

**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**

zwischen

dem AOK-Bundesverband, Bonn
dem BKK Bundesverband, Essen
dem IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
der See-Krankenkasse, Hamburg
dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
der Bundesknappschaft, Bochum
dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
dem AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg
- im Folgenden Spitzenverbände der Krankenkassen genannt -

dem Verband der Privaten Krankenversicherung, Köln

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Düsseldorf

- im Weiteren Vertragspartner genannt -

unter Beteiligung

der Bundesärztekammer, Köln

sowie

des Deutschen Pflegerates, Berlin,
als Vertretung der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe

- im Weiteren Vertragsbeteiligte genannt -

Präambel

Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch sieht in § 137 vor, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten vereinbaren. In § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 6 SGB V ist vorgegeben, dass insbesondere Inhalt und Umfang eines im Abstand von zwei Jahren zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts in einer Vereinbarung auf Bundesebene zu regeln sind. Die Vertragspartner und die Vertragsbeteiligten sind sich ihrer Verantwortung für die Qualitätssicherung bewusst und wollen sich deshalb dauerhaft in konstruktiver Zusammenarbeit für die Sicherung und Weiterentwicklung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Krankenhaus einsetzen.

§ 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 § 135 a Abs. 2 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 17 b 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),

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 § 17 c KHG „Prüfung der Abrechnung von Pflegefällen“ jährlich durch den Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung geprüft.

§ 3

Inhalt, Umfang und Fortschreibung des Qualitätsberichts

- (1) Der Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts wird in der Anlage zu dieser Vereinbarung vorgegeben. Die Anlage ist Bestandteil dieser Vereinbarung und wird regelmäßig überprüft und gegebenenfalls fortgeschrieben.
- (2) Bei der Fortschreibung der Anlage sind insbesondere die gemäß § 2 dieser Vereinbarung noch ausstehenden Vereinbarungen der Vertragspartner und Vertragsbeteiligten gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 und Nr. 3 SGB V zu berücksichtigen.
- (3) Die Vertragspartner und –beteiligten erstellen gemeinsam Ausfüllhinweise zur Anlage dieser Vereinbarung.

§ 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 und den Verbänden der Ersatzkassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung 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 freizugänglich 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

Salvatorische Klausel

(1) Sollten Bestimmungen dieser Vereinbarung oder eine zukünftige Bestimmung ganz oder teilweise nicht rechtswirksam sein oder ihre Wirkung später verlieren, so soll hierdurch die Gültigkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt werden.

(2) Das Gleiche gilt, soweit sich in dieser Vereinbarung eine Lücke herausstellen sollte. Anstelle der unwirksamen Regelung oder zur Ausfüllung der Lücke soll eine angemessene Regelung gelten, die - soweit rechtlich möglich -, dem am Nächsten kommt, was Vereinbarungspartner gewollt haben oder nach dem Sinn und Zweck der Vereinbarung gewollt haben würden, sofern sie diesen Punkt bedacht hätten.

§ 6

Inkrafttreten/Geltung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Dezember 2003 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von einem Jahr zum Jahresende – von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der PKV nur gemeinsam – durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

- (2) Für den Fall der Kündigung erklären die Vertragspartner und die Vertragsbeteiligten ihre Bereitschaft, an dem Abschluss einer neuen Vereinbarung mitzuwirken.

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 und den Verbänden der Ersatzkassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung 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 und den Verbänden der Ersatzkassen sowie dem Verband der privaten Krankenversicherung spätestens im Folgemonat in maschinenlesbarer Fassung zur Verfügung zu stellen.
3. Die Partner dieser Vereinbarung zeichnen die Vereinbarung in Kenntnis des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG), nach dem die Entscheidungskompetenz zu Maßnahmen gemäß § 137 SGB V ab dem 01.01.2004 auf den Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 91 Abs. 7 SGB V i.d.F. des GMG übergehen.

Anlage

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 vom 03.12.2003

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 31.12. 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 Klerschrift, deutsch)	Fallzahl
1			
2			
3			
4			
....			

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

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit psychiatrischen Fachabteilungen:

Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

ja nein

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

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
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			

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 § 115 b 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			
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 Krankenpflegehelfer/ 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	Aortenklappenchirurgie						
2	Cholezystektomie						
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						

	Leistungsbereich	Leistungsbereich wird vom Krankenhaus erbracht		Teilnahme an der externen Qualitätssicherung		Dokumentationsrate	
		Ja	Nein	Ja	Nein	Krankenhaus	Bundesdurchschnitt
20	Gesamt						

C-2 Qualitätssicherung beim ambulanten Operieren nach § 115 b 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

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			
	5-555.0				
	5-555.1				
	5-555.2				
	5-555.3				
	5-555.4				
	5-555.5				
	5-555.x				
	5-555.y				

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

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

Komplexe Eingriffe am Organsystem Ö- sophagus	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					
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**					

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

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

Komplexe Eingriffe am Organsystem 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				

¹ Jeweils entsprechend der im Berichtsjahr geltenden Anlage 1 zur Vereinbarung über Mindestmengen nach § 137 Abs. 1 S. 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 S. 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 gem. Anlage 2 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 SGB V, Votum der Landesbehörde auf Antrag nach § 137 Abs. 1 S. 5 SGB V).

Für diese Leistungen ist hier gem. § 6 der Vereinbarung nach § 137 Abs. 1 S. 3 Nr. 3 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.)

<p>Leistung (aus Spalte 1a der Tabelle unter C-5.1)</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Für das Berichtsjahr geltend gemachter Ausnahmetatbestand</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Ergänzende Maßnahme der Qualitätssicherung</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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.

F Qualitätsmanagementprojekte im Berichtszeitraum

Im Krankenhaus sind folgende ausgewählte Projekte 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):