angaben) dargestellt werden.

Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen.

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Instrumente des Qualitätsmanagements sind kontinuierlich eingesetzte Prozesse zur Messung und Verbesserung der Qualität. Die Instrumente des Qualitätsmanagements können sowohl für das gesamte Krankenhaus als auch für einzelne Fachabteilungen / Organisationseinheiten an dieser Stelle aufgeführt werden.

Beispiele:

- Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards (z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz)
- Beschwerdemanagement
- Fehler- und Risikomanagement
- Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen
- Patienten-Befragungen
- Mitarbeiter-Befragungen
- Einweiser-Befragungen
- Maßnahmen zur Patienten-Information und -Aufklärung
- Wartezeitenmanagement
- Hygienemanagement

Zeichenbegrenzung: 20.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen.

D-5 Qualitätsmanagement-Projekte

QM-Projekte sind einmalige, zeitlich begrenzte Prozesse zur Erreichung von Qualitätszielen. Sie können sowohl für das gesamte Krankenhaus als auch für einzelne Fachabteilungen/ Organisationseinheiten an dieser Stelle aufgeführt werden.

Wenn möglich sollen qualitätsorientierte Projekte systematisch dargelegt werden:

- Hintergrund des Problems,
- Ausmaß des Problems (Ist-Analyse),
- Zielformulierung,
- Maßnahmen und deren Umsetzung,
- Evaluation der Zielerreichung.

Zeichenbegrenzung: 20.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen.

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Maßnahmen zur Bewertung des QM können sowohl für das gesamte Krankenhaus als auch für einzelne Fachabteilungen / Organisationseinheiten an dieser Stelle aufgeführt werden.

Hier können z. B. dargestellt werden:

- allgemeine Zertifizierungsverfahren,
- krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren,

- Excellence-Modelle,
- Peer Reviews,
- und / oder andere interne Selbstbewertungen.

Das Krankenhaus hat hier die Möglichkeit, die Beteiligung an Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements darzustellen. Dabei sollen die jeweiligen Maßnahmen kurz vorgestellt und ihre Bedeutung für die Versorgungsqualität und das Qualitätsmanagement hervorgehoben werden.

Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen.“

Der Beschluss tritt mit der Bekanntmachung in Kraft.

Siegburg, den xx. Februar 2007

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 Abs. 7 SGB V
Der Vorsitzende

Polonius