

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anpassungen für das Berichtsjahr 2015

Vom 17. März 2016

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. März 2016 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, Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 21. Januar 2016 (BAnz AT 24.02.2016 B1), wie folgt zu ändern:

- I. Die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser werden wie folgt geändert:
 1. Im Titel der Regelungen wird die Angabe „§ 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V“ durch die Angabe „§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V“ ersetzt.
 2. § 3 Absatz 1 wird wie folgt geändert:
 - a) Der erste Spiegelstrich wird wie folgt gefasst: „nach § 136 Absatz 1 Nummer 1 SGB V (die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 SGB V unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 Nummer 1 und 2 SGB V sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement) sowie Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern nach § 136a Absatz 3 SGB V,“.
 - b) Im zweiten Spiegelstrich wird die Angabe „§ 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V“ durch die Angabe „§ 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V“ ersetzt.
 - c) Im dritten Spiegelstrich wird die Angabe „§ 137 Abs. 3 Nr. 1 SGB V“ durch die Angabe „§ 136b Absatz 1 Nummer 1 SGB V“ ersetzt.
 - d) Der vierte Spiegelstrich wird wie folgt gefasst: „nach § 136b Absatz 1 Nummer 2 SGB V (Mindestmengenregelung) sowie“.
 - e) Der fünfte Spiegelstrich wird wie folgt geändert:
 - aa) Die Angabe „§ 137 Abs. 1b SGB V“ wird durch die Angabe „§ 136a Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB V“ ersetzt.
 - bb) Die Angabe „§ 137 Abs. 1a Satz 1 SGB V“ wird durch die Angabe „§ 136a Absatz 1 Satz 1 SGB V“ ersetzt.

- cc) Die Angabe „§ 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V“ wird durch die Angabe „§ 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V“ ersetzt.
- dd) Die Angabe „Abs. 3 Nr. 4 SGB V“ wird durch die Angabe „§ 136b Absatz 6 SGB V“ ersetzt.
- f) Satz 2 wird wie folgt gefasst: „Gemäß § 136b Absatz 6 Satz 2 hat der Bericht Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie gemäß § 135c Absatz 2 SGB V hat eine Erklärung zu enthalten, die unbeschadet der Rechte Dritter Auskunft darüber gibt, ob sich das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten an die Empfehlungen nach § 135c Absatz 1 Satz 2 SGB V hält.“
- g) Folgender Satz 3 wird angefügt: „Hält sich das Krankenhaus nicht an die Empfehlungen, hat es unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind.“
3. In § 3 Absatz 2 Satz 1, § 4 und § 6 Absatz 2 Satz 1 werden jeweils nach der Angabe „Anlage 1“ die Wörter „für das jeweilige Berichtsjahr“ eingefügt.
4. In § 6 Absatz 3 Buchstabe b Satz 10 wird das Wort „Institution“ durch das Wort „Institut“ ersetzt.
5. „In § 6 Absatz 4 Satz 1 und Absatz 5 Satz 2 wird jeweils die Angabe „§ 137 Abs. 3 Satz 5 SGB V“ durch die Angabe „§ 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V“ ersetzt.
6. In § 8 Absatz 1 Satz 3 wird die Angabe „§ 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V“ durch die Angabe „§ 137 Absatz 1 SGB V“ ersetzt.
7. Nach § 9 wird folgende Anlagenübersicht ergänzt:
- „Anlagenübersicht
Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts
Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung
Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten
Anhang 3 zu Anlage 1: Qualitätsindikatoren aus den Verfahren gemäß QSKH-RL
Anlage 2: Annahmestelle und Datenlieferverfahren
Anlage 3: Verfahren zur Erstellung der Liste nach § 8 Absatz 1
Anhang zu Anlage 3: Stellungnahme-Formular für die Berichtsjahre 2013 und 2014“
- II. Für das Berichtsjahr 2015 wird eine Anlage 1 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser gemäß **Anlage 1** zum Beschluss gefasst.
- III. Für das Berichtsjahr 2015 wird ein Anhang 2 zu Anlage 1 (Auswahllisten) der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser gemäß **Anlage 2** zum Beschluss gefasst.
- IV. Die Änderung der Regelungen tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 17. März 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage 1 Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2015

