

Herausgegeben vom Bundesministerium der Justiz

Bundesanzeiger



www.bundesanzeiger.de

ISSN 0720-6100

G 1990

Jahrgang 63

Ausgegeben am Mittwoch, dem 4. Mai 2011

Nummer 68a

**Bekanntmachung
eines Beschlusses
des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung
der Regelungen zum Qualitätsbericht
der Krankenhäuser**

Vom 16. Dezember 2010

Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Vom 16. Dezember 2010

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 16. Dezember 2010 beschlossen, die Regelungen gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser) in der Fassung vom 19. März 2009 (BAnz. Nr. 105a vom 21. Juli 2009), zuletzt geändert am 16. Juli 2009 (BAnz. Nr. 124a vom 21. August 2009), wie folgt zu ändern:

I.

Die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser werden wie folgt geändert:

1. In § 4 Satz 1 werden die Wörter „im maschinenlesbaren Datensatzformat“ durch die Wörter „in maschinenverwertbarer Form“ ersetzt.
2. § 6 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach dem Wort „Annahmestelle“ die Wörter „und das Datenlieferverfahren“ eingefügt.
 - b) In Absatz 1 Satz 4 wird die Angabe „30. Juni“ durch die Angabe „15. Juli“ ersetzt.
 - c) In Absatz 1 wird Satz 5 gestrichen.
 - d) In Absatz 2 Satz 1 wird die Angabe „Satz 1, 4 und 5“ durch die Angabe „Sätze 1 und 4“ ersetzt.
 - e) In Absatz 3 Satz 1 werden vor dem Wort „Krankenhaus“ die Wörter „gemäß Anlage 2 angemeldete“ eingefügt.
 - f) Absatz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„(4) Die Annahmestelle stellt gleichzeitig den gesetzlichen Krankenkassen, ihren Verbänden und dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, den Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB V sowie den weiteren nach § 137 Absatz 3 Satz 5 SGB V zu beteiligenden Organisationen die angenommenen Qualitätsberichte unverändert zur Verfügung. Hierfür ermöglicht sie dem Empfängerkreis in den jeweiligen Lieferzeiträumen einmal pro Woche den gebündelten Download der beiden Formate nach § 4.“
 - g) Nach Absatz 4 wird folgender Absatz 5 eingefügt:

„(5) Die Annahmestelle stellt zusätzlich zu der Übermittlung nach Absatz 4 gleichzeitig den gesetzlichen Krankenkassen, ihren Verbänden und dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses alle angenommenen Qualitätsberichte in ihrer jeweils letzten Fassung unverzüglich nach Ablauf der jeweiligen Lieferzeiträume gebündelt in beiden Formaten nach § 4 unverändert auf einem Datenträger zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses vervielfältigt und übermittelt diese Datenträger unverzüglich nach Erhalt gleichzeitig an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB V sowie die weiteren nach § 137 Absatz 3 Satz 5 SGB V zu beteiligenden Organisationen.“
3. § 7 wird wie folgt geändert:
 - a) In Absatz 1 Satz 1 werden vor dem Wort „Krankenhaus“ die Wörter „gemäß Anlage 2 angemeldete“ eingefügt.
 - b) In Absatz 1 Satz 2 wird das Wort „ordnungsgemäße“ durch die Wörter „formal korrekte“ ersetzt.
 - c) Absatz 2 wird wie folgt neu gefasst:

„(2) Hat das gemäß Anlage 2 angemeldete Krankenhaus den Qualitätsbericht nicht formal korrekt geliefert, informiert die Annahmestelle das Krankenhaus schriftlich über die Mängel, welche die nicht formal korrekte Lieferung begründen.“
 - d) In Absatz 3 wird das Wort „weder“ durch das Wort „nicht“ ersetzt und vor dem Wort „eingeht“ die Angabe „noch innerhalb der weiteren Frist nach § 7 Absatz 2 Satz 2“ gestrichen.

4. § 8 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 1 wird die Angabe „31. Juli“ durch die Angabe „15. August“ ersetzt.
- b) In Absatz 1 wird Satz 2 gestrichen.
- c) In Absatz 2 Satz 4 werden nach dem Wort „hierüber“ die Wörter „rechtzeitig vorab“ eingefügt.

II.

Der Anhang 1 zu Anlage 1 (Datensatzbeschreibung) der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser wird aufgehoben. Die Datensatzbeschreibung wird derzeit überarbeitet und rechtzeitig vor dem Abgabetermin des maschinenverwertbaren Qualitätsberichts zur Verfügung gestellt.

III.

Die Anlage 1, die Anhänge 2 und 3 zu Anlage 1 sowie die Anlage 2 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser werden gemäß Anhang zu diesem Beschluss neu gefasst.

IV.

Die Änderungen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft. Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 16. Dezember 2010

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende
H e s s

Anlage 1

zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 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 Absatz 3 Satz 1 Nummer 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 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V über das Berichtsjahr 2010“ 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 der 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 die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen]“ kennzeichnet die Bereiche (C-1.1.[Y] und Angaben zu C-1.2.[Z] für die Indikatoren des Anhangs 3), die separat von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an die Annahmestelle übermittelt werden. Hierfür übermitteln die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierter 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 auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen erfolgen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahrs. Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen übermitteln in der Zeit vom 15. November bis 31. Dezember des Erstellungsjahrs krankenhausbegzogen 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 Absatz 3 Satz 1 Nummer 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, sodass 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.

Inhaltsverzeichnis

Ausfüllhinweis:

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

Allgemeine Ausfüllhinweise	5
1. Erläuterungen zur Berichterstellung	5
2. Umfang und Format des Qualitätsberichts	5
Einleitung	9
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses	10
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	10
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses	10
A-3 Standort(nummer)	10
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses	11
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	11
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses	11
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses	12
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses	12
A-11.1 Forschungsschwerpunkte	12
A-11.2 Akademische Lehre	12
A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen	12
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	13
A-13 Fallzahlen des Krankenhauses	13
A-14 Personal des Krankenhauses	14
A-14.1 Ärzte und Ärztinnen	14
A-14.2 Pflegepersonal	14
A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal	15
A-15 Apparative Ausstattung	15
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	16
B-[X].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	16
B-[X].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung	16
B-[X].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	17
B-[X].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	17
B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	18
B-[X].6 Diagnosen nach ICD	18
B-[X].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD	18
B-[X].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen	19
B-[X].7 Prozeduren nach OPS	19
B-[X].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	19
B-[X].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren	20
B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	20
B-[X].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	21
B-[X].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	22
B-[X].11 Personelle Ausstattung	22
B-[X].11.1 Ärzte und Ärztinnen	22
B-[X].11.2 Pflegepersonal	23
B-[X].11.3 Spezielles therapeutisches Personal	24
C Qualitätssicherung	25
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V	25
C-1.1.[Y] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für	25
C-1.2.[Z] Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für	26
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	29
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	30
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	30
C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V	31

C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“)	31
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V	32
D	Qualitätsmanagement	32
D-1	Qualitätspolitik	32
D-2	Qualitätsziele	33
D-3	Aufbau des einrichtungswinteren Qualitätsmanagements	33
D-4	Instrumente des Qualitätsmanagements	33
D-5	Qualitätsmanagementprojekte	33
D-6	Bewertung des Qualitätsmanagements	34

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung (Teil A: Krankenhäuser, Teil B: die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen)

Anhang 2: Auswahllisten

Anhang 3: Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

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.“

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. Verpflichtend sind folgende Kontaktdaten anzugeben:
1. Krankenhausname, PLZ und Ort der Hausanschrift
2. Erreichbarkeit per Telefon, Telefax
3. E-Mail-Adresse
4. Internet-Adresse
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, beginnend mit der Ziffer 01. Dabei sollte es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle verwendet wird.
Krankenhäuser, die nur einen Standort haben, geben hier 00 an. Krankenhäuser, die einen gemeinsamen Qualitätsbericht für mehrere Standorte erstellen, geben hier 99 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.	Fachabteilungsübergreifender 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. Unter A-8 sind nur die fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses darzustellen. Krankenhäuser mit nur einer Fachabteilung stellen dementsprechend ihre Versorgungsschwerpunkte unter B-[X].2 dar.
 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 krankenhausindividuellen Versorgungsschwerpunktes zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann der krankenhausindividuelle 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. Unter A-9 sind nur die fachabteilungsübergreifenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen. Krankenhäuser mit nur einer Fachabteilung stellen dementsprechend ihre Leistungsangebote unter B-[X].3 dar.
 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 krankenhausindividuellen Leistungsangebots zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann das krankenhausindividuelle 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. Unter A-10 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 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.

