

### **Bekanntmachung der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V**

Aufgrund des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 91 Abs. 7 SGB V vom 21. Juni 2005 wird folgende Vereinbarung veröffentlicht:

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

##### § 1 Ziele des Qualitätsberichtes

Die Ziele des Qualitätsberichtes umfassen

1. Information und Entscheidungshilfe für Versicherte und Patienten im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
2. eine Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung der Patienten insbesondere für Vertragsärzte und Krankenkassen,
3. die Möglichkeit für die Krankenhäuser, ihre Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

##### § 2 Zweck der Vereinbarung

(1) Zweck der Vereinbarung ist die Umsetzung der gesetzlichen Bestimmungen nach § 137 SGB V zur Qualitätssicherung im Krankenhaus durch die Festlegung des Verfahrens und die inhaltliche Gestaltung der Struktur des Qualitätsberichts.

(2) Diese Vereinbarung regelt insbesondere den Inhalt und Umfang eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser, in dem der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung

- der Anforderungen nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 SGB V sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement),
- der Anforderungen nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V (Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität),
- sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände),

dargestellt wird. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen.

(3) Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nach dieser Vereinbarung nicht fristgerecht veröffentlichen, werden gemäß § 17c Abs. 1 Satz 8 KHG „Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen“ jährlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft.

##### § 3 Inhalt, Umfang und Fortschreibung des Qualitätsberichts

(1) Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts werden in Anlage 1 zu dieser Vereinbarung vorgegeben; die Ausfüllhinweise nach Anlage 2 sind zu beachten. Die Anlagen sind Bestandteil dieser Vereinbarung und werden regelmäßig überprüft und gegebenenfalls fortgeschrieben.

(2) Bei der Fortschreibung der Anlagen sind insbesondere die Vereinbarungen gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 und Nr. 3 SGB V zu berücksichtigen.

##### § 4 Empfängerkreis/Veröffentlichung

(1) Der Qualitätsbericht ist erstmals spätestens zum 31. August 2005 für das Jahr 2004 zu erstellen. Er ist dann im Abstand von zwei Jahren jeweils spätestens zum 30. Juni für das Vorjahr zu erstellen. Der Qualitätsbericht ist den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Patientenvertretern nach § 140f SGB V in elektronischer Fassung unverzüglich zur Verfügung zu stellen.

(2) Der Qualitätsbericht ist von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie vom Verband der privaten Krankenversicherung erstmals spätestens zum 30. September 2005 für das Jahr 2004 und dann im Abstand von zwei Jahren jeweils spätestens zum 31. Juli im Internet zu veröffentlichen. Diese Veröffentlichung ist nur vollständig und unverändert vorzunehmen. Zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung können die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen und ihre Verbände die Vertragsärzte und die Versicherten auf der Basis der Qualitätsberichte nach dieser Vereinbarung auch vergleichend über die Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. In diesem Zusammenhang sind Kommentierungen, Querverweise, Zusammenfassungen usw. deutlich vom Qualitätsbericht selbst abzugrenzen. Werden solche zusätzlichen Informationen auf der Internetseite frei zugänglich veröffentlicht, ist das Krankenhaus hierüber zu informieren.

(3) Mit der Publikation des Qualitätsberichts durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sowie den Verband der privaten Krankenversicherung im Internet steht der Qualitätsbericht allen weiteren potentiellen Empfängern zur Verfügung. Die Publikation des Qualitätsberichts im Internet enthält gegebenenfalls eine technische Verknüpfung zu der Internet-Homepage des Krankenhauses, um ergänzende Informationsmöglichkeiten ohne Aufwand zu eröffnen.

§ 5 (gestrichen)

§ 6 Inkrafttreten

Diese Vereinbarung tritt zum 17. August 2004 in Kraft.

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

1. Der Qualitätsbericht ist den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Patientenvertretern nach § 140f SGB V gemäß § 4 der Vereinbarung spätestens zum 31. August 2005 und dann im Abstand von zwei Jahren jeweils spätestens zum 30. Juni in elektronischer Fassung (pdf.-Datei) zur Verfügung zu stellen.

2. Daneben ist der Qualitätsbericht den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen, dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Patientenvertretern nach § 140f SGB V spätestens im Folgemonat in maschinenlesbarer Fassung zur Verfügung zu stellen.

**Anlage 1**

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

**Basisteil**

**A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

A-1.1 Allgemeine Merkmale des Krankenhauses (Anschrift, E-Mail-Adresse, Internetadresse)

A-1.2 Wie lautet das Institutionskennzeichen des Krankenhauses?

A-1.3 Wie lautet der Name des Krankenhausträgers?

A-1.4 Handelt es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus?  
 ja  nein

A-1.5 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus nach § 108/109 SGB V (Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres)

A-1.6 Gesamtzahl der im abgelaufenen Kalenderjahr behandelten Patienten:  
 Stationäre Patienten: .....  
 Ambulante Patienten: .....

**A-1.7 A Fachabteilungen**

Schlüssel nach § 301 SGB V	Name der Klinik	Zahl der Betten	Zahl Stationäre Fälle	Hauptabt. (HA) oder Belegabt. (BA)	Poliklinik/Ambulanz ja (j)/nein (n)
0100	Innere Medizin (I.M)				
...	....				
3755	Wirbelsäulenchirurgie				
	Anästhesie				

**A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr**

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1			
2			
3			
4			
...			

A-1.8 Welche besonderen Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote werden vom Krankenhaus wahrgenommen? (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:  
 Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?  
 ja  nein

A-1.9 Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten bestehen? (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift)

A-2.0 Welche Abteilungen haben die Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft?

