

Anlage 1

zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V
über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

(Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R)

Allgemeine Ausfüllhinweise

Die Ausfüllhinweise sind für die Berichtsteller als Erläuterungen zu den einzelnen Berichtsteilen in Kästen eingefügt. Sofern weder in den Regelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V noch in ihren Anlagen Aussagen zur Darstellung bestimmter Inhalte des Qualitätsberichts gemacht werden, liegen Art und Inhalt des Qualitätsberichts im Ermessen des Bericht erstattenden Krankenhauses.

1. Erläuterungen zur Berichterstellung

Benennung des Qualitätsberichts

Auf dem Deckblatt der PDF-Version des Qualitätsberichts ist die Bezeichnung „Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über das Berichtsjahr 2008“ und das Datum der Erstellung aufzuführen.

Betroffene Krankenhäuser

Entsprechend den Regelungen 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 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) 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 Krankenhaussträger mit mehreren nach § 108 SGB V zugelassenen Standorten ist der Qualitätsbericht in der Regel je Standort zu erstellen. Ziel ist eine unverfälschte Darstellung des Krankenhauses und seiner Standorte als umfassende Informationsgrundlage für alle Interessierten.

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. Abweichend davon können in Teil D 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

Format

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

Für die PDF-Version gelten folgende formale Vorgaben:

- die Einhaltung der Barrierefreiheit sowie der Textzugriff für Bildschirmlesehilfen für Sehbehinderte,
- die jeweils vorgegebenen Seiten- bzw. Zeichenbegrenzungen,
- eine maximale Dateigröße von 5 MB,
- lesbar mit Adobe Reader Version 5.0,
- nicht kennwortgeschützt,
- nicht schreibgeschützt, da die Datei sonst nicht mit der Suchfunktion durchsucht werden kann.

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 zur 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.

Die Datenbankversion ist gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben zu erstellen. Der Vermerk „[Datenbankversion]“ kennzeichnet die Bereiche, die vom Krankenhaus in die Datenbankversion aufgenommen werden.

Der Vermerk „[Datenbankversion für BQS/LQS]“ kennzeichnet die Bereiche (C-1.1.[Y] und Angaben zu C-1.2.[Z] für die Indikatoren der Tabellen A und B des Anhangs 3), die separat von BQS bzw. LQS an die Annahmestelle übermittelt werden. Hierfür übermitteln BQS bzw. LQS die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (31. Oktober laut Beschluss des G-BA vom 18. Dezember 2008) tabellarisch an das Krankenhaus zur Fehlerprüfung und Kommentierung. Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung an die BQS bzw. LQS erfolgen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahrs. BQS bzw. LQS übermitteln in der Zeit vom 15. November bis 31. Dezember des Erstellungsjahrs krankenhausesbezogen die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben.

Umfang

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) zu verweisen, sofern das Krankenhaus hierzu Angaben machen möchte.

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.

Pflichtangaben versus freiwillige Angaben

Die Anforderungen gemäß der vorliegenden Anlage 1 zu den Regelungen gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat 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 der PDF-Version und die jeweiligen Zeichenbegrenzungen nicht überschritten werden. Für freiwillige Angaben stehen die Felder „Kommentar/Erläuterung“ zur Verfügung. Grundsätzlich sind zusätzliche Freitextangaben außerhalb dieser Felder nicht vorgesehen, jedoch möglich, solange die maximale Dateigröße von 5 MB nicht überschritten wird. Es ist aber zu bedenken, dass bei zu viel Freitext die Gefahr besteht, dass der Qualitätsbericht eher unübersichtlich und schwer verständlich wird. Für alle Freitextangaben sollen möglichst umgangssprachliche Bezeichnungen verwendet werden.

Einige Kapitel des Qualitätsberichts müssen nur ausgefüllt werden, wenn diese auf das Krankenhaus zutreffen (z. B. C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V). Wird ein Kapitel nicht ausgefüllt, soll in der PDF-Version ein entsprechender Hinweis („trifft nicht zu“/„entfällt“) aufgenommen werden. Die hier 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].6.1 Angabe von ICD-10-Ziffern), ist dies in den Ausfüllhinweisen jeweils vermerkt.

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.

Auswahllisten

Zu einigen Kapiteln (z. B. zu A-8, A-9) sind im Anhang 2 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.

Die Reihenfolge der Nummernangabe aus den Auswahllisten ist grundsätzlich frei gestaltbar. Für eine bessere Lesbar- und Vergleichbarkeit wird jedoch empfohlen, die Angaben alphabetisch zu ordnen.

Einleitung

Ausfüllhinweis:

In der Einleitung soll das Krankenhaus kurz vorgestellt werden. Es besteht die Möglichkeit, an dieser Stelle ein Foto des Krankenhauses einzufügen. Darüber hinaus sollen hier folgende Angaben gemacht werden:

- für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person,
- Ansprechpartner (z. B. Qualitätsbeauftragte, Patientenfürsprecher, Pressereferenten, Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen), sofern diese nicht bei den Kontaktdaten des Krankenhauses oder der Fachabteilungen benannt werden,
- weiterführende Links (z. B. zur Homepage des Krankenhauses, zu Broschüren, Unternehmensberichten), sofern diese nicht an geeigneter Stelle im Text eingefügt werden.

Folgender Satz ist am Ende der Einleitung anzufügen:

„Die Krankenhausleitung, vertreten durch, ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht.“

Inhaltsverzeichnis

Ausfüllhinweis:

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

Einleitung	5	
A	Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	9
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	9
A-2	Institutionskennzeichen des Krankenhauses	9
A-3	Standort(nummer).....	9
A-4	Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-5	Akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-6	Organisationsstruktur des Krankenhauses	10
A-7	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	11
A-8	Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	11
A-9	Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	12
A-10	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses ..	12
A-11	Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-11.1	Forschungsschwerpunkte	13
A-11.2	Akademische Lehre	13
A-11.3	Ausbildung in anderen Heilberufen	14
A-12	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	14
A-13	Fallzahlen des Krankenhauses	14
A-14	Personal des Krankenhauses	16
A-14.1	Ärzte und Ärztinnen	16
A-14.2	Pflegepersonal	17

B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen	18
B-[X].1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	18
B-[X].2	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung	19
B-[X].3	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	20
B-[X].4	Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung	20
B-[X].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[X].6	Diagnosen nach ICD.....	22
B-[X].6.1	Hauptdiagnosen nach ICD.....	22
B-[X].6.2	Weitere Kompetenzdiagnosen.....	23
B-[X].7	Prozeduren nach OPS.....	23
B-[X].7.1	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	23
B-[X].7.2	Weitere Kompetenzprozeduren	24
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	25
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	26
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .	27
B-[X].11	Apparative Ausstattung.....	27
B-[X].12	Personelle Ausstattung	28
B-[X].12.1	Ärzte und Ärztinnen	28
B-[X].12.2	Pflegepersonal.....	30
B-[X].12.3	Spezielles therapeutisches Personal	32
C	Qualitätssicherung	33
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)	33
C-1.1.[Y]	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für: (z. B. Krankenhaus, Standort, Betriebsstätte, Fachabteilung/Organisationseinheit)	33
C-1.2.[Z]	Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren für: (z. B. Krankenhaus, Standort, Betriebsstätte, Fachabteilung/ Organisationseinheit).....	35
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	40
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management- Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	40
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	41

C-5	Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V.....	42
C-6	Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)	42
D	Qualitätsmanagement	44
D-1	Qualitätspolitik	44
D-2	Qualitätsziele	44
D-3	Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.....	45
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	45
D-5	Qualitätsmanagementprojekte	46
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	46

Anhänge

- Anhang 1: Datensatzbeschreibung (Teil A: Krankenhäuser, Teil B: BQS/LQS)
- Anhang 2: Auswahllisten
- Anhang 3: BQS-Qualitätsindikatoren

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses (vollständige Angaben zur Erreichbarkeit)

[Datenbankversion]

Ausfüllhinweis:

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

[Datenbankversion]

Ausfüllhinweis:

Zur eindeutigen Identifikation des Krankenhauses ist mindestens ein Institutionskennzeichen (IK-Nummer) verpflichtend anzugeben. Dabei sollte es sich um das Institutionskennzeichen handeln, das auch für die Identifikation bei der Annahmestelle verwendet wird.