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. 10000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen))

.....

A-11.2 Akademische Lehre

[Datenbankversion]

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar/Erläuterung
FL01	Dozenten/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 krankenhausesindividuelle 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 krankenhausindividuelle 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 1000 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:

Teilstationäre Fallzahl:

Ambulante Fallzahl:
Fallzählweise:

Quartalszählweise:

Patientenzählweise:

Sonstige Zählweise:

Ausfüllhinweis zur vollstationären und teilstationären Fallzahl:

Die Angabe der vollstationären und teilstationären Fälle ist verpflichtend. Krankenhäuser, die keine vollstationären oder teilstationären Fälle haben, geben in der PDF-Version jeweils „0“ an. Für die Regelung zur Fallzählung wurden die gesetzlichen Vorgaben zugrunde gelegt.

Zählung der vollstationären Fälle:

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 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 hier jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird.

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

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

Zählung der teilstationären Fälle:

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahrs.

Die Fallzählung von teilstationären Fällen richtet sich für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der BPfIV fallen, nach der Fußnote 11a zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPfIV), sodass Patienten und Patientinnen, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, je Quartal als ein Fall gezählt werden.

Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntgG- 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. 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	

	Anzahl	Ausbildungsdauer	Kommentar/Erläuterung
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 1000 Zeichen der Tabelle (einschließlich Leerzeichen) begrenzt. Weitere Angaben zu Abschlüssen und Zusatzqualifikationen können fachabteilungsbezogen unter B-[X].12.2 gemacht werden.

A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal

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

Ausfüllhinweis:

Die entsprechenden Personalqualifikationen sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) 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.

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 1000 Zeichen pro Zelle der Tabelle (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-15 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 kann die apparative Ausstattung des Krankenhauses dargestellt werden. 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 krankenhausindividuellen Geräts zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann das krankenhausindividuelle 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 Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

[Datenbankversion]

.....
Name des Chefarztes oder der Chefarztin (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.

Bei den Kontaktdaten müssen ausreichende Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden. Verpflichtend sind folgende Daten anzugeben:

1. Erreichbarkeit per Telefon, Telefax
2. E-Mail-Adresse
3. Internet-Adresse

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 1000 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 1000 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 1000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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

[Datenbankversion]

Vollstationäre Fallzahl:

Teilstationäre Fallzahl:

Ausfüllhinweis:

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

Zählung der vollstationären Fälle:

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) des jeweiligen Berichtsjahrs, sodass 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 Absatz 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 BPfIV 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.

Zählung der teilstationären Fälle:

Die Fallzählung von teilstationären Fällen richtet sich für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, nach § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahrs.

Die Fallzählung von teilstationären Fällen richtet sich für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der BPfIV fallen, nach der Fußnote 11a zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPfIV), sodass Patienten und Patientinnen, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, je Quartal als ein Fall gezählt werden.

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*	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 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) fallen, sind die Hauptdiagnosen gemäß ICD-10-GM nach den Deutschen Kodierrichtlinien anzugeben. Im BPfIV-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 100 % aller ICD-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung vierstellig (z. B. G20.2) mit Fallzahl anzugeben.

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.

B-[X].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung

Ausfüllhinweis:

Hier besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, Diagnosen und deren Anzahl 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 weitere 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	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.

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

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. Es werden nur die OPS-Ziffern der voll- und teilstationären Fälle berücksichtigt, die unter A-13 gezählt werden. OPS-Ziffern, die im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen erfasst wurden, sind hier nicht anzugeben. 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 100 % aller OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung endstellig (z. B. 5-876.2) mit Anzahl anzugeben.

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.

B-[X].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung

Ausfüllhinweis:

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

Die Anzahl der hier ausgewiesenen Kompetenzprozeduren ist in der Datenbankversion unbegrenzt und in der PDF-Version auf maximal 30 Eintragungen begrenzt. In der PDF-Version sollen hier nur weitere 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	Angebote Leistungen	Kommentar/Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)	Diabetes-Ambulanz	VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen	z. B. Diabetes, Schilddrüse
			
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)	Schrittmacher-Ambulanz	VI03	Diagnostik und Therapie sonstiger Formen der Herzkrankheit	
			

Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebote Leistungen	Kommentar/Erläuterung
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 krankenhausindividuellen Ambulanzart zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann die krankenhausindividuelle 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 1000 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	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-Ziffern 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 des Vertrags nach § 115b Absatz 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 des AOP-Vertrags) 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 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 100 % aller OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung endstellig (z. B. 5-876.2) mit Anzahl anzugeben.

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.

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 Personelle Ausstattung

[Datenbankversion]

B-[X].11.1 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. Die zu machenden Angaben sind unabhängig vom Stichtagsverfahren der Psych-PV.

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 (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar/Erläuterung
AQ13	Viszeralchirurgie	
...	...	
AQ00	(„Sonstiges“)	

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar/Erläuterung
ZF30	Palliativmedizin	
...	...	
ZF00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

In den Tabellen „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ sollen die Facharztqualifikationen und Zusatz-Weiterbildungen 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 Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO 2003 – in der Fassung vom 28. März 2008) und bilden die „offiziellen“ Facharztbezeichnungen mit Schwerpunkten und die derzeit gültigen Zusatz-Weiterbildungen ab. Fachkundenachweise, Weiterbildungskurse etc. sollen hier nicht abgebildet werden. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Facharztbezeichnungen) sollen sinngemäß zugeordnet werden.

Beispiel: Facharzt für Nervenheilkunde ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie = AQ42 + AQ51.

Beispiel: Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin ist Facharzt für Anästhesiologie und Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin = AQ01 + ZF15.

Die Nummern AQ00 bzw. ZF00 für „Sonstiges“ sollen lediglich genutzt werden, um abweichende Facharztbezeichnungen und Zusatz-Weiterbildungen 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. Zusatz-Weiterbildung zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann die krankenhausindividuelle Bezeichnung in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jeder Facharztbezeichnung bzw. Zusatz-Weiterbildung können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1000 Zeichen pro Zelle der Tabelle (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].11.2 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 interdisziplinär 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].11.3 Spezielles therapeutisches Personal

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

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

Ausfüllhinweis:

Die entsprechenden Personalqualifikationen sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) 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 krankenhausesindividuelles 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.

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.

C Qualitätssicherung
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

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 des Anhangs 3 direkt durch die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen. Hierfür übermitteln die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen 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 den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zu Institutionskennzeichen und Standortnummer(n) des Krankenhauses vorzunehmen, um eine eindeutige Zusammenführung der Berichtsteile zu ermöglichen. Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung an die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen erfolgen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahrs. Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen 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 auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen 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 die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen]

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)	Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses
Ambulant erworbene Pneumonie			
Aortenklappenchirurgie, isoliert			
Cholezystektomie			
Pflege: 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			
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie			
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)			
Koronarchirurgie, isoliert			
Mammachirurgie			
Lebertransplantation			
Leberlebendspende			
Nierentransplantation			
Nierenlebendspende			
Lungen- und Herz-Lungentransplantation			
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation			
Neonatologie			
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation			
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel			
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/ Explantation			

Ausfüllhinweis:

Sofern das Krankenhaus an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (Verfahren gemäß QSKH-Richtlinie) 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.