**A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten**

**A-2.1.1 Apparative Ausstattung**

	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Computertomographie (CT)	Ja	Nein	Ja	Nein
Magnetresonanztomographie (MRT)	Ja	Nein	Ja	Nein

	Vorhanden		Verfügbarkeit 24 Stunden sichergestellt	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Herzkatheterlabor	Ja	Nein	Ja	Nein
Szintigraphie	Ja	Nein	Ja	Nein
Positronenemissionstomographie (PET)	Ja	Nein	Ja	Nein
Elektroenzephalogramm (EEG)	Ja	Nein	Ja	Nein
Angiographie	Ja	Nein	Ja	Nein
Schlaflabor	Ja	Nein	Ja	Nein
...	Ja	Nein	Ja	Nein

**A-2.1.2 Therapeutische Möglichkeiten**

	Vorhanden	
	Ja	Nein
Physiotherapie	Ja	Nein
Dialyse	Ja	Nein
Logopädie	Ja	Nein
Ergotherapie	Ja	Nein
Schmerztherapie	Ja	Nein
Eigenblutspende	Ja	Nein
Gruppenpsychotherapie	Ja	Nein
Einzelpsychotherapie	Ja	Nein
Psychoedukation	Ja	Nein
Thrombolyse	Ja	Nein
Bestrahlung	Ja	Nein
...	Ja	Nein

**B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

B-1.1 Name der Fachabteilung: .....

B-1.2 Medizinisches Leistungsspektrum der Fachabteilung: (Auflistung in umgangssprachlicher Klarschrift) .....

B-1.3 Besondere Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung: .....

B-1.4 Weitere Leistungsangebote der Fachabteilung: .....

B-1.5 Mindestens die Top-10 DRG (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	DRG 3-stellig	Text (in umgangssprachlicher Klarschrift, deutsch)	Fallzahl
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

BAnz. Nr. 242 (S. 16 896) vom 22.12.2005

B-1.6 Mindestens die 10 häufigsten Haupt-Diagnosen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	ICD-10 Nummer* (3-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

\*) Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

B-1.7 Mindestens die 10 häufigsten Operationen bzw. Eingriffe der Fachabteilung im Berichtsjahr

Rang	OPS-301 Nummer (4-stellig)	Fälle Absolute Anzahl	in umgangssprachlicher Klarschrift (deutsch)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

B-2 **Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses**

B-2.1 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V Gesamtzahl (nach absoluter Fallzahl) im Berichtsjahr: .....

B-2.2 Mindestens Top-5 der ambulanten Operationen (nach absoluter Fallzahl) der Fachabteilung\*) im Berichtsjahr

	EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
1			

	EBM-Nummer (vollständig)	in umgangssprachlicher Klarschrift	Fälle absolut
2			
3			
4			
5			

\*) Sofern keine Unterteilung nach Fachabteilungen vorhanden, Auflistung über das Gesamt-Krankenhaus.

B-2.3 Sonstige ambulante Leistungen (Fallzahl für das Berichtsjahr)

Hochschulambulanz (§ 117 SGB V) .....

Psychiatrische Institutsambulanz (§ 118 SGB V) .....

Sozialpädiatrisches Zentrum (§ 119 SGB V) .....

B-2.4 Personalqualifikation im Ärztlichen Dienst (Stichtag 31. 12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Ärzte insgesamt	Anzahl Ärzte in der Weiterbildung	Anzahl Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung
0100	Innere Medizin			
...	...			
3700	Sonstige Fachabteilung			
	Gesamt			

Anzahl der Ärzte mit Weiterbildungsbefugnis (gesamtes Krankenhaus): .....

B-2.5 Personalqualifikation im Pflegedienst (Stichtag 31. 12. Berichtsjahr)

	Abteilung	Anzahl der beschäftigten Pflegekräfte insgesamt	Prozentualer Anteil der examinierten Krankenschwestern /-pfleger (3 Jahre)	Prozentualer Anteil der Krankenschwestern/-pfleger mit entsprechender Fachweiterbildung (3 Jahre plus Fachweiterbildung)	Prozentualer Anteil Krankenpfleger/in (1 Jahr)
0100	Innere Medizin				
...	...				
3700	Sonstige Fachabteilung				
	Gesamt				

C **Qualitätssicherung**

C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
1	Aortenklappen-chirurgie						
2	Cholezystektomie						

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Krankenhaus	Bunddurchschnitt
3	Gynäkologische Operationen						
4	Herzschrittmacher-Erstimplantation						
5	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel						
6	Herzschrittmacher-Revision						
7	Herztransplantation						
8	Hüftgelenknahe Femurfraktur (ohne subtrochantäre Frakturen)						
9	Hüft-Totalendoprothesen-Wechsel						
10	Karotis-Rekonstruktion						
11	Knie-Totalendoprothese (TEP)						
12	Knie-Totalendoprothesen-Wechsel						
13	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie						
14	Koronarangiografie/Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA)						
15	Koronarchirurgie						
16	Mammachirurgie						
17	Perinatalmedizin						
18	Pflege: Dekubitusprophylaxe mit Kopplung an die Leistungsbereiche 1, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 19						
19	Totalendoprothese (TEP) bei Koxarthrose						
20	Gesamt	-	-	-	-	-	-

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115b SGB V

Eine Aufstellung der einbezogenen Leistungsbereiche findet im Qualitätsbericht im Jahr 2007 Berücksichtigung.