Inhalt

Allgemeine Hinweise	4
1. Erläuterungen zur Berichterstellung	4
2. Umfang und Format des Qualitätsberichts	5
3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts	5
Einleitung des Qualitätsberichts	8
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	8
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	8
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	9
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	9
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	9
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	9
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	10
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	10
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	11
A-8.1 Forschung und akademische Lehre	11
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	11
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	11
A-10 Gesamtfallzahlen	11
A-11 Personal des Krankenhauses	12
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen.....	13
A-11.2 Pflegepersonal	14
A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.....	14
A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal.....	15
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung.....	15
A-12.1 Qualitätsmanagement	15
A-12.1.1 Verantwortliche Person	15
A-12.1.2 Lenkungsgremium.....	16
A-12.2 Klinisches Risikomanagement.....	16
A-12.2.1 Verantwortliche Person	16

A-12.2.2	Lenkungsgremium.....	16
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	17
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems	17
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.....	17
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	18
A-12.3.1	Hygienepersonal	18
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene	19
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen.....	19
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie	20
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	20
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	21
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	22
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	22
A-13	Besondere apparative Ausstattung	23
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	24
B-[X].1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	24
B-[X].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen.....	24
B-[X].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	25
B-[X].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	25
B-[X].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	25
B-[X].6	Hauptdiagnosen nach ICD	26
B-[X].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	26
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	27
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.).....	28
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	28
B-[X].11	Personelle Ausstattung	28
B-[X].11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	29
B-[X].11.2	Pflegepersonal	30
B-[X].11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik.....	32
C	Qualitätssicherung	33
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	33
C-1.1.[Y]	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate.....	34

C-1.2.[Z]	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL	36
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.)	41
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V (a.F.).....	41
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	41
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V	42
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.).....	43
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.)	43

Allgemeine Hinweise

In diesem Dokument werden Inhalte, Umfang und Datenformat des strukturierten Qualitätsberichts nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.) beschrieben.

Sofern keine Aussagen zur Darstellung bestimmter Inhalte des Qualitätsberichts gemacht werden, liegt die Darstellung im Ermessen des Bericht erstattenden Krankenhauses.

1. Erläuterungen zur Berichterstellung

Benennung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht trägt die Bezeichnung „Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.) über das Berichtsjahr [JJJJ]“ (jeweiliges Berichtsjahr). Das Datum der Erstellung ist aufzuführen.

Betroffene Krankenhäuser

Entsprechend § 2 Absatz 2 sind diese Regelungen von allen nach § 108 SGB V (a.F.) zugelassenen Krankenhäusern für die Erstellung des Qualitätsberichts anzuwenden, und zwar unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder Einrichtungen handelt, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) mit DRG, nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) oder dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-System) abrechnen.

Krankenhäuser mit mehreren Standorten

Der Qualitätsbericht ist von einem Krankenhaus zu erstellen und nicht beispielsweise von einer Trägerschaft gemeinsam für mehrere Krankenhäuser. Bei einem nach § 108 SGB V (a.F.) zugelassenen Krankenhaus mit einem nach Standorten differenzierten Versorgungsauftrag ist ein vollständiger standortspezifischer Qualitätsbericht je Standort (Standortbericht) sowie zusätzlich ein Gesamtbericht über alle Standorte (Gesamtbericht) zu erstellen und zu übermitteln.

Der Gesamtbericht ist dabei die Zusammenfassung aller Standortberichte und hat entsprechend die Daten aller Standortberichte mit einzubeziehen.

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 dem Berichtsjahr folgenden Jahres 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.

2. Umfang und Format des Qualitätsberichts

Format

Der Qualitätsbericht ist in einem maschinenverwertbaren standardisierten Datensatzformat gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben zu erstellen.

Der Vermerk „[Version für die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen]“ kennzeichnet die Berichtsteile, die separat von den nach QSKH-RL (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern) 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 Strukturierten Dialogs (gemäß QSKH-RL) tabellarisch an das Krankenhaus zur Fehlerprüfung und Kommentierung.

Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung erfolgen an die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahres. Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen übermitteln in der Zeit vom 15. November bis 15. Dezember des Erstellungsjahres krankenhausesbezogen die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben. Zusätzlich übermitteln die beauftragten Stellen eine Kopie der Daten an das Krankenhaus.