Es sollen nur die tatsächlich erbrachten Leistungen angegeben werden. Die nicht benötigten Felder sollen ggf. gelöscht werden. Sofern das Krankenhaus keine Leistungen erbringt, die eine Teilnahme am Verfahren gemäß QSKH-Richtlinie gestatten, ist in der PDF-Version 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 ermöglichen.“

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1 000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Gemäß der Systematik des 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 Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für:
(z. B. Krankenhaus, Standort, Betriebsstätte, Fachabteilung/Organisationseinheit)

[Datenbankversion für die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen]

1 Leistungsbereich	2 Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl	3 Bewertung durch Strukt. Dialog	4 Vertrauensbereich	5 Ergebnis (Einheit)	6 Zähler/ Nenner	7 Referenzbereich (bundesweit)	8 Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	9 Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses

Ausfüllhinweis:

Die im Folgenden beschriebene Darstellung der 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 krankhausindividuellen Informationen gemäß Anhang 1. Dabei ist Folgendes in der PDF-Version zu beachten:

- In der PDF-Version ist in der Spalte 1 „Leistungsbereich“ eine jeweils laienverständliche Bezeichnung – wenn vorhanden – vom Leistungsbereich (siehe www.sgg.de) zu übernehmen. Wenn keine laienverständlichen Bezeichnungen vorhanden sind, ist die Bezeichnung des Leistungsbereichs aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.
- In der Spalte 2 „Qualitätsindikator/Qualitätskennzahl“ ist die eindeutige Bezeichnung 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 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 Strukturiertes 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/Nummer“ 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 auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen“ ist die über die kodierte Bewertung in Spalte 3 hinausgehende Kommentierung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zum Ergebnis des Strukturierten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 1000 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 1000 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.

PDF-Version:

Falls für einen vom Krankenhaus erbrachten Leistungsbereich für eine Qualitätskennzahl von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen kein Ergebnis berechnet wurde (z. B. auf Grund geringer Fallzahl), wird in der PDF-Version im entsprechenden Feld der Spalte 3 [Bewertung durch Strukturierten Dialog] die Zahl 9 „Sonstiges“ eingetragen und im entsprechenden Feld der Spalte 8 [Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen] zusätzlich der folgende Eintrag vorgenommen: „Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.“ Die Felder der Spalten 4, 5 und 6 bleiben in diesem Fall leer.

Datenbankversion:

Die Angaben zu Ergebnis, Zähler, Nenner und Vertrauensbereich entfallen ebenfalls. Als Kommentar der beauftragten Stelle wird wie in der PDF-Version übermittelt: „Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet“.

PDF-Version:

Wenn bei einer bestimmten Qualitätskennzahl eines Leistungsbereichs, der vom Krankenhaus erbracht und unter C-1.1.[Y] aufgeführt wird, keine Fälle vorliegen, wird in der PDF-Version im entsprechenden Feld der Spalte 3 [Bewertung durch Strukturierten Dialog] die Zahl 9 „Sonstiges“ eingetragen und im entsprechenden Feld der Spalte 8 [Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen] zusätzlich der folgende Eintrag vorgenommen: „Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.“ Die Felder der Spalten 4, 5 und 6 bleiben in diesem Fall leer.

Bsp.: Hat ein Krankenhaus im Leistungsbereich Geburtshilfe keine Fälle mit Frühgeburten, kann für das Krankenhaus beim Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen“ auch kein Ergebnis vorliegen.

Datenbankversion:

Die Angaben zu Ergebnis, Zähler, Nenner und Vertrauensbereich entfallen ebenfalls. Als Kommentar der beauftragten Stelle wird wie in der PDF-Version übermittelt: „Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind“.

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 Verfahren gemäß QSKH-RL 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 Verfahren gemäß QSKH-RL 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 den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen direkt an die Annahmestelle übermittelten Datenbankversion gilt deshalb Folgendes:

Datenbankversion der auf Bundes-/Landesebene beauftragten Stellen	1 Leistungsbereich	2 Kennzahl-ID	3 Bewertung durch Strukt. Dialog	4 Vertrauensbereich 5 Ergebnis (Einheit) 6 Zähler/Nenner	7 Referenzbereich (bundesweit)	8 Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	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 die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen 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	2 Qualitätsindika- tor/Qualitäts- kennzahl	3 Bewertung durch Strukt. Dialog	4 Vertrauens- bereich 5 Ergebnis (Einheit) 6 Zähler/Nummer	7 Referenz- bereich (bundesweit)	8 Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landes- ebene beauf- tragten Stellen	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)	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Freiwillig				
Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung (Tabelle B)	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Freiwillig				
Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren (Tabelle C)	Freiwillige Ergänzung	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 (Tabelle A)	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 (Tabelle B)	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 (Tabelle C)	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

Tabelle A: siehe Anhang 3
Tabelle B: siehe Anhang 3
Tabelle C: siehe www.sqg.de

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: 1000 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)	
Modul Chronische Herzinsuffizienz (bei 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: 1000 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 Verfahren auf Landesebene, 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			
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht < 1250 g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14			
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht 1250 g–1499 g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 2	14			

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: 1000 Zeichen einschließlich Leerzeichen).

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“)

[Datenbankversion]

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie	Kommentar/Erläuterung
CQ01	Richtlinie 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 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V („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 1000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

[Datenbankversion]

		Anzahl
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen	... Personen
2.	Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nummer 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen [Teilmenge von Nummer 1, Nenner von Nummer 3]	... Personen
3.	Anzahl derjenigen Personen aus Nummer 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben** [Zähler von Nummer 2]	... Personen

* Nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ in der Fassung vom 19. März 2009 (siehe www.g-ba.de)

** Hat eine fortbildungsverpflichtete Person zum Ende des für sie maßgeblichen Fünfjahreszeitraums ein Fortbildungszertifikat nicht vorgelegt, kann sie die gebotene Fortbildung binnen eines folgenden Zeitraumes von höchstens zwei Jahren nachholen.

Ausfüllhinweis:

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Nummer 1 SGB V darzustellen. Die Stichtagsregelung gilt analog dem Ausfüllhinweis für A-14.

Gemäß § 2 Absatz 1 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus müssen fortbildungsverpflichtete Personen innerhalb von fünf Jahren an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, die nach Anerkennung entsprechend dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern oder der Psychotherapeutenkammern mit insgesamt 250 Fortbildungspunkten bewertet wurden.

Der Fünfjahreszeitraum beginnt für Fachärztinnen und Fachärzte gemäß § 1 Absatz 2 Satz 1 zum 1. Januar 2006, für die weiteren fortbildungsverpflichteten Personen zum 1. Januar 2009, daher sind in der Tabelle für Letztere vorerst keine Angaben bei den Nummern 2 und 3 zu machen.

D Qualitätsmanagement

Ausfüllhinweis:

Orientiert an der Vereinbarung gemäß § 137 Absatz 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: 10000 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: 10000 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: 10000 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 Patienteneinweisung und -aufklärung
- Wartezeitenmanagement
- Hygienemanagement

Zeichenbegrenzung: 20000 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 Risikomanagement/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: 20000 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: 10000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen).