C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

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:

- ...
- ...
- ...

C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP-Qualitätssicherungsmaßnahmen teil:

- ...
- ...
- ...

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V

Leistung <sup>1)</sup>	OPS der einbezogenen Leistungen <sup>1)</sup>	Mindestmenge <sup>1)</sup> (pro Jahr pro KH/ pro Arzt <sup>2)</sup>	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4a)/ pro Arzt (4b) <sup>2)</sup>		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				4a	4b	
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Lebertransplantation		10				
	5-503.0					
	5-503.1					
	5-503.2					
	5-503.3					
	5-503.x					
	5-503.y					
	5-504.0					
	5-504.1					
	5-504.2					
	5-504.x					
	5-504.y					
	5-502.0					
	5-502.1					
	5-502.2					
	5-502.3					
	5-502.5					
	5-502.x					
	5-502.y					
Nierentransplantation		20				
	5-550.0					
	5-555.1					
	5-555.2					
	5-555.3					
	5-555.4					
	5-555.5					
	5-555.x					
	5-555.y					
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus		5/5				
	5-420.00					
	5-420.01					
	5-420.10					
	5-420.11					
	5-423.0					
	5-423.1					
	5-423.2					
	5-423.3					
	5-423.x					
	5-423.y					
	5-424.0					
	5-424.1					
	5-424.2					
	5-424.x					
	5-424.y					
	5-425.0					

Leistung <sup>1)</sup>	OPS der einbezogenen Leistungen <sup>1)</sup>	Mindestmenge <sup>1)</sup> (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt <sup>2)</sup>	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4a) / pro Arzt (4b) <sup>2)</sup>		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
1a	1b	2	3	4a	4b	5
	5-425.1					
	5-425.2					
	5-425.x					
	5-425.y					
	5-426.0**					
	5-426.1**					
	5-426.2**					
	5-426.x**					
	5-426.y					
	5-427.0**					
	5-427.1**					
	5-427.2**					
	5-427.x**					
	5-427.y					
	5-429.2					
	5-438.0**					
	5-438.1**					
	5-438.x**					
Komplexe Eingriffe am Organ-system Pankreas		5/5				
	5-521.0					
	5-521.1					
	5-521.2					
	5-523.2					
	5-523.x					
	5-524					
	5-524.0					
	5-524.1					
	5-524.2					
	5-524.3					
	5-524.x					
	5-525.0					
	5-525.1					
	5-525.2					
	5-525.3					
	5-525.4					
	5-525.x					
Stammzell-transplantation		12 + / -2 [10-14]				
	5-411.00					
	5-411.01					
	5-411.20					
	5-411.21					
	5-411.30					
	5-411.31					
	5-411.40					
	5-411.41					
	5-411.50					
	5-411.51					

Leistung <sup>1)</sup>	OPS der einbezogenen Leistungen <sup>1)</sup>	Mindestmenge <sup>1)</sup> (pro Jahr) pro KH/ pro Arzt <sup>2)</sup>	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr) pro KH (4a) / pro Arzt (4b) <sup>2)</sup>		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
1a	1b	2	3	4a	4b	5
	5-411.x					
	5-411.y					
	8-805.00					
	8-805.01					
	8-805.20					
	8-805.21					
	8-805.30					
	8-805.31					
	8-805.40					
	8-805.41					
	8-805.50					
	8-805.51					
	8-805.x					
	8.805.y					

(Grau unterlegte Felder sind nicht auszufüllen)

1) Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V.

2) Angabe jeweils bezogen auf den Arzt/Operateur, der diese Leistung erbringt.

C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V

Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus/der Arzt die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet, sind an dieser Stelle unter Angabe des jeweiligen Berechtigungsgrundes zu benennen (Ausnahmetatbestände gemäß Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 Satz 5 SGB V).

Für diese Leistungen ist hier gemäß § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V jeweils auch darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

(Das Folgende ist für jede Leistung aus Spalte 1a der obigen Tabelle darzustellen, für die die im Vertrag vereinbarte Mindestmenge in diesem Krankenhaus im Berichtsjahr unterschritten wurde.)

Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)
.....
Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand .....
.....
Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung
.....

**Systemteil**

**D Qualitätspolitik**

Folgende Grundsätze sowie strategische und operative Ziele der Qualitätspolitik werden im Krankenhaus umgesetzt:

**E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung**

E-1 Der Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements im Krankenhaus stellt sich wie folgt dar:

E-2 Qualitätsbewertung

Das Krankenhaus hat sich im Berichtszeitraum an folgenden Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt (Selbst- oder Fremdbewertungen).

E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V

Das Krankenhaus kann hier Ergebnisse aus dem externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen.

BAnz. Nr. 242 (S. 16 896) vom 22.12.2005

**F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum**

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Produkte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum durchgeführt worden:

**G Weitergehende Informationen**

- Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht
- Ansprechpartner (z. B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent, Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen)
- Links (z. B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage)

– Seite 1 –

**Anlage 2**

**Ausfüllhinweise**  
zur Anlage zur Vereinbarung  
gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V  
**zum Qualitätsbericht**  
für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

– Seite 2 –

Inhalt	Seite
I. Einleitung	3
Allgemeine Hinweise	3
Umfang	4
Berichtszeitraum, Fristen und Veröffentlichung	5
II. Erläuterungen zum Basisteil	6
A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	6
A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr	6
A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote	7
A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	7
A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten	7
B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	8
C Qualitätssicherung	9
C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	9
C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V	10
C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)	10
C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)	10
C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V	11
C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V	12
III. Erläuterungen zum Systemteil	13
D Qualitätspolitik	14
E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung	15
E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements	15
E-2 Qualitätsbewertung	15
E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V	16
F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum	16
G Weitergehende Informationen	17

– Seite 3 –

**I. Einleitung**

**Allgemeine Hinweise**

Die Partner der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V haben sich verpflichtet, gemeinsame Ausfüllhinweise zum Qualitätsbericht zu erstellen. Damit soll sichergestellt werden, dass alle Krankenhäuser beim Verfassen der Berichte einheitlich verfahren. Darüber hinaus soll der strukturierte Qualitätsbericht sicherstellen, dass alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser regelmäßig vergleichbare und qualitätsrelevante Daten veröffentlichen.