Wenn mehrere Institutionskennzeichen vorhanden sind, sollen alle angegeben werden.

A-3 Standort(nummer)

[Datenbankversion]

Ausfüllhinweis:

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. Dabei sollte es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle verwendet wird.

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

[Datenbankversion]

Name:

Art:

- freigemeinnützig
- öffentlich
- privat
- Sonstiges: -----

Ausfüllhinweis:

Wenn die Art des Krankenhausträgers nicht einer der drei Kategorien „freigemeinnützig, öffentlich, privat“ zuzuordnen ist, ist im Feld „Sonstiges“ die Art des Krankenhausträgers anzugeben.

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

[Datenbankversion]

- ja Universität: -----
- nein

Ausfüllhinweis:

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

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Ausfüllhinweis:

Hier soll das Krankenhaus eine Übersicht über die Fachabteilungen/Disziplinen bzw. Organisationseinheiten/Zentren in tabellarischer oder grafischer Form (Organigramm) geben. Die Übersicht muss deutlich lesbar sein und kann durch stichpunktartige Freitextangaben kommentiert werden.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

[Datenbankversion]

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung:
Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

ja nein

Ausfüllhinweis:

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

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

[Datenbankversion]

Nr.	Fachabteilungs- übergreifender Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Kommentar/ Erläuterung
VS02	Perinatalzentrum	z. B. Gynäkologie, Pädiatrie	z. B. Betreuung von Risikoschwangerschaften
...	
VS00	(„Sonstiges“)		

Ausfüllhinweis:

Angaben zu Versorgungsschwerpunkten können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Dies bedeutet, dass all diejenigen Versorgungsschwerpunkte, die schon unter A-8 angegeben werden, nicht unter B-[X].2 wiederholt werden dürfen. An dieser Stelle sind nur die fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses darzustellen.

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

Die Nummer VS00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des jeweiligen krankenhausesindividuellen Versorgungsschwerpunktes zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann der krankenhausesindividuelle Versorgungsschwerpunkt in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem Versorgungsschwerpunkt können in der Spalte „Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind“ die entsprechenden Fachabteilungen aufgeführt werden. In der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ können ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

[Datenbankversion]

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP01	Akupressur	z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen
...	...	
MP00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

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. Dies bedeutet, dass all diejenigen Leistungsangebote, die schon unter A-9 angegeben werden, nicht unter B-[X].3 wiederholt werden dürfen. An dieser Stelle sind nur die fachabteilungsübergreifenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen.

Wenn Angaben gemacht werden, sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer MP00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des jeweiligen krankenhausesindividuellen Leistungsangebots zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann das krankenhausesindividuelle Leistungsangebot in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

[Datenbankversion]

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterung
SA09	Unterbringung Begleitperson	z. B. bei Begleitpersonen von Kindern kostenlos, sonst kostenpflichtig möglich
...
SA00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

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

Die Nummer SA00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Serviceangebote darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Be-

zeichnung des jeweiligen krankenhausindividuellen Serviceangebots zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann das krankenhausindividuelle Serviceangebot in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem Serviceangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Ausfüllhinweis:

Hier können stichpunktartige Freitextangaben zu Forschungsschwerpunkten und tabellarische Angaben zu akademischer Lehre und Ausbildungen in anderen Heilberufen gemacht werden. Wissenschaftliches Personal, das nicht in der direkten Patientenversorgung tätig ist, kann unter A-11.1 als Freitext dargestellt werden. Für weitere Informationen können Links zu den entsprechenden Internetseiten eingefügt werden.

A-11.1 Forschungsschwerpunkte (max. 10.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen))

A-11.2 Akademische Lehre

[Datenbankversion]

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar/ Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
...	...	
FL00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

Wenn Angaben zur akademischen Lehre gemacht werden, sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Inhalte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer FL00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Angaben zur akademischen Lehre oder zu wissenschaftlichen Tätigkeiten darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die jeweiligen Angaben zur akademischen Lehre oder zu wissenschaftlichen Tätigkeiten zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann die krankenhausindividuelle Angabe zur akademischen Lehre oder zu wissenschaftlichen Tätigkeiten in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jeder Nennung können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

[Datenbankversion]

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/ Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	
...	...	
HB00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

Wenn Angaben zur Ausbildung in anderen Heilberufen gemacht werden, sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Heilberufe auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer HB00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Ausbildungsmöglichkeiten in anderen Heilberufen darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch den jeweiligen Heilberuf zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann die krankenhausesindividuelle Angabe in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem Heilberuf können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

[Datenbankversion]

Ausfüllhinweis:

Hier gibt das Krankenhaus die Anzahl der Akut-Betten nach § 108/109 SGB V zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahrs an. Das bedeutet, dass beispielsweise Reha-Betten nicht gezählt werden.

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

[Datenbankversion]

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl:

Ambulante Fallzahl:

Fallzählweise:

Quartalszählweise:

Patientenzählweise:

Sonstige Zählweise:

Ausfüllhinweis zur vollstationären Fallzahl:

Die Angabe der vollstationären Fälle ist verpflichtend. Krankenhäuser, die keine vollstationären Fälle haben, geben in der PDF-Version „0“ an. 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 (Fallpauschalenvereinbarung) des jeweiligen Berichtsjahrs. Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahrs 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 Bundespflege-satzverordnung (BPfIV) fallen, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 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.

Ausfüllhinweis zu den ambulanten Fallzahlen:

Es können alle ambulanten Fälle – einschließlich der Fälle der Privatambulanz – angegeben werden. Vorstationäre, teilstationäre und nachstationäre Fälle sowie ambulante Operationen werden an dieser Stelle nicht mitgezählt. Die teilstationäre Fallzahl kann, muss aber nicht in der PDF-Version in B-[X].5 ergänzend aufgeführt werden. Ambulante Operationen werden in Kapitel B-[X].9 dargestellt.

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

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.

A-14 Personal des Krankenhauses

[Datenbankversion]

Ausfüllhinweis:

Die Angaben zur personellen Ausstattung zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahrs sind verpflichtend.

Für die Angabe in Vollkräften erfolgt eine Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten, indem die für jeden Beschäftigten oder jede Beschäftigte vereinbarten Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden addiert und durch die von einer vollzeitbeschäftigten Person 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 vollzeitbeschäftigter Person = 1 Vollkraft (Vollzeitäquivalent),
- 1 Vollzeiterkraft mit 39 Wochenstunden und 2 Halbzeitkräfte mit jeweils 19,5 Wochenstunden = 78 Wochenstunden = dividiert durch 39 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = 2 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente),
- 3 Teilzeitkräfte mit jeweils 15 Wochenstunden = 45 Wochenstunden = dividiert durch 40 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = gerundet 1,1 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente).