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung (Teil A: Krankenhäuser, Teil B: die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen)

Anhang 2: Auswahllisten

Anhang 3: Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

Anhang 2
Anlage 1

zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 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)

Auswahllisten

Auswahlliste „Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses“ (A-8)

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Kommentar/ Erläuterung
VS10	Abdominalzentrum (Magen-Darm-Zentrum)		
VS11	Adipositaszentrum		
VS12	Ambulantes OP-Zentrum		
VS13	Beckenbodenzentrum		
VS01	Brustzentrum		
VS14	Diabeteszentrum		
VS15	Dialysezentrum		
VS16	Endoprothesenzentrum		
VS17	Epilepsiezentrum		
VS18	Fußzentrum		
VS19	Gefäßzentrum		
VS20	Gelenkzentrum		
VS21	Geriatrizentrum (Zentrum für Altersmedizin)		
VS22	Herzzentrum		
VS23	Inkontinenzzentrum/Kontinenzzentrum		
VS24	Interdisziplinäre Intensivmedizin		
VS25	Interdisziplinäre Tumornachsorge		
VS26	Kinderzentrum		
VS27	Kompetenzzentrum Telematik/Telemedizin		
VS28	Kopfzentrum		
VS29	Lungenzentrum		
VS30	Mukoviszidosezentrum		
VS31	Muskelzentrum		
VS32	Mutter-Kind-Zentrum		
VS33	Neurozentrum		
VS50	Operative Intensivmedizin		
VS34	Palliativzentrum		
VS51	Pankreaszentrum		
VS02	Perinatalzentrum		z. B. Betreuung von Risikoschwangerschaften
VS35	Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie		
VS36	Pneumologisch-Thoraxchirurgisches Zentrum		
VS37	Polytraumaversorgung		
VS38	Prostatazentrum		
VS39	Rheumazentrum		
VS40	Schilddrüsenzentrum		
VS41	Schlafmedizinisches Zentrum		
VS03	Schlaganfallzentrum		
VS42	Schmerzzentrum		
VS43	Thoraxzentrum		
VS04	Transplantationszentrum		
VS05	Traumazentrum		
VS06	Tumorzentrum		
VS44	Wirbelsäulenzentrum		
VS45	Wundzentrum		
VS07	Zentrum für angeborene und erworbene Fehlbildungen		
VS46	Zentrum für Diabetes und Schwangerschaft		
VS47	Zentrum für Herz-Kreislauf-Erkrankungen		

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind	Kommentar/ Erläuterung
VS48	Zentrum für Minimalinvasive Chirurgie		
VS49	Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie		
VS09	Zentrum für Schwerbrandverletzte		
VS00	(„Sonstiges“)		

Auswahlliste „Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote“ (A-9 und B-[X].3)

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP01	Akupressur	z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP54	Asthmaschulung	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	
MP06	Basale Stimulation	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitsproben	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	z. B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung, Abschiedsraum
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP69	Eigenblutspende	
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/Konzentrationstraining	
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	z. B. Akupunktmassage, Bindegewebsmassage, Shiatsu
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	z. B. Unterricht für schulpflichtige Kinder
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	z. B. medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	z. B. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	z. B. Nichtraucherprogramme, Koronarsportgruppe

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie
MP61	Redressionstherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP38	Sehschule/Orthoptik	
MP62	Snoezelen	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	z. B. Besichtigungen und Führungen (Kreißaal, Hospiz etc.), Vorträge, Informationsveranstaltungen
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	z. B. Babyschwimmen, Babymassage, PEKiP
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	z. B. Schreiambulanz, Tragetuchkurs, Babymassagekurs, Elterncafé, Erziehungsberatung
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	z. B. Forced-Use-Therapie, Taub'sche Therapie, Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen	z. B. Unterwassergerburten, spezielle Kursangebote
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Brustschwester
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP46	Traditionelle Chinesische Medizin	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP00	(„Sonstiges“)	

Auswahlliste „Serviceangebote“ (A-10) und (B-[X].4)

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterung
	Räumlichkeiten	
SA43	Abschiedsraum	
SA01	Aufenthaltsräume	
SA59	Barrierefreie Behandlungsräume	
SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA04	Fernsehraum	
SA05	Mutter-Kind-Zimmer/Familienzimmer	

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterung
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA07	Rooming-in	
SA08	Teeküche für Patienten und Patientinnen	
SA09	Unterbringung Begleitperson	z. B. bei Begleitpersonen von Kindern kostenlos, sonst kostenpflichtig möglich
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
	Ausstattung der Patientenzimmer	
SA12	Balkon/Terrasse	
SA61	Betten und Matratzen in Übergröße	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	
SA15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	
SA16	Kühlschrank	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	
	Verpflegung	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	z. B. Mineralwasser
SA44	Diät-/Ernährungsangebot	
SA45	Frühstücks-/Abendbuffet	
SA46	Getränkeautomat	
SA47	Nachmittagstee/-kaffee	
	Ausstattung/Besondere Serviceangebote des Krankenhauses	
SA48	Geldautomat	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA24	Faxempfang für Patienten und Patientinnen	
SA25	Fitnessraum	
SA49	Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen	
SA26	Frisiersalon	
SA27	Internetzugang	
SA50	Kinderbetreuung	
SA28	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen	z. B. Kapelle, Meditationsraum
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA32	Maniküre/Pediküre	
SA51	Orientierungshilfen	z. B. Lagepläne, gut lesbare Beschilderung
SA33	Parkanlage	
SA52	Postdienst	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA35	Sauna	
SA53	Schuldienst	
SA36	Schwimmbad/Bewegungsbad	
SA37	Spielplatz/Spielecke	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA38	Wäscheservice	

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterung
	Persönliche Betreuung	
SA60	Beratung durch Selbsthilfeorganisationen	
SA55	Beschwerdemanagement	
SA39	Besuchsdienst/„Grüne Damen“	
SA41	Dolmetscherdienste	z. B. Sprache; ggf. Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin
SA40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen	
SA56	Patientenfürsprache	
SA42	Seelsorge	
SA58	Wohnberatung	
SA00	(„Sonstiges“)	

Auswahlliste „Akademische Lehre“ (A-11.2)

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar/Erläuterung
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	
FL00	(„Sonstiges“)	

Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (A-11.3)

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin	
HB03	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
HB04	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin (MTA)	
HB05	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)	
HB08	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	
HB09	Logopäde und Logopädin	
HB10	Entbindungspfleger und Hebamme	
HB11	Podologe und Podologin	
HB00	(„Sonstiges“)	

Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal“ (A-14.3) und (B-[X].11.3)

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/Erläuterung
SP29	Altentherapeut und Altentherapeutin	
SP51	Apotheker und Apothekerin	
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP52	Asthmaberater und Asthmaberaterin/Asthmaterapeut und Asthmaterapeutin/Asthmatrainer und Asthmatrainerin	
SP30	Audiologe und Audiologin/Audiologieassistent und Audiologieassistentin/Audiometrieassistent und Audiometrieassistentin/Audiometrist und Audiometristin/Hörgeräteakustiker und Hörgeräteakustikerin	
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	
SP32	Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	
SP33	Castillo-Morales-Therapeut und Castillo-Morales-Therapeutin	
SP34	Deeskalationstrainer und Deeskalationstrainerin/Deeskalationsmanager und Deeskalationsmanagerin/Deeskalationsfachkraft (mit psychologischer, pädagogischer oder therapeutischer Vorbildung)	
SP35	Diabetologe und Diabetologin/Diabetesassistent und Diabetesassistentin/Diabetesberater und Diabetesberaterin/Diabetesbeauftragter und Diabetesbeauftragte/Wundassistent und Wundassistentin DDG/Diabetesfachkraft Wundmanagement	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP36	Entspannungspädagoge und Entspannungspädagogin/Entspannungstherapeut und Entspannungstherapeutin/Entspannungstrainer und Entspannungstrainerin (mit psychologischer, therapeutischer oder pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrer und Heileurhythmielehrerin/Feldenkraislehrer und Feldenkraislehrerin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungstherapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP06	Erzieher und Erzieherin	
SP37	Fotograf und Fotografin	
SP38	Freizeit- und Erlebnispädagoge und Freizeit- und Erlebnispädagogin/Freizeit- und Erlebnistherapeut und Freizeit- und Erlebnistherapeutin (mit psychologischer, pädagogischer oder therapeutischer Vorbildung)	
SP53	Gefäßassistent und Gefäßassistentin	
SP08	Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerin	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge	
SP39	Heilpraktiker und Heilpraktikerin/Homöopath und Homöopathin	
SP10	Hippotherapeut und Hippotherapeutin/Reittherapeut und Reittherapeutin	
SP11	Kinästhetikbeauftragter und Kinästhetikbeauftragte	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	
SP40	Kinderpfleger und Kinderpflegerin	
SP41	Kosmetiker und Kosmetikerin/medizinischer Linergist und medizinische Linergistin (Permanent Make-up oder Pigmentierung)	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Maltherapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/Bibliotherapeut und Bibliotherapeutin	
SP14	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagogin und Sprachheilpädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
SP42	Manualtherapeut und Manualtherapeutin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	z. B. für Babymassage