Die Ausfüllhinweise greifen aus Sicht der Autoren lediglich erläuterungsbedürftige Punkte des strukturierten Qualitätsberichtes auf und werden bei Bedarf fortgeschrieben. Daher finden sich in den Ausfüllhinweisen nicht zu allen Gliederungspunkten des Qualitätsberichtes Anmerkungen.

Der Qualitätsbericht ist von einem Krankenhaus und nicht etwa von einer Trägerschaft gemeinsam für mehrere Krankenhäuser auszufüllen. Bei einem Krankenhaus bzw. einem Krankenhausträger mit mehreren Standorten ist der Qualitätsbericht grundsätzlich je Standort auszufüllen. Dies gilt auch für fusionierte Krankenhäuser,

die aus überwiegend ökonomischen Gesichtspunkten einen Zusammenschluss mehrerer, vormals eigenständiger Krankenhäuser vorgenommen haben und erst recht für Krankenhausverbünde im Sinne von Zusammenschlüssen nach wie vor eigenständiger Krankenhäuser.

Unter einem Standort wird hierbei ein Betriebsteil verstanden, der als selbständiger Betrieb räumlich vom Hauptbetrieb entfernt ist und durch Aufgabenbereich oder Organisation eigenständig ist. Bei bis zu drei ausgelagerten Fachabteilungen oder bis zu drei ausgelagerten Funktionsbereichen eines Krankenhauses handelt es sich nicht um einen Standort im vorgenannten Sinne. Diese Fachabteilungen oder Funktionsbereiche müssen in den Qualitätsbericht des betroffenen Krankenhauses einbezogen werden.

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

– Seite 4 –

Die Mindestangaben in Tabelle A-1.7B, B-1.5, B-1.6, B-1.7 und B-2.2 stellen die Mindestanforderung – sofern vorhanden – dar. Dem Krankenhaus ist es freigestellt, darüber hinaus weitere Angaben zu machen, es sei jedoch darauf verwiesen, dass keine Verpflichtung dazu besteht.

**Umfang**

Der Qualitätsbericht besteht aus zwei Teilen: einem Basisteil und einem Systemteil und richtet sich insbesondere an die interessierte Öffentlichkeit. Er soll daher einen systematischen Überblick über das Qualitätsmanagement des Krankenhauses in einer allgemeinverständlichen Form geben. Außerdem soll der Aufwand für die Erstellung des Qualitätsberichts für die Krankenhäuser überschaubar sein. Daher wird empfohlen, im Qualitätsbericht auf weitergehende Informationen bzw. andere Informationsquellen zu verweisen (z. B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage, Ansprechpartner etc.). Für die Punkte D bis F des Systemteils gilt folgende Zeichenbegrenzung:

Abschnitt des strukturierten Qualitätsberichtes	Zeichenbegrenzung
Abschnitt D, E-1, E-2 und F	Die aufgezählten Abschnitte des strukturierten Qualitätsberichtes dürfen jeweils maximal 8000 Zeichen (ohne Leerzeichen) umfassen
Teil G: – Verantwortliche(r) für den Qualitätsbericht – weitere Ansprechpartner – Links	maximal 1000 Zeichen (ohne Leerzeichen) maximal 1000 Zeichen (ohne Leerzeichen) maximal 1000 Zeichen (ohne Leerzeichen)

– Seite 5 –

**Berichtszeitraum, Fristen und Veröffentlichung**

Der Qualitätsbericht ist in zwei Versionen zu übermitteln. Zum einen in geschützter Form für die Veröffentlichung im Internet, zum anderen in maschinenlesbarer Form.

Die Vertragspartner haben sich in einer Protokollnotiz darauf verständigt, dass die nichtveränderbare, elektronische Fassung des Qualitätsberichtes (pdf-Datei) von den Krankenhäusern erstmals spätestens zum 31. August 2005 und dann im Abstand von zwei Jahren jeweils spätestens zum 30. Juni zu übermitteln ist.

Daneben ist der Qualitätsbericht spätestens im Folgemonat in maschinenlesbarer Fassung zur Verfügung zu stellen. Die maschinenlesbare Form wird sowohl im Word-Format als auch im XML-Format und txt-Format angenommen.

Der Qualitätsbericht ist von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen sowie vom Verband der Privaten Krankenversicherung im Internet nur vollständig und unverändert zu veröffentlichen. Für die Veröffentlichung des Qualitätsberichtes – gemäß § 4 der Vereinbarung – wurde festgelegt, dass der Qualitätsbericht erstmals zum 30. September 2005 – rückwirkend für das Jahr 2004 – zu veröffentlichen ist. Anschließend erfolgt die Veröffentlichung alle zwei Jahre jeweils zum 31. Juli des jeweiligen Jahres.