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	... Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	... Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	... Personen	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	... Vollkräfte	

Ausfüllhinweis:

Die Angaben in der Zeile „Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)“ und der Zeile „- davon Fachärzte und Fachärztinnen“ sollten der Summe der Angaben in allen Fachabteilungen/Organisationseinheiten entsprechen. In Zeile 4 können zusätzlich Ärzte und Ärztinnen angegeben werden, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen pro Zelle der Tabelle (einschließlich Leerzeichen) begrenzt. Angaben zu weiteren ärztlichen Abschlüssen und Zusatzqualifikationen können fachabteilungsbezogen in B-[X].12.1 gemacht werden.

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	... Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	... Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	... Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	... Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
(„Sonstiges“) z. B. ausländische oder akademische Abschlüsse			

Ausfüllhinweis:

Die pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind jeweils nur einmalig in der Zeile zu erfassen, die ihrer höchsten Qualifikation entspricht.

Die Angaben in der Zeile „Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen“ und der Zeile „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen“ sollten der Summe der Angaben in allen Fachabteilungen/Organisationseinheiten entsprechen.

Zusätzlich können weitere Angaben unter „Sonstiges“ gemacht werden, um beispielsweise pflegebezogene akademische oder ausländische Abschlüsse sowie Pflegepersonal, das keiner Fachabteilung zuzuordnen ist, anzugeben. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch den jeweiligen Abschluss zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann der jeweilige Abschluss in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden. „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen der Tabelle (einschließlich Leerzeichen) begrenzt. Weitere Angaben zu Abschlüssen und Zusatzqualifikationen können fachabteilungsbezogen unter B-[X].12.2 gemacht werden.

B **Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/
Fachabteilungen**

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

[Datenbankversion]

Name des Chefarztes oder der Cheförztn (optional)

[Datenbankversion]

Kontaktdaten

[Datenbankversion]

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

[Datenbankversion]

- Hauptabteilung
- Belegabteilung
- Gemischte Haupt- und Belegabteilung
- Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Ausfüllhinweis:

Für [X] ist eine fortlaufende Nummerierung einzufügen. Die Darstellung nicht bettenführender Abteilungen ist ebenfalls möglich. Der Begriff „Organisationseinheit/Fachabteilung“ ist in den Kapitelüberschriften des B-Teils durch den entsprechenden krankenhausindividuellen Namen der Organisationseinheit/Fachabteilung zu ersetzen.

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 und Nutzerinnen 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, nicht bettenführende Fachabteilung/sonstige Organisationseinheit) ist verpflichtend anzugeben. Sofern es sich um eine nicht bettenführende Abteilung oder eine sonstige Organisationseinheit handelt, ist dies in der PDF-Version anzukreuzen. In der Datenbankversion (siehe Anhang 1) ist für diesen Fall die Angabe von „Nicht bettenführend/sonstige Organisationseinheit“ ohne weitere Untergliederung vorgesehen.

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

[Datenbankversion]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich X	Kommentar/Erläuterung
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs
...	...	
VR00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

Angaben zu Versorgungsschwerpunkten können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Dies bedeutet, dass hier unter B-[X].2 nur diejenigen Versorgungsschwerpunkte angegeben werden dürfen, die noch nicht unter A-8 angegeben wurden. An dieser Stelle sind nur die fachabteilungsbezogenen Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses darzustellen.

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

Die Nummern für „Sonstiges“ (z. B. VR00) können mehrfach angegeben werden, um zusätzliche fachabteilungsbezogene Versorgungsschwerpunkte darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des jeweiligen Versorgungsschwerpunktes der Organisationseinheit/Fachabteilung zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann der krankenhausesindividuelle Versorgungsschwerpunkt in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem Versorgungsschwerpunkt können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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.

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

[Datenbankversion]

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP01	Akupressur	z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen
...
MP00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

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. Dies bedeutet, dass hier unter B-[X].3 nur diejenigen Leistungsangebote angegeben werden dürfen, die noch nicht unter A-9 angegeben wurden. An dieser Stelle sind nur die fachabteilungsbezogenen medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen.

Wenn Angaben gemacht werden, sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer MP00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche fachabteilungsbezogene medizinisch-pflegerische Leistungsangebote darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des jeweiligen krankenhausesindividuellen Leistungsangebots zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann das krankenhausesindividuelle medizinisch-pflegerische Leistungsangebot in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. 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

[Datenbankversion]

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterung
SA09	Unterbringung Begleitperson	z. B. bei Begleitpersonen von Kindern kostenlos, sonst kostenpflichtig möglich
...
SA00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

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

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

Die Nummer SA00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Serviceangebote darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des jeweiligen krankenhausesindividuellen Serviceangebots zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann das krankenhausesindividuelle Serviceangebot in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem Serviceangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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

[Datenbankversion (nur stationäre Fallzahl)]

Vollstationäre Fallzahl:

Teilstationäre Fallzahl (optional):

Ausfüllhinweis:

Die Angabe der vollstationären Fälle ist verpflichtend. Fachabteilungen, die keine vollstationären Fälle haben, geben in der PDF-Version „0“ an. Teilstationäre Fälle sollen nicht in die Fallzahl der vollstationären Fälle eingerechnet werden, können aber gesondert in der PDF-Version dargestellt werden. Die Regelung zur Fallzählung basiert auf den gesetzlichen Vorgaben.

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 FPV (Fallpauschalenvereinbarung) des jeweiligen Berichtsjahrs, 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 oder die Patientin 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 der Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 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 Diagnosen nach ICD

[Datenbankversion]

B-[X].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10-Ziffer* (3-stellig)	Fallzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

Ausfüllhinweis:

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. Aus Datenschutzgründen sind ICD-Ziffern mit einer Fallzahl ≤ 5 Fälle mit „≤ 5“ 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.

In der PDF-Version sind die 10 häufigsten ICD-Ziffern dreistellig (z. B. G20) mit Fallzahl anzugeben. Durch die dreistellige Angabe werden die differenzierteren vier- und höherstelligen Ziffern zusammengefasst. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche dreistellige ICD-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Die Anzahl der ausgewiesenen Hauptdiagnosen ist in der PDF-Version auf maximal 30 begrenzt. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen.¹

In der Datenbankversion sind mindestens 80 % aller ICD-Ziffern (nicht 80 % der Fälle) der Organisationseinheit/Fachabteilung vierstellig (z. B. G20.2) mit Fallzahl anzugeben, allerdings nicht weniger als die 10 häufigsten ICD-Ziffern.

Die in der PDF-Version und in der Datenbankversion vorliegenden Informationen dienen unterschiedlichen Zwecken. Durch die fehlende genaue Fallzahlangabe bei Fallzahlen ≤ 5 und die unterschiedliche Stelligkeit der ICD-Ziffern sind die Angaben zu den Hauptdiagnosen in PDF- und Datenbankversion unterschiedlich und nicht ohne Weiteres vergleichbar. Dies ist bei der Erstellung des Qualitätsberichts zu berücksichtigen.