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/Erläuterung
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	z. B. für Funktionsdiagnostik, Radiologie
SP44	Motopäde und Motopädin/Motopädagoge und Motopädagogin/Mototherapeut und Mototherapeutin/Motologe und Motologin	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	
SP17	Oecotrophologe und Oecotrophologin/Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin	
SP18	Orthopädietechniker und Orthopädietechnikerin/Orthopädiemechaniker und Orthopädiemechanikerin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin/Bandagist und Bandagistin	
SP19	Orthoptist und Orthoptistin/Therapeut und Therapeutin für Sehstörungen/Perimetrist und Perimetristin/Augenoptiker und Augenoptikerin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP22	Podologe und Podologin/Fußpfleger und Fußpflegerin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP20	Sonderpädagogin und Sonderpädagoge/Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	
SP45	Sozialtherapeut und Sozialtherapeutin (z. B. DFS)	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin/Sportpädagogin und Sportpädagoge	z. B. Lehrer oder Lehrerin für Bothmer-Gymnastik
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	
SP47	Urotherapeut und Urotherapeutin	
SP48	Vojtatherapeut und Vojtatherapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wundberaterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	
SP49	Zahnmedizinischer Fachangestellter und Zahnmedizinische Fachangestellte/Dentalhygieniker und Dentalhygienikerin/Zahnmedizinischer Prophylaxeassistent und Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin	
SP50	Zahntechniker und Zahntechnikerin	
SP00	(„Sonstige“)	

Auswahlliste „Apparative Ausstattung“ (A-15)

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/Erläuterung
AA34	AICD-Implantation/Kontrolle/Programmiersystem	Einpflanzbarer Herzrhythmusdefibrillator		
AA35	Gerät zur analen Sphinktermanometrie	Afterdruckmessgerät		
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	x	
AA36	Gerät zur Argon-Plasma-Koagulation	Blutstillung und Gewebeerödung mittels Argon-Plasma	x	
AA37	Arthroskop	Gelenksspiegelung		
AA02	Audiometrie-Labor	Hörtestlabor		
AA38	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck		
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrommessung		
AA04	Bewegungsanalysesystem			
AA05	Bodyplethysmograph	Umfangreiches Lungenfunktionstestsystem		

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/ Erläuterung
AA06	Brachytherapiegerät	Bestrahlung von „innen“		
AA39	Bronchoskop	Gerät zur Lufröhren- und Bronchienspiegelung	x	
AA07	Cell Saver	Eigenblutaufbereitungsgerät		im Rahmen einer Bluttransfusion
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	x	
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen		
AA41	Gerät zur Durchflusszytometrie/FACS-Scan	Gerät zur Zellzahlmessung und Zellsortenunterscheidung in Flüssigkeiten		
AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung		
AA65	Echokardiographiegerät			
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	x	
AA11	Elektromyographie (EMG)/Gerät zur Bestimmung der Nervenleitgeschwindigkeit	Messung feinsten elektrischer Ströme im Muskel		
AA42	Elektronenmikroskop	Mikroskop mit sehr hoher Auflösung		
AA66	Elektro-/Videonystagmographiegerät	Gerät zur Messung ruckhafter Augenbewegungen		
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA44	Elektrophysiologischer Messplatz zur Diagnostik von Herzrhythmusstörungen			
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	x	
AA45	Endosonographiegerät	Ultraschalldiagnostik im Körperinneren		
AA46	Endoskopisch-retrograde-Cholangio-Pankreatiograph (ERCP)	Spiegelgerät zur Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsengänge mittels Röntgenkontrastmittel		
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie	Behandlungen mittels Herzkatheter	x	z. B. Herzkatheterlabor, Ablationsgenerator, Kardioversionsgerät, Herzschrittmachlabor
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren		x	Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse
AA15	Geräte zur Lungenersatztherapie/-unterstützung		x	z. B. ECMO/ ECLA
AA16	Geräte zur Strahlentherapie			
AA17	Herzlungenmaschine		x	
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	x	
AA48	Gerät zur intraaortalen Ballongegenpulsation (IABP)	Mechanisches Gerät zur Unterstützung der Pumpleistung des Herzens		
AA49	Kapillarmikroskop	Mikroskop für die Sichtung der Beschaffenheit kleinster Blutgefäße		
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA51	Gerät zur Kardiotokographie	Gerät zur gleichzeitigen Messung der Herztöne und der Wehentätigkeit (Wehenschreiber)	x	

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/ Erläuterung
AA19	Kipptisch	Gerät zur Messung des Verhaltens der Kenngrößen des Blutkreislaufs bei Lageänderung		z. B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms
AA52	Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie	Laborgeräte zur Messung von Blutwerten bei Blutkrankheiten, Stoffwechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen	x	
AA53	Laparoskop	Bauchhöhlenspiegelungsgerät		
AA20	Laser			
AA54	Linksherzkathetermessplatz	Darstellung der Herzkranzgefäße mittels Röntgen-Kontrastmittel	x	
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	x	
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse		
AA55	MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie)	Minimal in den Körper eindringende, also gewebeschonende Chirurgie		
AA67	Operationsmikroskop			
AA24	OP-Navigationsgerät			
AA25	Oszillographie	Erfassung von Volumenschwankungen der Extremitätenabschnitte		
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		
AA64	Petrophagen-Extraktor	Steinlausentferner		
AA56	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoff-Ionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA27	Röntengerät/Durchleuchtungsgerät		x	z. B. C-Bogen
AA28	Schlaflabor			
AA29	Sonographiegerät/Dopplersonographiegerät/Duplexsonographiegerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	x	
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens		
AA31	Spirometrie/Lungenfunktionsprüfung			
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten		zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung		
AA58	24h-Blutdruck-Messung			
AA59	24h-EKG-Messung			
AA60	24h-pH-Metrie	pH-Wertmessung des Magens		
AA61	Gerät zur 3-D-Bestrahlungsplanung	Bestrahlungsplanung in drei Dimensionen		
AA62	3-D/4-D-Ultraschallgerät			
AA63	72h-Blutzucker-Messung			
AA00	(„Sonstiges“)			

Auswahlliste „Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung“ (B-[X].2) und (B-[X].8)