Das Berichtsjahr ist im Basisteil das Vorjahr. Im Systemteil können alle Tatbestände und Maßnahmen des Qualitätsmanagements Eingang finden, die in dem vorgenannten Zeitraum durchgeführt wurden bzw. Gültigkeit haben. Es wird

BAnz. Nr. 242 (S. 16 896) vom 22.12.2005  
nachdrücklich darauf verwiesen, dass sich alle im Bericht gemachten Angaben auf gültige Verträge und damit verbundene Leistungen des jeweiligen Berichtsjahres beziehen müssen. Sollten im Erstellungszeitraum neue Verträge und Vereinbarungen gelten, so ist auch hier die jeweils gültige Version des Berichtszeitraumes maßgeblich.

— Seite 6 —

## II. Erläuterungen zum Basisteil

Die Vorgaben für den Basisteil sind einheitlich für alle Krankenhäuser festgelegt. Der Gesamtumfang des Basisteils im Einzelfall hängt dabei wesentlich von der Anzahl der im Krankenhaus gegebenen Fachabteilungen ab, da der Teil B-1 fachabteilungsbezogen zu erstellen ist.

### A Allgemeine Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Dieser Berichtsteil erfasst die wesentlichen Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses. Darunter fallen insbesondere grundlegende Informationen zu den Betten<sup>1)</sup>- und Fallzahlen, zu den Versorgungsschwerpunkten und Leistungsangeboten des Krankenhauses sowie zu seiner apparativen und therapeutischen Ausstattung.

Umgangssprachliche Klarschrift bedeutet die Erläuterung eines fremdsprachlichen Begriffes (z. B. „Kapillare“), in der Form, dass der Begriff entweder selbst in verständlicher Weise erläutert wird („kleinste Blutgefäße“) oder sich jedenfalls hinreichend aus dem Gesamtzusammenhang ergibt.<sup>2)</sup>

#### A-1.7 B Mindestens Top-30 DRG (nach absoluter Fallzahl) des Gesamtkrankenhauses im Berichtsjahr

Hier sind die TOP-30 DRGs nur 3-stellig anzugeben, d. h. es wird vom Schweregrad abgesehen, um damit ein größeres Leistungsspektrum darstellbar zu machen.

Die Partner der Vereinbarung haben sich darauf verständigt, dass Krankenhäuser, die ihr Leistungsspektrum an dieser Stelle gerne noch umfassender präsentieren möchten, auch dazu die Möglichkeit haben sollen. (Vgl. allgemeine Hinweise Seite 3 Abs. 4.)

— Seite 7 —

#### A-1.8 Besondere Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote

Unter A-1.8 sollen nur die Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote gelistet werden, die nicht unter B-1.2 bis B-1.4 fachabteilungsbezogen dargestellt werden, um Redundanzen zu vermeiden. Ziel ist es, einen Überblick über die Versorgungsschwerpunkte und Leistungsangebote des Krankenhauses zu geben.

#### A-1.9 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Hier sind z. B. zu nennen:

- Möglichkeiten ambulanter Operationen nach § 115b SGB V,
- Ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte nach § 116 SGB V,
- Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung nach § 116a SGB V
- Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
- Ambulanzen des Krankenhauses, insbesondere einzelne Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V
- Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V
- Sozialpädiatrische Zentren nach § 119 SGB V

#### A-2.1 Apparative Ausstattung und therapeutische Möglichkeiten

Die beiden hier vorgesehenen Tabellen können vom Krankenhaus ergänzt werden. Dies gilt auch für Untersuchungsgeräte (z. B. MRT, CT u. Ä.), die nicht vom Krankenhaus selbst betrieben werden, auf die das Krankenhaus aber ständigen Zugriff hat (z. B. niedergelassener Radiologe, der die ambulante und stationäre radiologische Versorgung über 24 Stunden absichert). Hierauf sollte jedoch bei der Auflistung gesondert hingewiesen werden, indem die Liste z. B. wie folgt ergänzt wird: „MRT in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen“.

— Seite 8 —

### B-1 Fachabteilungsbezogene Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Unter B-1 werden je Fachabteilung Struktur- und Leistungsdaten erfasst. Das unter B-1.2 aufzuführende medizinische Leistungsspektrum kann zum Beispiel für die Fachabteilung „Allgemeine Chirurgie“ die Nennung der „Bauchchirurgie, Schilddrüsenchirurgie“ oder für die Fachabteilung „Innere Medizin“, „Herz-erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen“ beinhalten. Besondere Versorgungsschwerpunkte (unter B-1.3) wären dann zum Beispiel Unfallchirurgie und Brustkorbchirurgie. Weitere Leistungsange-

bote (B-1.4) könnten zum Beispiel Spezialsprechstunden zu den Themen Darmerkrankungen, Krampfadern der Beine usw. darstellen.

### B-1.5 bis B-1.7 Mindestens TOP-10 DRGs, die 10 häufigsten Hauptdiagnosen und die 10 häufigsten Operationen der Fachabteilung im Berichtsjahr

Hier sind die TOP-10 DRGs nur 3-stellig, die 10 häufigsten Hauptdiagnosen (ICD) nur 3-stellig und die 10 häufigsten Operationen (OPS) nur 4-stellig anzugeben, um damit das Leistungsspektrum übersichtlicher darstellen zu können.

Die Partner der Vereinbarung haben sich darauf verständigt, dass Krankenhäuser, die ihr Leistungsspektrum an dieser Stelle gerne noch umfassender präsentieren möchten, auch dazu die Möglichkeit haben sollen. (Vgl. allgemeine Hinweise Seite 3 Abs. 4.)