Es sind in der PDF-Version alle ICD-Ziffern mit gleicher Fallzahl anzugeben, bis die Grenze von 10 ICD-Ziffern erreicht ist. Wenn sich mehrere ICD-Ziffern mit gleicher Fallzahl den 10. Rang teilen, kann das Krankenhaus eine eigene Auswahl treffen oder bis zu der maximalen Anzahl von 30 ICD-Ziffern weitere Angaben machen. Entsprechendes gilt für die XML-Version hinsichtlich der Grenze von 80 % der ICD-Ziffern.

¹ Wenn eine laienverständliche Übersetzung der Diagnosebezeichnungen bundeseinheitlich vorliegt, soll diese verwendet werden.

B-[X].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10-Ziffer (3-5-stellig)	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung

Ausfüllhinweis:

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

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. Ebenso können an dieser Stelle die Diagnosen teilstationärer Fälle angegeben werden.

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 Anzahl ≤ 5 sind mit „≤ 5“ anzugeben.

B-[X].7 Prozeduren nach OPS

[Datenbankversion]

B-[X].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-Ziffer (4-stellig)	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Ausfüllhinweis:

Die Angabe der durchgeführten Prozeduren nach OPS nach Häufigkeit ist grundsätzlich verpflichtend. Sind der Fachabteilung/Organisationseinheit keine OPS-Ziffern zuzuordnen, ist in der PDF-Version der Hinweis „trifft nicht zu“/„entfällt“ aufzunehmen. Operative Organisationseinheiten/Fachabteilungen können sich in der PDF-Version 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. Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen/Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig.

Die Anzahl der jeweiligen OPS-Ziffer in der jeweiligen Fachabteilung ergibt sich daraus, wie oft die jeweilige Prozedur von der Fachabteilung im Berichtsjahr erbracht wurde. Die OPS-Zählung erfolgt demnach immer bei der Fachabteilung, von der die Leistung erbracht wurde. Dieses Verfahren dient dazu, das tatsächliche Leistungsgeschehen der Fachabteilung möglichst realistisch abzubilden.

OPS-Ziffern, die im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen erfasst wurden, sind hier nicht anzugeben. Teilstationäre Prozeduren können aufgenommen werden. Verbringungsleistungen sind nicht vom beauftragenden Krankenhaus darzustellen, da sie nicht von diesem unmittelbar durchgeführt wurden. Im Qualitätsbericht des beauftragten Krankenhauses hingegen können sie an entsprechender Stelle aufgenommen werden.

Es ist der amtliche OPS-Katalog zu verwenden. Aus Datenschutzgründen sind OPS-Ziffern mit einer Anzahl ≤ 5 mit „ ≤ 5 “ anzugeben.

In der PDF-Version sind die 10 häufigsten OPS-Ziffern vierstellig (z. B. 5-876) mit Anzahl anzugeben. Durch die vierstellige Angabe werden die differenzierteren fünf- und höherstelligen Ziffern zusammengefasst. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche vierstellige OPS-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Die Anzahl der ausgewiesenen Prozeduren ist in der PDF-Version auf maximal 30 begrenzt. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen.

In der Datenbankversion sind mindestens 80 % aller OPS-Ziffern (nicht 80 % der Fälle) der Organisationseinheit/Fachabteilung endstellig (z. B. 5-876.2) mit Anzahl anzugeben, allerdings nicht weniger als die 10 häufigsten OPS-Ziffern.

Die in der PDF-Version und in der Datenbankversion vorliegenden Informationen dienen unterschiedlichen Zwecken. Durch die fehlende genaue Anzahlangabe bei Anzahlen ≤ 5 und die unterschiedliche Stelligkeit der OPS-Ziffern sind die Angaben zu den Prozeduren in PDF- und Datenbankversion unterschiedlich und nicht ohne Weiteres vergleichbar. Dies ist bei der Erstellung des Qualitätsberichts zu berücksichtigen.

Es sind in der PDF-Version alle OPS-Ziffern mit gleicher Anzahl anzugeben, bis die Grenze von 10 OPS-Ziffern erreicht ist. Wenn sich mehrere OPS-Ziffern mit gleicher Anzahl den 10. Rang teilen, kann das Krankenhaus eine Auswahl treffen oder bis zu der maximalen Anzahl von 30 OPS-Ziffern weitere Angaben machen. Entsprechendes gilt für die XML-Version hinsichtlich der Grenze von 80 % der OPS-Ziffern.

B-[X].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-Ziffer (4-6-stellig)	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung

Ausfüllhinweis:

Hier besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, Prozeduren darzustellen, in denen es besondere Kompetenz ausweisen möchte. Die OPS-Ziffer kann vier- bis sechstellig 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 Anzahl ≤ 5 sind mit „≤ 5“ anzugeben.

B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

[Datenbankversion]

Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistungen	Kommentar/ Erläuterung
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V	Diabetes-Ambulanz	VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	z. B. Diabetes, Schilddrüse
			
AM04	Ermächtigungsambulanz nach § 116 SGB V	Schrittmacher-Ambulanz	VI03	Diagnostik und Therapie sonstiger Formen der Herzkrankheit	
			
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V		LK03	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose	
...	
AM00	(„Sonstiges“)	...	z. B. VC00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

Es können grundsätzlich alle ambulanten ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten unabhängig von der gesetzlichen oder vertraglichen Grundlage und der Art der Abrechnung dargestellt werden. Sofern angebotene Leistungen nicht für alle Patienten und Patientinnen zugänglich sind (z. B. Verträge mit einzelnen Krankenkassen), sollte ein entsprechender Hinweis aufgenommen werden. Krankenhausinterne Konsilleistungen sind hier nicht anzugeben. Angaben zu ambulanten Operationen sollten nur im Kapitel B-[X].9 gemacht werden.

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

Die Nummer AM00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Ambulanzarten darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung der jeweiligen krankenhausesindividuellen Ambulanzart zu ersetzen. In der Datenbankversion dage-

gen kann die krankenhausesindividuelle Ambulanzart in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jeder Ambulanzart kann der Name der Ambulanz in der Spalte „Bezeichnung der Ambulanz“ sowie in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Die Angabe der angebotenen Leistungen erfolgt anhand der Auswahlliste für die fachabteilungsbezogenen Versorgungsschwerpunkte zu B-[X].2 in Anhang 2. Die Ausfüllhinweise zu B-[X].2 gelten entsprechend.

Abweichend davon sind die angebotenen Leistungen für die Ambulanzart AM06 „Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V“ anhand der Auswahlliste in Anhang 2 anzugeben.

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

[Datenbankversion]

Rang	OPS-Ziffer (4-stellig)	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Ausfüllhinweis:

Die Angabe der ambulanten Operationen nach OPS nach Häufigkeit ist grundsätzlich verpflichtend. Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen/Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig. Sind der Fachabteilung/Organisationseinheit keine ambulanten Operationen zuzuordnen, ist in der PDF-Version der Hinweis „trifft nicht zu“/„entfällt“ aufzunehmen.

Die Anzahl der jeweiligen OPS-Ziffer in der jeweiligen Fachabteilung ergibt sich daraus, wie oft die jeweilige Prozedur von der Fachabteilung im Berichtsjahr erbracht wurde. Die OPS-Zählung erfolgt demnach immer bei der Fachabteilung, von der die Leistung erbracht wurde. Dieses Verfahren dient dazu, das tatsächliche Leistungsgeschehen der Fachabteilung möglichst realistisch abzubilden.