Anforderungen zum Datenschutz

Aus Datenschutzgründen werden Häufigkeiten <4, die sich aus Zahlen mit Patientenbezug ergeben (z. B. OPS-Anzahl, Fallzahl pro Leistungsbereich), mit „<4“ angegeben. Die Angaben von Standorten, die diesen Tatbestand erfüllen, sind in der Summenbildung für den Gesamtbericht des Krankenhauses nicht zu berücksichtigen. In diesem Fall ist im Gesamtbericht zusätzlich zu dieser Summe ein „+ <4“ anzugeben.

Zu einigen Kapiteln (z. B. C-1.2, C-4) sind spezifische Anforderungen zum Datenschutz vorgegeben.

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

3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts

Gliederung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht besteht aus drei 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.

Pflichtangaben versus freiwillige Angaben

Die Anforderungen gemäß der vorliegenden Anlage 1 zu den Regelungen gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.) über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V (a.F.) zugelassene Krankenhäuser sind als Mindestanforderungen zu verstehen. Bei darüber hinausgehenden freiwilligen Angaben ist

darauf zu achten, dass die jeweiligen Zeichenbegrenzungen nicht überschritten werden. Für freiwillige Angaben stehen die Felder „Kommentar/Erläuterung“ zur Verfügung.

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 Mindestmengenregelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V).

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-5, A-6) sind im Anhang 2 Auswahllisten vorgegeben. Die Auswahllisten dienen durch die Verwendung standardisierter Informationen der besseren Vergleichbarkeit und Auffindbarkeit der relevanten Informationen in den Qualitätsberichten.

Kontaktdaten

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Angabe von personen- oder standortbezogenen Kontaktdaten sind sie standardisiert zu erfassen.

Das heißt im Einzelnen:

„Kontakt | Person lang“ enthält:

- Name
- Vorname
- Titel (freiwillig)
- Funktion / Arbeitsschwerpunkt
- Telefon
- Telefax (freiwillig)
- E-Mail

„Kontakt | Person kurz“ enthält:

- Name
- Vorname
- Titel (freiwillig)
- Funktion / Arbeitsschwerpunkt
- Telefon(freiwillig)
- Telefax (freiwillig)
- E-Mail (freiwillig)

„Kontakt | Adresse“ enthält:

- Straße
- Hausnummer (freiwillig)

alternativ: Postfach (freiwillig)

- Adresszusatz (freiwillig)
- Postleitzahl
- Ort

„Kontakt | Zugang“ enthält:

- Straße
- Hausnummer
- Postleitzahl

- Ort
- Adress-Link (freiwillig)

In der folgenden Beschreibung der Inhalte werden entsprechend nur noch die Kurzformen angegeben:

„Kontakt | Person lang“

„Kontakt | Person kurz“

„Kontakt | Adresse“

„Kontakt | Zugang“

Einleitung des Qualitätsberichts

Hier sind folgende Angaben zu machen:

- Datum der Erstellung des Berichts
- Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML
- Verwendete Software mit Versionsangabe
- Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person: [„Kontakt | Person lang“]
- Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person: Krankenhausleitung, vertreten durch [„Kontakt | Person lang“]
- Weiterführende Links (z. B. zur Internetseite des Krankenhauses, zu Broschüren, Unternehmensberichten), sofern diese nicht an geeigneter Stelle im Qualitätsbericht eingefügt werden können (freiwillig)

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hier müssen vollständige Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden.

Verpflichtend sind folgende Kontaktdaten anzugeben:

I. Angaben zum Krankenhaus

Diese Angaben beziehen sich auf das Krankenhaus und sind in jedem Qualitätsbericht zu machen.

1. Name und Hausanschrift des Krankenhauses [„Kontakt | Zugang“]; zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt | Adresse“]
2. Institutionskennzeichen
 - a. Institutionskennzeichen des Berichtsjahres

Hier ist das Institutionskennzeichen des Berichtsjahres anzugeben, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle als auch bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wurde. Liefert das Krankenhaus keine Daten für die externe vergleichende Qualitätssicherung, ist nur darauf zu achten, dass an dieser Stelle dasselbe Institutionskennzeichen angegeben wird, welches als Identifikation bei der Annahmestelle verwendet wird.
 - b. Weitere relevante Institutionskennzeichen

Hier können weitere, z. B. aktuellere Institutionskennzeichen angegeben werden.
3. Standortnummer

Bei Krankenhäusern mit nur einem Standort ist die Ziffer 00 anzugeben.
Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist die Ziffer 99 anzugeben.
4. Angaben zur Leitung des Krankenhauses: Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung mit Daten zur Erreichbarkeit [„Kontakt | Person lang“]

Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten zusätzlich:

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

1. Name und Hausanschrift des Krankenhausstandorts [„Kontakt | Zugang“]; zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt | Adresse“]
2. Institutionskennzeichen
3. Standortnummer

Hier ist die interne laufende Nummer des Standortes, auf den sich der Qualitätsbericht bezieht, anzugeben, beginnend mit der Ziffer 01. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2014 bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.