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde	Kommentar/Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	z. B. auch Hornhauttransplantation
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	z. B. Behandlung von Gefäßverschlüssen (Rheologie), Diagnostik und Therapie der Frühgeborenenretinopathie
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	z. B. intravitreale Injektionen
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern	z. B. auch refraktive Chirurgie
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	z. B. Sehschule
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation	
VA13	Anpassung von Sehhilfen	
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen	
VA15	Plastische Chirurgie	
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA17	Spezialsprechstunde	
VA18	Laserchirurgie des Auges	
VA00	(„Sonstiges“)	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie	Kommentar/Erläuterung
	Herzchirurgie	
VC01	Koronarchirurgie	z. B. Bypasschirurgie
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur	
VC03	Herzklappenchirurgie	z. B. Klappenkorrektur, Klappenersatz
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VC07	Herztransplantation	
VC08	Lungenembolektomie	
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen	
VC10	Eingriffe am Perikard	z. B. bei Panzerherz
	Thoraxchirurgie	
VC11	Lungenchirurgie	
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen	
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC59	Mediastinoskopie	
	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie	Kommentar/Erläuterung
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	z. B. Carotischirurgie
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	z. B. Schilddrüsenchirurgie
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC25	Transplantationschirurgie	
VC60	Adipositaschirurgie	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC68	Mammachirurgie	
	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63	Amputationschirurgie	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC69	Verbrennungschirurgie	
	Neurochirurgie	
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)	
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen	z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie	Kommentar/Erläuterung
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	z. B. Vertebroplastie
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark	
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzkrankungen	z. B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronische Wirbelsäulenschmerzen
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. „Funktionelle Neurochirurgie“)	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC70	Kinderneurochirurgie	
	Allgemein	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VC00	(„Sonstiges“)	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie	Kommentar/Erläuterung
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	z. B. Photodynamische Tumorthherapie
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen	
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	z. B. Schweiß- und Talgdrüsenkrankungen
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	z. B. auch Kollagenosen, altersbedingte Hautveränderungen
VD11	Spezialsprechstunde	
VD12	Dermatochirurgie	z. B. auch ästhetische Dermatochirurgie
VD13	Ästhetische Dermatologie	
VD14	Andrologie	
VD15	Dermatohistologie	
VD16	Dermatologische Lichttherapie	
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen	z. B. auch Extrakorporale Photopherese
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen	
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VD00	(„Sonstiges“)	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe	Kommentar/Erläuterung
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
VG05	Endoskopische Operationen	z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	z. B. Endometriose
VG15	Spezialsprechstunde	
VG16	Urogynäkologie	
VG17	Reproduktionsmedizin	
VG18	Gynäkologische Endokrinologie	
VG19	Ambulante Entbindung	
VG00	(„Sonstiges“)	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO	Kommentar/Erläuterung
	Ohr	
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	
VH04	Mittelohrchirurgie	z. B. Hörverbesserung, implantierbare Hörgeräte
VH05	Cochlearimplantation	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	
VH27	Pädaudiologie	
	Nase	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln	
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VI 32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
	Mund/Hals	
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	z. B. auch Stimmstörungen
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH25	Schnarchoperationen	
	Onkologie	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO	Kommentar/Erläuterung
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
	Rekonstruktive Chirurgie	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
	Allgemein	
VH23	Spezialsprechstunde	
VH26	Laserchirurgie	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VH00	(„Sonstiges“)	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin	Kommentar/Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	z. B. Diabetes, Schilddrüse
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI26	Naturheilkunde	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI28	Anthroposophische Medizin	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin	Kommentar/Erläuterung
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI35	Endoskopie	z. B. auch Kapselendoskopie
VI36	Mukoviszidosezentrum	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI41	Shuntzentrum	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn
VI44	Geriatrische Tagesklinik	
VI45	Stammzelltransplantation	
VI00	(„Sonstiges“)	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie	Kommentar/Erläuterung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	z. B. Multiple Sklerose
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	z. B. von Hirnnerven
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN20	Spezialsprechstunde	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	
VN22	Schlafmedizin	
VN23	Schmerztherapie	
VN24	Stroke Unit	
VN00	(„Sonstiges“)	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie	Kommentar/Erläuterung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO17	Rheumachirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VO21	Traumatologie	
VO00	(„Sonstiges“)	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie	Kommentar/Erläuterung
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen	
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen	
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen	
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen	
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie	Kommentar/Erläuterung
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien	z. B. Ullrich-Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Marfan-Syndrom)
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen	
VK25	Neugeborenencreening	z. B. Hypothyreose, Adrenogenitales Syndrom (AGS)
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VK28	Pädiatrische Psychologie	
VK29	Spezialsprechstunde	
VK30	Immunologie	
VK31	Kinderchirurgie	
VK32	Kindertraumatologie	
VK33	Mukoviszidosezentrum	
VK34	Neuropädiatrie	
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum	
VK36	Neonatologie	
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen	
VK00	(„Sonstiges“)	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik	Kommentar/Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP12	Spezialsprechstunde	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik	Kommentar/Erläuterung
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	
VP00	(„Sonstiges“)	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie	Kommentar/Erläuterung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
	Ultraschalluntersuchungen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
	Projektionsradiographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	z. B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie
	Computertomographie (CT)	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR13	Elektronenstrahltomographie (EBT)	
	Optische Verfahren	
VR14	Optische laserbasierte Verfahren	
	Darstellung des Gefäßsystems	
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR17	Lymphographie	
	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	
VR18	Szintigraphie	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
	Magnetresonanztomographie (MRT)	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
	Andere bildgebende Verfahren	
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
	Strahlentherapie	
VR30	Oberflächenstrahlentherapie	
VR31	Orthovoltstrahlentherapie	
VR32	Hochvoltstrahlentherapie	z. B. Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie	Kommentar/Erläuterung
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	
VR34	Radioaktive Moulagen	
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	
	Nuklearmedizinische Therapie	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	
VR39	Radiojodtherapie	
	Allgemein	
VR40	Spezialsprechstunde	
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR42	Kinderradiologie	
VR43	Neuroradiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR45	Intraoperative Bestrahlung	
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen	
VR47	Tumorembolisation	
VR00	(„Sonstiges“)	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie und Nephrologie	Kommentar/Erläuterung
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenerkrankheiten	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU08	Kinderurologie	
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	
VU15	Dialyse	
VU16	Nierentransplantation	
VU17	Prostatazentrum	
VU18	Schmerztherapie	
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	
VG16	Urogynäkologie	
VU00	(„Sonstiges“)	

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Kommentar/Erläuterung
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde	
VZ03	Dentale Implantologie	
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie	
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien	
VZ17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich	
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne	
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates	
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks	
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
VZ11	Endodontie	z. B. Wurzelkanalbehandlungen
VZ12	Epithetik	z. B. Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen
VZ13	Kraniofaziale Chirurgie	
VZ19	Laserchirurgie	
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose	
VZ00	(„Sonstiges“)	
Nr.	Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen	Kommentar/Erläuterung
VX00	(„Sonstiges“)	

Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ (B-[X].8)

Nr.	Art der Ambulanz (Mehrfachnennungen möglich)
AM01	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
AM03	Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V
AM07	Privatambulanz
AM08	Notfallambulanz (24h)
AM09	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
AM12	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V
AM13	Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge)
AM14	Ambulanz im Rahmen von DMP
AM15	Belegarztpraxis am Krankenhaus
AM16	Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
AM00	(„Sonstiges“)

Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b Absatz 3 SGB V“ (B-[X].8)

Nr.	Nr. der Anlage zur Richtlinie nach § 116b SGB V	Angebotene Leistungen	Kommentar/Erläuterung
LK01	Anlage 1 Nr. 1	CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	
LK02	Anlage 1 Nr. 2	Brachytherapie	
LK03	Anlage 2 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose	
LK04	Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie)	
LK05	Anlage 2 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen	
LK06	Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen	
LK07	Anlage 2 Nr. 5	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems)	
LK08	Anlage 2 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit biliärer Zirrhose	
LK09	Anlage 2 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit primär sklerosierender Cholangitis	
LK10	Anlage 2 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Morbus Wilson	
LK11	Anlage 2 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Transsexualismus	
LK12	Anlage 2 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Kindern mit folgenden angeborenen Stoffwechselstörungen: a) Adrenogenitales Syndrom b) Hypothyreose c) Phenylketonurie d) Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel) e) Galactosaemie	
LK13	Anlage 2 Nr. 11	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Marfan-Syndrom	
LK14	Anlage 2 Nr. 12	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit pulmonaler Hypertonie	
LK25	Anlage 2 Nr. 13	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Tuberkulose	
LK26	Anlage 2 Nr. 14	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit neuromuskulären Erkrankungen	
LK27	Anlage 2 Nr. 15	Diagnostik und Therapie von Patienten und Patientinnen mit Kurzdarmsyndrom	
LK15	Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen	
LK16	Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit HIV/AIDS	
LK17	Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche)	
LK18	Anlage 3 Nr. 4	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3-4)	
LK20	Anlage 3 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Multipler Sklerose	
LK21	Anlage 3 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Anfallsleiden	
LK22	Anlage 3 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie	
LK23	Anlage 3 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden	
LK24	Anlage 3 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen	

Auswahlliste „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ (B-[X].11.1)