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

Aus Datenschutzgründen sind OPS-Ziffern mit einer Anzahl ≤ 5 mit „≤ 5“ anzugeben.

In der PDF-Version sind die 10 häufigsten OPS-Ziffern vierstellig (z. B. 5-876) mit Anzahl anzugeben. Durch die vierstellige Angabe werden die differenzierteren fünf- und höherstelligen Ziffern zusammengefasst. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche vierstellige OPS-Ziffern zu dokumen-

tieren hat, sind alle anzugeben. Die Anzahl der ausgewiesenen Prozeduren ist in der PDF-Version auf maximal 30 begrenzt. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen.

In der Datenbankversion sind mindestens 80 % aller OPS-Ziffern (nicht 80 % der Fälle) der Organisationseinheit/Fachabteilung endstellig (z. B. 5-876.2) mit Anzahl anzugeben, allerdings nicht weniger als die 10 häufigsten OPS-Ziffern.

Die in der PDF-Version und in der Datenbankversion vorliegenden Informationen dienen unterschiedlichen Zwecken. Durch die fehlende genaue Anzahlangabe bei Anzahlen ≤ 5 und die unterschiedliche Stelligkeit der OPS-Ziffern sind die Angaben zu den Prozeduren in PDF- und Datenbankversion unterschiedlich und nicht ohne Weiteres vergleichbar. Dies ist bei der Erstellung des Qualitätsberichts zu berücksichtigen.

Es sind in der PDF-Version alle OPS-Ziffern mit gleicher Anzahl anzugeben, bis die Grenze von 10 OPS-Ziffern erreicht ist. Wenn sich mehrere OPS-Ziffern mit gleicher Anzahl den 10. Rang teilen, kann das Krankenhaus eine Auswahl treffen oder bis zu der maximalen Anzahl von 30 OPS-Ziffern weitere Angaben machen. Entsprechendes gilt für die XML-Version hinsichtlich der Grenze von 80 % der OPS-Ziffern.

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

[Datenbankversion]

- Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden
- stationäre BG-Zulassung
- nicht vorhanden

Ausfüllhinweis:

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

B-[X].11 Apparative Ausstattung

[Datenbankversion]

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/Erläuterung
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	X	
...	
AA00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

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 und umgangssprachlichen Bezeichnung in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer AA00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Geräte darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des jeweiligen krankenhausesindividuellen Geräts zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann das krankenhausesindividuelle Gerät in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Der Schwerpunkt soll dabei auf relevanten Geräten („Großgeräten“) liegen. Geräte, die zur üblichen Ausstattung eines Krankenhauses gehören (z. B. Blutdruckmessgeräte, Blutzuckermessgeräte, Infusionspumpen), sind nicht anzugeben. 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“).

In der Auswahlliste ist vermerkt, für welche Geräte Angaben zur 24h-Notfallverfügbarkeit zu machen sind.

Zu jedem Gerät können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].12 Personelle Ausstattung

[Datenbankversion]

B-[X].12.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung z. B. Weiterbildungsbefugnisse
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	... Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	... Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) Personen	

Ausfüllhinweis:

Die Angaben zur personellen Ausstattung zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahrs sind verpflichtend. Organisationseinheiten/Fachabteilungen, denen kein ärztliches Personal zuzuordnen ist, geben bei „Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)“ in der PDF-Version „0“ an; in diesem Fall entfallen die übrigen Angaben zur personellen Ausstattung im Bereich der Ärzte und Ärztinnen. Ärztliches 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 oder unter A-14.1 eingetragen werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen.

Für die Angabe in Vollkräften erfolgt eine Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten, indem die für jeden Beschäftigten oder jede Beschäftigte vereinbarten Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden addiert und durch die von einer vollzeitbeschäftigten Person ge-

mäß 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 vollzeitbeschäftigter Person = 1 Vollkraft (Vollzeitäquivalent),
- 1 Vollzeilkraft mit 39 Wochenstunden und 2 Halbzeitkräfte mit jeweils 19,5 Wochenstunden = 78 Wochenstunden = dividiert durch 39 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = 2 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente),
- 3 Teilzeitkräfte mit jeweils 15 Wochenstunden = 45 Wochenstunden = dividiert durch 40 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = gerundet 1,1 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente).

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung	Kommentar/Erläuterung
AQ13	Viszeralchirurgie	
...	...	
AQ00	(„Sonstiges“)	

Nr.	Zusatzweiterbildung (fakultativ)	Kommentar/Erläuterung
ZF30	Palliativmedizin	
...	...	
ZF00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

In den Tabellen „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ sollen die Facharztqualifikationen und fakultativen Zusatzweiterbildungen gemäß den Auswahllisten in Anhang 2 angegeben werden. Es soll hier nicht die Anzahl der Qualifikationen, sondern nur deren Vorliegen in der Abteilung (als Expertise) angegeben werden. Die Schlüssel in der Auswahlliste orientieren sich an der zur Zeit gültigen Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und bilden die „offiziellen“ Facharztbezeichnungen mit Schwerpunkten und die derzeit gültigen fakultativen Zusatzweiterbildungen ab. Fachkundenachweise, Weiterbildungskurse etc. sollen hier nicht abgebildet werden. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Facharztbezeichnungen) sollen sinngemäß zugeordnet werden.

Die Nummern AQ00 bzw. ZF00 für „Sonstiges“ sollen lediglich genutzt werden, um abweichende Facharztbezeichnungen und Zusatzweiterbildungen anzugeben, die sich nicht zuordnen lassen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung der jeweiligen Facharztbezeichnung bzw. Zusatzweiterbildung zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann die krankenhausindividuelle Bezeichnung in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jeder Facharztbezeichnung bzw. Zusatzweiterbildung können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen pro Zelle der Tabelle (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].12.2 Pflegepersonal

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/ Erläuterung
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	... Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	... Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	... Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	... Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
(„Sonstiges“) z. B. ausländische oder akademische Abschlüsse			

Ausfüllhinweis:

Die Angaben zur personellen Ausstattung zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahrs sind verpflichtend. Organisationseinheiten/Fachabteilungen, denen kein pflegerisches Personal zuzuordnen ist, geben in der PDF-Version „trifft nicht zu“/„entfällt“ an.

Die pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind jeweils in der Zeile zu zählen, die ihrer höchsten Qualifikation entspricht.

Zusätzlich können weitere Angaben unter „Sonstiges“ gemacht werden, um beispielsweise akademische oder ausländische Abschlüsse anzugeben. An dieser Stelle sind auch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einzutragen, die ausschließlich einen akademischen Abschluss in der Pflege haben und vor Ort in der Fachabteilung eingesetzt sind. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch den jeweiligen Abschluss zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann der jeweilige Abschluss in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden. „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden.

Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen können in den entsprechenden Tabellen angegeben werden.

Bei der Darstellung des Pflegepersonals ist nur das in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen eingesetzte Pflegepersonal, d. h. nicht die Mitglieder der Pflegedienstleitung, der Verwaltung, des Qualitätsmanagements oder der innerbetrieblichen Krankentransporte, zu berücksichtigen. Bei einer inter-

disziplinär belegten Station, d. h. einer Station, auf der Patienten oder Patientinnen 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. 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 oder in A-14.2 eingetragen werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen.