### B-2 Fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

Dieser Berichtsteil erfasst fachabteilungsübergreifende Struktur- und Leistungsdaten. Dazu zählen insbesondere Anzahl und Art der 5 häufigsten ambulanten Operationen aus dem Katalog ambulanter Operationen und stationärer Leistungen nach § 115b Abs. 1 SGB V im Berichtsjahr.

— Seite 9 —

Sofern das Krankenhaus keine fachabteilungsspezifische Dokumentation der ambulanten Operationen vornimmt, fordert der strukturierte Qualitätsbericht mindestens die Auflistung der 5 häufigsten ambulanten Operationen (EBM-Nummer vollstellig) für das gesamte Krankenhaus (siehe B-2.2). Die Partner der Vereinbarung haben sich darauf verständigt, dass Krankenhäuser, die ihr Leistungsspektrum an dieser Stelle gerne noch umfassender präsentieren möchten, auch dazu die Möglichkeit haben sollen (vgl. allgemeine Hinweise Seite 4). Die Erläuterung der EBM-Nummer in umgangssprachlicher Klarschrift (unter B-2.2) sollte sich nur auf die durchgeführte OP und nicht auf die gesamte EBM-Nummer beziehen, da der EBM-Text zum Teil fünf und mehr OPS-Ziffern umfasst.

Ferner werden Informationen zur Qualifikation der Mitarbeiter der ärztlichen und der pflegerischen Berufsgruppe erfasst. Die unter B-2.4 aufgeführte Weiterbildungsbefugnis beinhaltet die Gebiete für den jeweiligen Facharzt, für Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen.

## C Qualitätssicherung

Hier ist die Teilnahme des Krankenhauses an Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2 SGB V zu thematisieren. Gemeint sind hier die verpflichtenden, bundeseinheitlichen Maßnahmen nach §§ 137 und 115b SGB V sowie etwaige verpflichtende Maßnahmen nach § 112 SGB V auf der Landesebene, sofern solche vereinbart sind.

### C-1 Externe Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Zugelassene Krankenhäuser sind gesetzlich zur Teilnahme an der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V verpflichtet. Das Krankenhaus teilt demnach bezogen auf § 137 SGB V mit, welche Leistungsbereiche<sup>3)</sup>, die der externen Qualitätssicherung unterliegen, im Krankenhaus erbracht werden. Für diese Leistungsbereiche ist im Weiteren anzugeben, ob sich das Krankenhaus an den Maßnahmen der externen Qualitätssicherung beteiligt hat und wie hoch die Dokumentationsrate<sup>4)</sup> im Krankenhaus je Leistungsbereich im Berichtsjahr im Vergleich zur durchschnittlichen Dokumentationsrate im Bundesschnitt im Berichtsjahr war. In Zeile 20 ist die erreichte Gesamtdokumentationsrate anzugeben.

— Seite 10 —

### C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115b SGB V

Die Dokumentation beim ambulanten Operieren nach § 115b SGB V wird erst dann in den Qualitätsbericht aufgenommen, wenn diese verbindlich eingeführt ist. Dies wird voraussichtlich erst im Qualitätsbericht 2007 (rückwirkend für das Jahr 2006) der Fall sein.

### C-3 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (§ 112 SGB V)

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 vereinbart wurden. Sollte dies der Fall sein, so listet das Krankenhaus die Leistungsbereiche im Weiteren auf. Die Angabe beschränkt sich auf die teilnehmenden Leistungsbereiche.

**C-4 Qualitätssicherungsmaßnahmen bei Disease-Management-Programmen (DMP)**

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 Anforderungen an die in diesem Zusammenhang durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen. Unter C-4 listet das Krankenhaus die Qualitätssicherungsmaßnahmen bezogen auf die Disease-Management-Programme (DMP) auf, an denen es teilgenommen hat, etwa Diabetes mellitus oder Asthma bronchiale.

– Seite 11 –

**C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V**

Die Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V beinhaltet einen Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist, Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände.

Die Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung im einzelnen Krankenhaus wird unter C-5 gezeigt. In C-5.1 werden die Leistungen aus der für das Berichtsjahr geltenden Vereinbarung dargestellt, die von den Ärzten in diesem Krankenhaus erbracht wurden. Sollten Leistungen erbracht worden sein, obwohl die erforderliche Mindestmenge unterschritten wurde, ist in C-5.2 zu dokumentieren, welche Ausnahmetatbestände geltend gemacht werden bzw. ob dafür ein Landesvotum vorlag. Wurde die erforderliche Leistungsmenge an keiner Stelle unterschritten und kamen keine Ausnahmetatbestände zur Anwendung, muss C-5.2 nicht ausgefüllt werden.

Im Einzelnen sind im Qualitätsbericht entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen die im Krankenhaus betroffenen Leistungen wie nachfolgend dargestellt aufzuführen (siehe Beispiel).

Leistung	OPS der einbezogenen Leistungen	Mindestmenge (pro Jahr) pro KH/pro Arzt	Leistung wird im Krankenhaus erbracht (Ja/Nein)	Erbrachte Menge (pro Jahr)		Anzahl der Fälle mit Komplikation im Berichtsjahr
				pro KH (4a) / pro Arzt (4b)		
1a	1b	2	3	4a	4b	5
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	5-521. . .	5/5	Ja	22	10/10/2	2

– Seite 12 –

Spalte 1a: Leistung entsprechend der Mindestmengenvereinbarung ist vorgegeben.

Spalte 1b: OPS der einbezogenen Leistung entsprechend der Mindestmengenvereinbarung ist vorgegeben.