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar/Erläuterung (z. B. Weiterbildungsbefugnisse)
AQ06	Allgemeine Chirurgie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ01	Anästhesiologie	
AQ02	Anatomie	
AQ03	Arbeitsmedizin	
AQ04	Augenheilkunde	
AQ05	Biochemie	
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktions- medizin	
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	
AQ07	Gefäßchirurgie	
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten	
AQ08	Herzchirurgie	
AQ21	Humangenetik	
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin	
AQ23	Innere Medizin	
AQ67	Innere Medizin und Allgemeinmedizin	
AQ24	Innere Medizin und SP Angiologie	
AQ25	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie	
AQ27	Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie	
AQ29	Innere Medizin und SP Nephrologie	
AQ30	Innere Medizin und SP Pneumologie	
AQ31	Innere Medizin und SP Rheumatologie	
AQ65	Kieferorthopädie	
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	
AQ33	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie	
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie	
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie	
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie	
AQ09	Kinderchirurgie	
AQ47	Klinische Pharmakologie	
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
AQ41	Neurochirurgie	
AQ42	Neurologie	
AQ43	Neuropathologie	
AQ44	Nuklearmedizin	
AQ45	Öffentliches Gesundheitswesen	
AQ66	Oralchirurgie	
AQ61	Orthopädie	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar/Erläuterung (z. B. Weiterbildungsbefugnisse)
AQ46	Pathologie	
AQ48	Pharmakologie und Toxikologie	
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	
AQ50	Physiologie	
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ52	Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
AQ54	Radiologie	
AQ55	Radiologie, SP Kinderradiologie	
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie	
AQ57	Rechtsmedizin	
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
AQ58	Strahlentherapie	
AQ12	Thoraxchirurgie	
AQ59	Transfusionsmedizin	
AQ62	Unfallchirurgie	
AQ60	Urologie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
AQ64	Zahnmedizin	
AQ00	(„Sonstiges“)	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar/Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF02	Akupunktur	
ZF03	Allergologie	
ZF04	Andrologie	
ZF05	Betriebsmedizin	
ZF06	Dermatologie	
ZF07	Diabetologie	
ZF47	Ernährungsmedizin	
ZF08	Flugmedizin	
ZF48	Fußchirurgie	
ZF09	Geriatric	
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	
ZF11	Hämostaseologie	
ZF12	Handchirurgie	
ZF13	Homöopathie	
ZF14	Infektiologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	
ZF17	Kinder-Gastroenterologie	
ZF18	Kinder-Nephrologie	
ZF19	Kinder-Orthopädie	
ZF20	Kinder-Pneumologie	
ZF21	Kinder-Rheumatologie	
ZF22	Labordiagnostik	
ZF23	Magnetresonanztomographie	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar/Erläuterung
ZF26	Medizinische Informatik	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF29	Orthopädische Rheumatologie	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF31	Phlebologie	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF33	Plastische Operationen	
ZF34	Proktologie	
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF38	Röntgendiagnostik	
ZF39	Schlafmedizin	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	
ZF46	Tropenmedizin	
ZF00	(„Sonstiges“)	

Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ (B-[X].11.2)

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterung
PQ01	Bachelor	
PQ02	Diplom	
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ06	Master	
PQ11	Nephrologische Pflege	
PQ07	Onkologische Pflege/Palliative Care	
PQ08	Operationsdienst	
PQ09	Pädiatrische Intensivpflege	
PQ10	Psychiatrische Pflege	
PQ00	(„Sonstiges“)	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar/Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP17	Case Management	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP03	Diabetes	z. B. Diabetesberatung
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	z. B. Überleitungspflege
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatric	z. B. Zercur
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzberatung	

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterung
ZP10	Mentor und Mentorin	
ZP11	Notaufnahme	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP15	Stomapflege	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP00	(„Sonstiges“)	

Auswahlliste „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht“ (C-2)

Bundesland	Leistungsbereich	Kommentar/Erläuterung
Baden-Württemberg	Schlaganfall	
Hamburg	Anästhesiologie	
	Pflege: Dekubitusprophylaxe: ganzjährige Erhebung	
	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)	
	Schlaganfall	
Hessen	Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	
	Schlaganfall: Akutbehandlung	
	Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	
Rheinland-Pfalz	Schlaganfall	

Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung – Ausnahmetatbestände“ (C-5)

Nr.	Ausnahmetatbestand	Kommentar/Erläuterung
MM01	Notfälle, keine planbaren Leistungen	
MM02	Aufbau eines neuen Leistungsbereiches	
MM03	Personelle Neuausrichtung	
MM04	Votum der Landesbehörde wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung	
MM05	Kein Ausnahmetatbestand	

Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“)" (C-6)

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie	Kommentar/Erläuterung
CQ01	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma	
CQ02	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten	
CQ03	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde	
CQ04	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Protonentherapie in Krankenhäusern bei der Indikation Rektumkarzinom	
CQ05	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1	
CQ06	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 2	
CQ07	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinataler Schwerpunkt	
CQ08	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 2 SGB V	

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie	Kommentar/Erläuterung
CQ09	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und periostgedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk	
CQ10	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk	
CQ11	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem hepatozellulärem Karzinom (HCC)	
CQ12	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms	

**Anhang 3
zu Anlage 1**

zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 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)

Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

Tabelle A:

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

Tabelle B:

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung

Tabelle C:

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

Tabelle A:

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

Leistungsbereich	Indikator-Nr.	Bezeichnung des Qualitätsindikators/der Qualitätskennzahl	Kennzahl-ID
Herzschrittmacher-Implantation	1	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen: Patienten mit bradykarden Herzrhythmusstörungen und leitlinienkonformer Indikation zur Herzschrittmacherimplantation	690
	3	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen: Alle Patienten mit leitlinienkonformer Systemwahl und implantiertem Ein- oder Zweikammersystem	2196
	7	Perioperative Komplikationen: Patienten mit chirurgischen Komplikationen	1103
		Perioperative Komplikationen: Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde	209
		Perioperative Komplikationen: Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde	581
Karotis-Rekonstruktion	1	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose: Stenosegrad $\geq 60\%$ (NASCET)	603
	7	Perioperative Schlaganfälle oder Tod risikoadjustiert nach logistischem Karotis-Score I: Risikoadjustierte Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod	11705
Cholezystektomie	3	Erhebung eines histologischen Befundes: Patienten, bei denen postoperativ ein histologischer Befund der Gallenblase erhoben wurde	218
	6	Reinterventionsrate: Reintervention nach laparoskopischer Operation unter den Patienten mit Risikoklasse ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen	227
Gynäkologische Operationen	7	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	235
	9	Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie: Patientinnen ≥ 40 Jahre	1057
Geburtshilfe	1	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt: > 20 Minuten	1058
	2	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen: Pädiateur bei Geburt anwesend	318
	7	Antenatale Kortikosteroidtherapie: mind. 2 Tage präp. Aufenthalt	330
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	7	Endoprothesenluxation	451
	8	Postoperative Wundinfektion	452
	11	Reoperationen wegen Komplikation	456
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	7	Postoperative Wundinfektion: Patienten mit postoperativen Wundinfektionen	286
	10	Reoperationen wegen Komplikation	290
Mammachirurgie	2	Intraoperatives Präparatröntgen	303
	3	Hormonrezeptoranalyse und HER-2/neu-Analyse: Hormonrezeptoranalyse	2135
	4	Angabe Sicherheitsabstand: Brusterhaltende Therapie	2131
		Angabe Sicherheitsabstand: Mastektomie	2162
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1	Indikation zur Koronarangiographie – Ischämiezeichen	399
	3	Indikation zur PCI: Ohne Nachweis von Ischämiezeichen bei Belastung (d. h. ohne Prüfung oder bei Prüfung ohne objektive (apparative) Ischämiezeichen)	2062
	4	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI: Alle PCI mit Indikation „akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h“ nach Stellung der Diagnose	2063
Koronarchirurgie, isoliert	1	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna: OP-Dringlichkeit elektiv/dringlich	332
	5	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität: nach logistischem KCH-SCORE 3.0	11618
Ambulant erworbene Pneumonie	1	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie: Patienten, bei denen die erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb der ersten 8 Stunden nach der Aufnahme durchgeführt wurde	2005
Geburtshilfe	4	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung: pH-Wert $< 7,0$	321
Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung	11733
		Veränderung des Dekubitusstatus während des stationären Aufenthalts bei Patienten, die ohne Dekubitus aufgenommen wurden: Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung	11742

Tabelle B:

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung

[leer]

Tabelle C:

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlenen Qualitätsindikatoren werden durch die Institution nach § 137a SGB V auf ihrer Homepage www.sqg.de im Internet öffentlich bekannt gegeben.