Sofern der Organisationseinheit/Fachabteilung Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und Krankenpflegehilfe zugeordnet sind, werden diese nicht in die Anzahl der Vollkräfte eingerechnet. Sie können in der Spalte "Kommentar/Erläuterung" zur jeweiligen Berufsgruppe angegeben werden.

Für die Angabe in Vollkräften erfolgt eine Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten, indem die für jeden Beschäftigten oder jede Beschäftigte vereinbarten Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden addiert und durch die von einer vollzeitbeschäftigten Person 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 vollzeitbeschäftigter Person = 1 Vollkraft (Vollzeitäquivalent),
- 1 Vollzeitkraft mit 39 Wochenstunden und 2 Halbzeitkräfte mit jeweils 19,5 Wochenstunden = 78 Wochenstunden = dividiert durch 39 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = 2 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente),
- 3 Teilzeitkräfte mit jeweils 15 Wochenstunden = 45 Wochenstunden = dividiert durch 40 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = gerundet 1,1 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente).

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterung
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
...	...	
PQ00	(„Sonstiges“)	

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar/Erläuterung
ZP01	Notaufnahme	
...	...	
ZP00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

In den Tabellen „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ sollen die pflegebezogenen anerkannten Fachweiterbildungen/zusätzlichen akademischen Abschlüsse und Zusatzqualifikationen, die auf einer pflegerischen Ausbildung beruhen, gemäß den Auswahllisten in Anhang 2 angegeben werden. Es soll hier nicht die Anzahl der Qualifikationen, sondern nur deren Vorliegen in der Abteilung (als Expertise) angegeben werden.

Die Nummern PQ00 bzw. ZP00 für „Sonstiges“ können mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse und Zusatzqualifikationen darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung der jeweiligen Fachweiterbildung bzw. Zusatzqualifikation zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann die Angabe des einzelnen Krankenhauses in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jeder Fachweiterbildung/jedem zusätzlichen akademischen Abschluss bzw. Zusatzqualifikation können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].12.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/ Erläuterung
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
...	...	
SP00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

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.

Die Nummer SP00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliches therapeutisches Personal darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des therapeutischen Personals zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann krankenhausindividuelles spezielles therapeutisches Personal in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Der Schwerpunkt soll dabei auf Berufsgruppen liegen, die direkt an der Therapie beteiligt sind. Zu jeder Berufsgruppe des therapeutischen Personals können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung, z. B. zum Ausbildungsstand, gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen pro Zelle der Tabelle (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V (BQS-Verfahren)

Ausfüllhinweis:

Für die Datenbankversion erfolgt die Übermittlung der Angaben zu C-1.1.[Y] und der Angaben zu C-1.2.[Z] für die Indikatoren der Tabellen A und B des Anhangs 3 direkt durch die BQS bzw. LQS. Hierfür übermitteln BQS bzw. LQS die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (31. Oktober laut Beschluss des G-BA vom 18. Dezember 2008) tabellarisch an das Krankenhaus zur Fehlerprüfung und Kommentierung. In diesem Zusammenhang ist auch die Zuordnung der Auswertungen von BQS bzw. LQS zu Institutionskennzeichen und Standortnummer(n) des Krankenhauses vorzunehmen, um eine eindeutige Zusammenführung der Berichtsteile zu ermöglichen. Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung an die BQS bzw. LQS erfolgen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahrs. BQS bzw. LQS übermitteln in der Zeit vom 15. November bis 31. Dezember des Erstellungsjahrs krankenhausesbezogen die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben.

Bis zum 31. Dezember können die Krankenhäuser darüber hinaus eine um das Kapitel C-1 ergänzte PDF-Version an die Annahmestellen übermitteln. Die Daten der BQS/LQS sind dabei unverändert in die PDF-Version aufzunehmen.

C-1.1.[Y] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für:
(z. B. Krankenhaus, Standort, Betriebsstätte, Fachabteilung/
Organisationseinheit)

[Datenbankversion für BQS/LQS]

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)	Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
Ambulant erworbene Pneumonie			
Aortenklappenchirurgie, isoliert			
Cholezystektomie			
Dekubitusprophylaxe			
Geburtshilfe			
Gynäkologische Operationen			
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel			
Herzschrittmacher-Implantation			
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation			
Herztransplantation			
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation			
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Karotis-Rekonstruktion			
Knie-Totalendoprothesen- Erstimplantation			
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)	Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie			
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)			
Koronarchirurgie, isoliert			
Mammachirurgie			
Lebertransplantation			
Leberlebendspende			
Nieren- und Pankreas-(Nieren-)transplantation			
Nierenlebendspende			
Lungen- und Herz-Lungentransplantation			

Ausfüllhinweis:

Sofern das Krankenhaus an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) teilnimmt, ist hier anzugeben, wie hoch die Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll) und die Dokumentationsrate im Krankenhaus je Leistungsbereich im Berichtsjahr war. Für Leistungsbereiche mit Fallzahlen 1-5 ist keine Fallzahl anzugeben. In der PDF-Version ist stattdessen die Angabe „≤ 5“ zu machen.

In der PDF-Version sollen nur die tatsächlich erbrachten Leistungen angegeben werden. Die nicht benötigten Felder sollen gelöscht werden. Sofern das Krankenhaus keine Leistungen erbringt, die eine Teilnahme am BQS-Verfahren gestatten, ist unter C-1.1.[Y] ein entsprechender Satz aufzunehmen, z. B. „Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (BQS-Verfahren) ermöglichen.“

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

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 Aortenklappenchirurgie 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 Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.“

Folgende Fälle sind für die Darstellung der erbrachten Leistungsbereiche und Dokumentationsraten zu unterscheiden:

- Im Regelfall wird für jedes Krankenhaus eine Dokumentationsrate je Leistungsbereich errechnet, die in der Tabelle anzugeben ist.
- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, für die jeweils ein eigenständiger Qualitätsbericht zu erstellen ist, sind die Dokumentationsraten im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, der die Leistungen aus dem Leistungsbereich erbracht hat.
- Liegt für mehrere Standorte, für die jeweils ein eigenständiger Qualitätsbericht zu erstellen ist, nur eine gemeinsame Dokumentationsrate je Leistungsbereich vor (z. B. bei Erstellung eigenständiger Qualitätsberichte für mehrere Standorte eines Krankenhauses, die alle die Leistungen aus dem Leistungsbereich erbringen), ist diese gemeinsame Dokumentationsrate für jeden Standort in der Tabelle anzugeben und darauf im Feld „Kommentar/Erläuterung“ hinzuweisen.

- Liegen für ein Krankenhaus mehrere Dokumentationsraten je Leistungsbereich vor (z. B. bei Zusammenfassung verschiedener nicht eigenständiger Standorte in einem Qualitätsbericht eines Krankenhauses oder Vorhandensein verschiedener Fachabteilungen/Organisationseinheiten mit eigener Auswertung), ist C-1.1.[Y] mehrfach anzugeben. In der Überschrift ist dabei kenntlich zu machen, auf welchen Standort oder welche Fachabteilung/Organisationseinheit sich die dargestellte Dokumentationsrate bezieht. Die Organisationseinheit, auf die sich die Angaben beziehen, ist in der Überschrift jeweils zu nennen. Für [Y] ist eine fortlaufende Nummerierung einzufügen.