Spalte 2: Mindestmenge entsprechend der Mindestmengenvereinbarung ist vorgegeben.

Spalte 3: Hier antwortet das Krankenhaus mit Ja, wenn es die betreffende OPS-Ziffer erbracht hat bzw. mit Nein, wenn es die OPS-Ziffer nicht erbracht hat.

Spalte 4a: Bei allen OPS-Ziffern, die im Krankenhaus erbracht worden sind (Spalte 3 = Ja), gibt das Krankenhaus die erbrachte Menge (= Fallzahl) an.

Spalte 4b: Hier gibt das Krankenhaus an, wie häufig die jeweilige OPS-Ziffer von einzelnen Ärzten (Operateuren) im Krankenhaus erbracht worden ist, z. B. 5/3/2, wenn 3 Ärzte die Leistung erbracht haben. Die Summe aus dieser Spalte muss demnach der Spalte 4a entsprechen. Haben Operateure Leistungen in anderen Krankenhäusern erbracht, dürfen diese hier nicht mitgezählt werden. Dies kann dann bei den ergänzenden Angaben unter C-5.2 verdeutlicht werden.

Spalte 5: Hier wird die Anzahl der Fälle mit Komplikationen im Berichtsjahr (bezogen auf die jeweilige OPS) angegeben.

**C-5.2 Ergänzende Angaben bei Nicht-Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V**

An dieser Stelle werden die Leistungen aus der Mindestmengenvereinbarung dokumentiert, die erbracht werden, obwohl das Krankenhaus/der Arzt die dafür vereinbarten Mindestmengen unterschreitet. Gleichzeitig sind die Ausnahmetatbestände gemäß Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V oder das Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 Satz 5 SGB V zu dokumentieren, die dem Krankenhaus/Arzt die weitere Leistungserbringung trotz Unterschreitung der Mindestmengen erlaubt.

Für diese Leistungen ist hier ferner gemäß § 6 der Vereinbarungen nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 jeweils verpflichtet darzustellen, mit welchen ergänzenden Maßnahmen die Versorgungsqualität sichergestellt wird.

– Seite 13 –

Sofern eine im Vertrag nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V vereinbarte Mindestmenge im Berichtsjahr unterschritten wurde, sind die folgenden Daten je Leistung zu dokumentieren:

- Leistungen, bei denen die Mindestmenge nicht erreicht wurde (aus der Spalte 1a der Tabelle „Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung“ unter C-5.1 der Anlage zur Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V)
- Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand (gemäß Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V) oder Landesvotum nach § 137 Abs. 1 Satz 5 SGB V
- Ergänzende Maßnahme(n) der Qualitätssicherung, die bei dem betroffenen Leistungsbereich trotz Unterschreitung der Mindestmenge eine angemessene Versorgungsqualität sicherstellt.

**III. Erläuterungen zum Systemteil**

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher Ausgangslagen und krankenhausspezifischer Besonderheiten wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement krankenhausspezifisch im Systemteil des Qualitätsberichts beschrieben.

Der Systemteil ist im Unterschied zum Basisteil weniger standardisiert. Er gibt den Krankenhäusern Spielräume in der Themenauswahl und Themendarstellung. Mögliche Themenbereiche des Systemteils werden nachfolgend vorgeschlagen und umrissen, um eine Vergleichbarkeit und Relevanz der aufgeführten Informationen zu gewährleisten.

Maßgebliche inhaltliche Grundlage für den Systemteil des Qualitätsberichts bildet

- die Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser.

In dieser Vereinbarung wurden Ziele sowie grundsätzliche Anforderungen der Krankenhäuser an die Aufbau- und Ablauforganisation des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements festgelegt.

– Seite 14 –

Konkret sollen die folgenden Themenbereiche im Systemteil des Qualitätsberichts Berücksichtigung finden:

- Qualitätspolitik
- Qualitätsmanagement und dessen Bewertung
- Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

**D Qualitätspolitik**

Der Qualitätsbericht hat die Grundsätze sowie die strategischen und operativen Ziele der Qualitätspolitik des Krankenhauses darzustellen. Auf grundlegende Maßnahmen zur Verbreitung und Umsetzung der Qualitätspolitik ist hinzuweisen. Zu diesen Maßnahmen gehört auch die Information von Patienten, Mitarbeitern, niedergelassenen Ärzten und der interessierten Fachöffentlichkeit.

In erster Linie könnten hier die folgenden Inhalte abgehandelt werden:

- Qualitätsphilosophie des Krankenhauses (z. B. Leitbild, Vision, Mission, Unternehmensgrundsätze)
- Qualitätsziele des Krankenhauses (z. B. Qualitätsentwicklungsplan, strategische Ziele)
- Qualitätsmanagementansatz des Krankenhauses mit den Elementen:
  - Patientenorientierung
  - Verantwortung und Führung
  - Wirtschaftlichkeit
  - Prozessorientierung
  - Mitarbeiterorientierung und -beteiligung
  - Zielorientierung und Flexibilität



BAnz. Nr. 242 (S. 16 896) vom 22.12.2005

- Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern
- Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
- Kommunikation der Qualitätspolitik.

– Seite 15 –

## **E Qualitätsmanagement und dessen Bewertung**

### **E-1 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements**

Die Aufbauorganisation des Qualitätsmanagements sollte im Qualitätsbericht wiedergegeben sein. Die Rolle und Verantwortung der Krankenhausleitung sowie der nachgeordneten Führungskräfte der verschiedenen Hierarchieebenen für das Qualitätsmanagement sind darzulegen. Ständige bzw. zentrale Einrichtungen des Qualitätsmanagements, ihre Kompetenzen und Aufgabenbereiche sind zu skizzieren.