Anlage 2

zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 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)

Annahmestelle und Datenlieferverfahren

Zugelassene Krankenhäuser sind gemäß § 137 Absatz 3 Nummer 4 SGB V verpflichtet, alle 2 Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht gemäß den Vorgaben des G-BA zu erstellen und an die in der Anlage 2 der Regelungen bestimmte Annahmestelle zu liefern.

Annahmestelle

Die Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) ist die Datenannahmestelle der Qualitätsberichte über das Berichtsjahr 2010 gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser.

Die Kontaktadresse der gemeinsamen Annahmestelle lautet:

Informationstechnische Servicestelle
der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG)
Seligenstädter Grund 11
63150 Heusenstamm
Telefon-Zentrale: 06104 - 600 50 0
Telefax: 06104 - 600 50 300
E-Mail: hotline@itsg.de

Datenlieferverfahren

	Anmeldung
1.	Zugelassene Krankenhäuser melden sich vor der Lieferung der Qualitätsberichte bei der Annahmestelle an. Die Anmeldung erfolgt online über ein Webformular und ist auch direkt vor der Lieferung möglich.
2.	Das Anmeldeverfahren beginnt 8 Wochen vor dem Ablauf der ersten Übermittlungsfrist für die Qualitätsberichte gemäß § 6 Absatz 1 und endet mit dem Ablauf dieser ersten Übermittlungsfrist.
3.	Für jeden Bericht (nicht für jedes Format), der geliefert werden soll, ist eine eigene Anmeldung notwendig. Für die Anmeldung übermittelt das Krankenhaus folgende Angaben: <ul style="list-style-type: none"> – Aktuelle(s) Institutionskennzeichen und Standortnummer: gemäß Anlage 1 (Berichtsteil A-2 und A-3) – Kontaktdaten des Krankenhauses (Name des Krankenhauses, Ansprechpartner, Telefonnummern, E-Mail-Adressen) – Grundlage der Zulassung des Krankenhauses nach § 108 SGB V (Angabe, ob anerkannte Hochschulklinik, Plankrankenhaus oder Versorgungsvertrag)
4.	Die Annahmestelle bestätigt dem Krankenhaus unverzüglich per E-Mail die Anmeldung.
5.	Die Freischaltung der Adresse erfolgt erst nach Bestätigung durch das Krankenhaus (Double-Opt-In-Prinzip). Erst nach dieser Freischaltung ist die Übermittlung von Dateien möglich. Das Krankenhaus erhält für jede Anmeldung Zugangsdaten (Benutzername und Passwort).
6.	Damit können die krankenhauseigenen Kontaktdaten innerhalb der Übermittlungsfristen nach § 6 Absatz 1 und 2 aktualisiert werden.
	Annahmeverfahren gemäß § 6 Absatz 1 (alle Berichtsteile außer C-1)
7.	Die Annahmestelle versendet unverzüglich eine Bestätigung der Datenannahme für alle eingehenden Dateien per E-Mail.
8.	Es erfolgt eine Prüfung der Dateien auf ihre formale Korrektheit: XML-Dateien werden anhand des festgelegten Datenschemas (gemäß Anhang 1 zu Anlage 1) und PDF-Dateien auf ihre Größe geprüft.
9.	Die Annahmestelle informiert das Krankenhaus unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.
10.	Angemeldete Krankenhäuser, von denen bis 14 Tage vor dem Ende der Übermittlungsfrist gemäß § 6 Absatz 1 kein formal korrekter Bericht eingegangen ist, erhalten eine Erinnerungs-E-Mail. Mitgeteilt wird, ob bisher <ul style="list-style-type: none"> – keine korrekte Datenlieferung erfolgte, – das XML-Format formal korrekt vorliegt, jedoch die formal korrekte PDF-Datei fehlt oder – die PDF-Datei formal korrekt vorliegt, jedoch das formal korrekte XML-Format fehlt.
	Annahmeverfahren gemäß § 6 Absatz 2 und 3 (inkl. Berichtsteil C-1)
11.	Die Annahmestelle liefert die Liste der Daten aus Ziffer 3, erster und zweiter Spiegelstrich an die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen.
12.	Die Daten zur externen vergleichenden Qualitätssicherung – inklusive der Kommentare des Krankenhauses – werden nur für angemeldete Krankenhäuser geliefert. Für angemeldete Krankenhäuser, für die keine Qualitätssicherungsdaten vorliegen, erfolgt eine Null-Meldung.
13.	Die Annahmestelle prüft die Dateien auf ihre formale Korrektheit: XML-Dateien werden anhand des festgelegten Datenschemas (gemäß Anhang 1 zu Anlage 1) geprüft. Die Annahmestelle informiert die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.
14.	Die Annahmestelle informiert die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen 14 Tage vor dem Ablauf der Übermittlungsfrist gemäß § 6 Absatz 2, für welche Krankenhäuser noch keine Qualitätsdaten geliefert wurden.
15.	In der Frist gemäß § 6 Absatz 3 können Krankenhäuser ihre gemäß § 6 Absatz 1 gelieferten Berichte korrigieren bzw. den PDF-Bericht um die Qualitätssicherungsdaten erweitern. Eine erneute Anmeldung ist nicht erforderlich und auch nicht möglich, da nur Fehlerkorrekturen und Erweiterungen um die Qualitätssicherungsdaten bereits gelieferter Berichte zulässig sind.

Herausgeber:

Bundesministerium der Justiz
Postanschrift: 11015 Berlin
Hausanschrift: Mohrenstraße 37, 10117 Berlin
Telefon: (0 30) 18 580-0

Anschrift der Redaktion:

Bundesamt für Justiz
– Schriftleitung Bundesanzeiger –
Postfachanschrift: Postfach 20 40, 53010 Bonn
Hausanschrift: Adenauerallee 99–103, 53113 Bonn
Telefon: (02 28) 99 410-40

„Amtlicher Teil“:

Verantwortlich: Regierungsamtsrat Manfred Halstenbach
Anschrift der Redaktion: siehe Bundesamt für Justiz

„Nichtamtlicher Teil“:

Verantwortlich: Rainer Diesem
Anschrift der Redaktion: siehe Verlag
Der Abdruck aus dem „Nichtamtlichen Teil“ bedarf der Zustimmung des Verlages.

„Gerichtliche und sonstige Bekanntmachungen“ sowie „Jahresabschlüsse und

Hinterlegungsbekanntmachungen“:

Verantwortlich: Rainer Diesem
Anschrift der Redaktion: siehe Verlag

Verlag: Bundesanzeiger Verlagsges.mBH.

Hausanschrift: Amsterdamer Straße 192, 50735 Köln
Postfachanschrift: Postfach 10 05 34, 50445 Köln
Telefon: Köln (02 21) 9 76 68-0

Die Gesellschaft ist eingetragen beim Amtsgericht Köln unter HRB 31 248.

Satz: Online Cross Media GmbH, Dortmund

Druck und buchbinderische Verarbeitung: SZ-Druck, Sankt Augustin

Beilagen zum Bundesanzeiger werden nur im Rahmen eines Abonnements ohne Aufpreis
ausgeliefert. Im Einzelbezugspreis des Bundesanzeigers sind Beilagen nicht enthalten.

DPAG – Postvertriebsstück – Entgelt bezahlt – G 1990

Nr. 68a/2011