C-1.2.[Z] Ergebnisse für ausgewählte Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren für: -----
(z. B. Krankenhaus, Standort, Betriebsstätte, Fachabteilung/
Organisationseinheit)

[Datenbankversion für BQS/LQS]

1 Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	2 Kennzahlbezeichnung	3 Bewertung durch Strukt. Dialog	4 Vertrauensbereich	5 Ergebnis (Einheit)	6 Zähler/Nenner	7 Referenzbereich (bundesweit)	8 Kommentar/ Erläuterung der BQS/LQS	9 Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
LB 1: QI 1								
LB 1: QI 2								
LB 2: QI 1								
LB 2: QI 2								
...								

Ausfüllhinweis:

Die im Folgenden beschriebene Darstellung der BQS-Qualitätsindikatoren und ihrer Ergebnisse bezieht sich ausschließlich auf diejenigen Leistungsbereiche, die vom Krankenhaus erbracht und unter C-1.1.[Y] aufgeführt wurden.

Die Darstellung der Qualitätsindikatoren erfolgt in der PDF-Version in der dargestellten Tabelle und in der Datenbankversion mit den in die Tabelle einzufügenden krankenhausindividuellen Informationen gemäß Anhang 1. Dabei ist Folgendes zu beachten:

- In der Spalte 1 „Leistungsbereich und Qualitätsindikator“ ist die jeweils korrekte laienverständliche Bezeichnung – wenn vorhanden – von Leistungsbereich und Qualitätsindikator (siehe www.bqs-qualitaetsindikatoren.de) zu übernehmen. Wenn keine laienverständlichen Bezeichnungen vorhanden sind, ist die Bezeichnung des Leistungsbereichs und des Qualitätsindikators aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.
- In der Spalte 2 „Kennzahlbezeichnung“ ist die eindeutige Bezeichnung der Kennzahl aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.
- In der Spalte 3 „Bewertung durch Strukt. Dialog“ ist die Bewertung des Strukturierten Dialogs verpflichtend darzustellen. Aus folgender Liste (Quelle: BQS/LQS) ist die zutreffende Zahl (und optional der zugehörige Text) einzutragen:

- 0 = Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.
- 1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.
- 2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.
- 3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft.
- 4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

- 5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.
- (6 = nicht besetzt)
- (7 = nicht besetzt)
- 8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturierter Dialog erforderlich.
- 9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)
- (10 = nicht besetzt)
- (11 = nicht besetzt)
- (12 = nicht besetzt)
- 13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.
- 14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

In der PDF-Version ist diese die Spalte 3 erläuternde Liste für den Leser und die Leserin am Ende des Abschnitts C-1.2 einzufügen.

- In der Spalte 4 „Vertrauensbereich“ ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator als 95 %-Vertrauensbereich einzutragen.
- In der Spalte 5 „Ergebnis“ ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator einzutragen. In der PDF-Version ist zusätzlich ggf. die Einheit anzugeben.
- In der Spalte 6 „Zähler/Nenner“ ist das Ergebnis des Krankenhauses als Zähler (= Anzahl der Patienten und Patientinnen, für die die Kennzahl zutrifft) und Nenner (= Anzahl der Patienten und Patientinnen, für die die Kennzahl untersucht wurde) einzutragen. Aus Datenschutzgründen ist hier keine Angabe zu machen, wenn der Zähler 1-5 oder der Nenner ≤ 5 sind.
- In der Spalte 7 „Referenzbereich“ ist der bundesweite Referenzbereich für diesen Qualitätsindikator, ggf. unter Angabe der Einheit, einzutragen. Wurde auf Bundesebene kein Referenzbereich festgelegt, ist „nicht festgelegt“ einzutragen.
- In der Spalte 8 „Kommentar/Erläuterung der BQS/LQS“ ist die über die kodierte Bewertung in Spalte 3 hinausgehende Kommentierung der BQS bzw. LQS zum Ergebnis des Strukturierten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen, soweit ein Strukturierter Dialog durchgeführt wurde und eine solche Bewertung vorliegt.
- In der Spalte 9 „Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses“ können ergänzende Informationen des Krankenhauses bis zu einem Zeichenumfang von 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufgenommen werden. An dieser Stelle kann auch zum Vergleich der Bundes- oder Landesdurchschnitt für diesen Qualitätsindikator dargestellt werden oder können Hinweise auf weiterführende Informationen an anderer Stelle, z. B. Links auf die eigene Homepage, aufgenommen werden.

Aus methodischen Gründen sind nicht in jedem Fall Daten für alle Qualitätsindikatoren unter C-1.2 für die Spalten 4 und 6 vorhanden. In diesem Fall ist in der PDF-Version „trifft nicht zu“ oder „entfällt“ einzutragen. Falls dem Krankenhaus für einen Qualitätsindikator kein Ergebnis mitgeteilt wurde (z. B. auf Grund geringer Fallzahl), ist in der PDF-Version in das entsprechende Feld der Spalte 5 einzutragen: „Ergebnis wurde dem Krankenhaus nicht mitgeteilt.“

Abweichend davon ist für diejenigen Qualitätsindikatoren, für die noch keine Bewertung durch den Strukturierten Dialog vorliegt, die Spalte 3 mit „0“ auszufüllen und eine Darstellung der Ergebnisse an dieser Stelle ausgeschlossen. Die Spalten 4 bis 7 sind deshalb wegzulassen.

Folgende Fälle sind für die Darstellung der Ergebnisse aus dem BQS-Verfahren zu unterscheiden:

1. Im Regelfall wird für jedes Krankenhaus eine Auswertung je Qualitätsindikator übermittelt, die in der Tabelle anzugeben ist.

2. Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, für die jeweils ein eigenständiger Qualitätsbericht zu erstellen ist, sind die Auswertungen der Qualitätsindikatoren im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, für den die Auswertung vorgenommen wurde.
3. Liegt für mehrere Standorte, für die jeweils ein eigenständiger Qualitätsbericht zu erstellen ist, nur eine gemeinsame Auswertung je Qualitätsindikator vor (z. B. bei Erstellung eigenständiger Qualitätsberichte für mehrere Standorte eines Krankenhauses, die alle die Leistungen aus dem Leistungsbereich erbringen), ist diese gemeinsame Auswertung für jeden Standort in der Tabelle anzugeben und darauf im Feld „Kommentar/Erläuterung“ des Krankenhauses (Spalte 9) hinzuweisen.
4. Liegen für ein Krankenhaus mehrere Auswertungen je Qualitätsindikator vor (z. B. bei Zusammenfassung verschiedener nicht eigenständiger Standorte in einem Qualitätsbericht eines Krankenhauses oder Vorhandensein verschiedener Fachabteilungen/Organisationseinheiten mit eigener Auswertung), kann C-1.2.[Z] mehrfach angegeben werden. In der Überschrift ist dabei jeweils kenntlich zu machen, auf welchen Standort oder welche Fachabteilung/Organisationseinheit sich die dargestellte Auswertung bezieht. Die Organisationseinheit, auf die sich die Angaben beziehen, ist in der Überschrift jeweils zu nennen. Für [Z] ist eine fortlaufende Nummerierung einzufügen.

Ausfüllhinweis:

Die Darstellung der Qualitätsindikatoren aus dem BQS-Verfahren berücksichtigt, inwieweit

- Qualitätsindikatoren zur Veröffentlichung geeignet sind (aus Tabellen A, B oder C des Anhangs 3) und
- die Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt (I.) bzw. noch nicht vorliegt (II.).