Mit Blick auf die Aufbauorganisation des Qualitätsmanagements könnten beispielsweise die folgenden Elemente aufgeführt sein:

- Krankenhausleitung/nachgeordnete Führungsebenen im Qualitätsmanagementsystem (z. B. Aufgaben, Kompetenzen, Prioritätensetzung)
- Qualitätskommission/Qualitätskonferenz des Krankenhauses (z. B. Aufgaben, Kompetenzen, Aktivitäten)
- Zentrales Qualitätsmanagement (z. B. Stabstelle Qualitätsmanagement bzw. Qualitätsmanagement-Team mit Aufgaben, Kompetenzen, Aktivitäten)
- weitere Strukturen des Qualitätsmanagements (z. B. Qualitätsprojekte auf der Abteilungsebene, Patientenbeschwerdestelle/fürsprecher).

### **E-2 Qualitätsbewertung**

Falls sich das Krankenhaus im Berichtszeitraum an Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements beteiligt hat (Selbst- oder Fremdbewertungen), kann dieses dargestellt werden. Die jeweiligen Maßnahmen können mit Blick auf nicht Sachverständige kurz vorgestellt, ihre Bedeutung für die Versorgungsqualität und das Qualitätsmanagement hervorgehoben werden.

– Seite 16 –

Als Nachweise für die Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements kommen insbesondere in Betracht:

- Freiwillige Verfahren der externen Qualitätssicherung (z. B. der Fachgesellschaften)
- Allgemeine Zertifizierungsverfahren (z. B. DIN EN ISO, Öko-Audit)
- Krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren (z. B. nach KTQ®)
- Exzellenz-Modelle (z. B. EFQM)
- Peer reviews (z. B. Audit, Visitation, Hospitation).

### **E-3 Ergebnisse in der externen Qualitätssicherung gemäß § 137 SGB V<sup>5)</sup>**

Das Krankenhaus kann an dieser Stelle die Ergebnisse aus den externen Qualitätssicherungsverfahren in tabellarischer Form darstellen, etwa die prozentuale Auflistung der postoperativen Kom-

plikationsraten oder der Mortalitätsraten je Leistungsbereich. Um dem Leser die statistischen Daten der externen Qualitätssicherung zu erläutern, ist es sinnvoll, einzelne Maßnahmen der externen Qualitätssicherung auszuwählen und die Ergebnisse in einer für den Laien verständlichen Form zu dokumentieren. Dabei sollte der ausgewählte bzw. die ausgewählten Leistungsbereich(e) vollständig oder in Auszügen beschrieben werden. Wenn die Ergebnisdarstellung für einen Leistungsbereich auszugswise erfolgt, muss darauf im Qualitätsbericht hingewiesen werden.

### **F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum<sup>6)</sup>**

Hier sind ausgewählte Projekte des Qualitätsmanagements im Berichtszeitraum vorzustellen. Diese sollten nach Möglichkeit kurz, aber systematisch dargestellt werden; insbesondere die Projektbeschreibung, die durchgeführten Maßnahmen sowie die abgeleiteten Verbesserungen sollten dabei Berücksichtigung finden. Inhalte und Themen sind von der krankhausindividuellen Situation abhängig. In der Auswahl der darzustellenden Maßnahmen ist das Krankenhaus frei.

– Seite 17 –

Mögliche qualitätsrelevante Projekte können beispielsweise die nachfolgend aufgelisteten Maßnahmen betreffen:

- Qualitätszirkel, Projekt- oder Arbeitsgruppen
- Restrukturierungsmaßnahmen
- Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen
- Benchmarking
- Modellprojekte.

### **G Weitergehende Informationen**

Angesichts eines begrenzten Umfangs kann und soll der Qualitätsbericht nur einen Überblick über das Qualitätsmanagement geben. Bei Rückfragen bzw. Wunsch nach weitergehenden Informationen ist daher auf andere Informationsquellen zu verweisen. Im Qualitätsbericht könnten diesbezüglich insbesondere genannt sein:

- Verantwortliche (r) für den Qualitätsbericht
- Ansprechpartner (z. B. Qualitätsbeauftragter, Patientenfürsprecher, Pressereferent, Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen)
- Links (z. B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage).“

<sup>1)</sup> Planbetten laut Krankenhausplan des Landes.

<sup>2)</sup> Urteil des Bundesgerichtshofes vom 27. April 1995 (I ZR 116/93).

<sup>3)</sup> Eine Liste der einbezogenen Leistungsbereiche befindet sich auf der Homepage der BQS unter [www.bqs-online.de](http://www.bqs-online.de) unter der Rubrik Leistungsbereiche/Verfahrensjahr.

<sup>4)</sup> Quotient aus (dokumentierte Datensätze/zu dokumentierende Datensätze) × 100

<sup>5)</sup> Auf die Verwendung von Grafiken sollte verzichtet werden, da diese eine enorme Speicherkapazität benötigen, die auch zu Problemen bei der Übertragung der Daten sorgen könnte.

<sup>6)</sup> Auf die Verwendung von Grafiken sollte verzichtet werden, da diese eine enorme Speicherkapazität benötigen, die auch zu Problemen bei der Übertragung der Daten führen könnte.

Siegburg, den 21. Juni 2005

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 Abs. 7 SGB V

Der Vorsitzende  
P o l o n i u s