Datenbankversion vs. PDF-Version

Für die Veröffentlichung in der von BQS bzw. LQS direkt an die Annahmestelle übermittelten Datenbankversion gilt deshalb Folgendes:

Datenbankversion BQS/LQS	1 Leistungsbereich (LB) und Qualitätsindikator (QI)	2 Kennzahl-ID	3 Bewertung durch Strukt. Dialog	4 Vertrauensbereich 5 Ergebnis (Einheit) 6 Zähler/Nenner	7 Referenzbereich (bundesweit)	8 Kommentar/ Erläuterung der BQS/LQS	9 Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
I. Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt							
Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden (Tabelle A)	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln, ergibt sich aus Kennzahl	Verpflichtend	Verpflichtend	Verpflichtend	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln, ist bundesweit vorgegeben	Verpflichtend	Freiwillige Ergänzung
Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung (Tabelle B)	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln, ergibt sich aus Kennzahl	Veröffentlichung empfohlen	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln, ist bundesweit vorgegeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Freiwillige Ergänzung
Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren (Tabelle C)	Keine Übermittlung durch BQS/LQS an Annahmestelle						
II. Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind							
Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist an dieser Stelle ausgeschlossen, um Fehlinterpretationen und Falschinformationen zu verhindern.							
Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden (Tabelle A)	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln, ergibt sich aus Kennzahl	Verpflichtend	Verpflichtend	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln, ist bundesweit vorgegeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Freiwillige Ergänzung
Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung (Tabelle B)	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln, ergibt sich aus Kennzahl	Veröffentlichung empfohlen	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln, ist bundesweit vorgegeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Freiwillige Ergänzung
Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren (Tabelle C)	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung						

Für die Veröffentlichung in der PDF-Version gilt deshalb Folgendes:

PDF- Version	1 Leistungs- bereich (LB) und Qualitäts- indikator (QI)	2 Kennzahl- bezeichnung	3 Bewertung durch Strukt. Dialog	4 Vertrauens- bereich 5 Ergebnis (Einheit) 6 Zähler/Nenner	7 Referenz- bereich (bundesweit)	8 Kommentar/ Erläuterung der BQS/LQS	9 Kommentar/ Erläuterung des Kranken- hauses
I. Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt							
Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden (<i>Tabelle A</i>)	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Freiwillig
Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung (<i>Tabelle B</i>)	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Freiwillig
Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren (<i>Tabelle C</i>)	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Freiwillig
II. Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist an dieser Stelle ausgeschlossen, um Fehlinterpretationen und Falschinformationen zu verhindern.							
Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden (<i>Tabelle A</i>)	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Freiwillig
Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung (<i>Tabelle B</i>)	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Freiwillig
Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren (<i>Tabelle C</i>)	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Freiwillig
<p>Tabelle A: siehe Anhang 3</p> <p>Tabelle B: siehe Anhang 3</p> <p>Tabelle C: siehe www.bqs-qualitaetsindikatoren.de</p>							

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

[Datenbankversion]

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Leistungsbereich	Kommentar/Erläuterung
z. B. Neonatalerhebung	
...	

Ausfüllhinweis:

Die Leistungsbereiche sind der Auswahlliste zu C-2 (Anhang 2) zu entnehmen.

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 (Auswahllisten) 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

[Datenbankversion]

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

DMP	Kommentar/Erläuterung
Diabetes mellitus Typ 1	
Diabetes mellitus Typ 2	
Brustkrebs	
Koronare Herzkrankheit (KHK)	
Asthma bronchiale	
Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	

Ausfüllhinweis:

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

Gemäß § 137f 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 hinzufügen (Zeichenbegrenzung: 1.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen).

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Ergebnis	
Messzeitraum	
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	

Ausfüllhinweis:

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

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).

Da an dieser Stelle keine Rechenregeln oder Verfahren zur Risikoadjustierung vorgegeben sind, sollen die Angaben zum jeweiligen Indikator um die verwendete Rechenregel ergänzt werden (innerhalb der Tabelle oder auch zusätzlich als Freitext).

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

[Datenbankversion]

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/Erläuterung
Lebertransplantation	20			
Nierentransplantation	25			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10			
Stammzelltransplantation	25			
Knie-TEP	50			

Ausfüllhinweis:

Es sind nur die zutreffenden Leistungsbereiche aufzulisten.

Krankenhäuser, die Leistungsbereiche erbringen, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenvereinbarung (Vereinbarung nach § 137 SGB V) Mindestmengen festgelegt sind, stellen verpflichtend dar, wie hoch die erbrachte Leistungsmenge in den erbrachten Leistungsbereichen ist.

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

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

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

Spalte 4: Hier macht das Krankenhaus Angaben zu in Anspruch genommenen Ausnahmeregelungen. Die Ausnahmetatbestände sind aus der Auswahlliste in Anhang 2 (Auswahllisten) auszuwählen.

Spalte 5: In der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ soll angegeben werden, seit wann Ausnahmetatbestände bestehen und mit welchen ergänzenden Maßnahmen gemäß § 6 der Vereinbarung nach § 137 SGB V die Versorgungsqualität sichergestellt wird (Zeichenbegrenzung: 1.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen).

C-6 Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“)

[Datenbankversion]

Nr.	Vereinbarung	Kommentar/Erläuterung
CQ01	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma	
...	...	

Ausfüllhinweis:

An dieser Stelle ist die Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“) darzustellen. Die Einhaltung der in den Richtlinien vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität ist Voraussetzung für die Erbringung bestimmter Leistungen.

Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Richtlinien/Vereinbarungen auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Bei Angaben zur Vereinbarung zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen ist dabei die vorgehaltene Versorgungsstufe zu berücksichtigen.

Zu jeder Richtlinie/Vereinbarung können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

D Qualitätsmanagement

Ausfüllhinweis:

Orientiert an der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 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

Ausfüllhinweis:

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 und Patientinnen, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie die interessierte Fachöffentlichkeit)

Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen).

D-2 Qualitätsziele

Ausfüllhinweis:

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

Ausfüllhinweis:

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

Ausfüllhinweis:

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 (z. B. Critical Incident Reporting System (CIRS), Maßnahmen und Projekte zur Erhöhung der Patientensicherheit)
- Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Einweiserbefragungen
- Maßnahmen zur Patienteninformation und -aufklärung
- Wartezeitenmanagement
- Hygienemanagement

Zeichenbegrenzung: 20.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen).

Hier sollen u. a. auch Maßnahmen und Projekte zur Erhöhung der Patientensicherheit mit Angaben zum klinikinternen Durchdringungs- und Verbreitungsgrad dargestellt werden, wie etwa klinisches Risi-

komanagement/Risikoberichtssystem (z. B. CIRS), Erhöhung der Arzneitherapiesicherheit, Vermeidung von Patientenverwechslungen, Proben- oder Befund- und Eingriffsverwechslungen, Hygiene-Management, insbesondere MRSA-Management.

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Ausfüllhinweis:

Qualitätsmanagementprojekte 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

Ausfüllhinweis:

Maßnahmen zur Bewertung des Qualitätsmanagements 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).

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung (Teil A: Krankenhäuser, Teil B: BQS/LQS)

Anhang 2: Auswahllisten

Anhang 3: BQS-Qualitätsindikatoren