4. Angaben zur Leitung des Krankenhausstandorts: Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung mit Daten zur Erreichbarkeit [„Kontakt | Person lang“]

III. Gesamtbericht

Im Gesamtbericht eines Krankenhauses über mehrere Standorte sind zusätzlich die Kontaktdaten aller Standorte anzugeben.

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Hier ist der Name des Krankenhausträgers und die Art der Trägerschaft anzugeben: freigemeinnützig, öffentlich oder privat. Lässt sich der Krankenhausträger mit diesen Kategorien nicht fassen, ist die Art des Trägers (ebenso wie der Name) als Freitext anzugeben.

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

(nur wenn zutreffend)

Hier gibt das Krankenhaus an, ob es Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus ist.

Ein akademisches Lehrkrankenhaus muss zusätzlich die zugehörige Universität (Name, Ort) angeben.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

(nur wenn zutreffend)

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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Bei den Angaben zu medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten liegt der Schwerpunkt auf den nicht-ärztlichen Leistungen. Es sind alle medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen. Basis der Angaben bildet die Auswahlliste „Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote“ (A-5) des Anhangs 2. Dort sind die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zu jedem medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind auf maximal 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Angaben zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten werden – sofern vorhanden – für das gesamte Krankenhaus (allgemein) gemacht. Sie werden aus der Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ (A-6) des Anhangs 2 mit den dort aufgeführten verpflichtenden Zusatzangaben übernommen.

So ist beispielsweise unter der Schlüsselnummer NM66 „Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)“ zusätzlich anzugeben, welches konkrete Angebot (z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche) vorgehalten wird.

Eventuelle Preisangaben beziehen sich jeweils auf den Stichtag 1. Oktober des Erstellungsjahres.

Die Auswahlliste sieht bei bestimmten Leistungsangeboten verpflichtende Zusatzangaben vor. Darüber hinaus können ergänzende Angaben (z. B. zur Anzahl der jeweiligen Patientenzimmer oder über relevante Internetseiten des Krankenhauses) gemacht werden. Zusatzangaben und weitergehende Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	vegane Küche	Rezepte auf Webseite

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Angaben zur Barrierefreiheit können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Unter A-7 sind nur die übergreifend verwirklichten Elemente der Barrierefreiheit für das gesamte Krankenhaus darzustellen. Dies bedeutet, dass all diejenigen Elemente der Barrierefreiheit, die schon unter A-7 angegeben werden, nicht unter B-[X].4 wiederholt werden dürfen.

Die Angaben sind aus der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (A-7 und B-[X].4) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Wenn die genannten Aspekte der Barrierefreiheit nicht umfassend, sondern nur eingeschränkt verwirklicht sind, ist dies verpflichtend zu kommentieren.

„Besondere personelle Unterstützung“ ist dann anzugeben, wenn das Pflegepersonal besondere Weiterbildungen im Umgang mit Menschen mit Demenz, geistigen Behinderungen oder Mobilitätseinschränkungen hat. In diesem Fall ist zu erläutern, auf welches Personal sich die Angabe bezieht.

Dolmetscherdienste sind nur dann anzugeben, wenn es eine vertragliche Beziehung zu einem gewerblichen Dolmetscher oder einer gewerblichen Dolmetscherin gibt. Hier und bei „Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachliches Personal“ ist aufzuführen, auf welche Sprachen sich die Angabe bezieht.

Neben den genannten verpflichtenden Konkretisierungen können zu jedem Aspekt der Barrierefreiheit ergänzende Angaben gemacht werden. Diese Kommentare sind auf jeweils 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar
BF01	Beschriftung von Zimmern in Blindenschrift	Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Werden Angaben zur Forschung und akademischen Lehre gemacht, sind die entsprechenden Inhalte aus der Auswahlliste „Forschung und akademische Lehre“ (A-8.1) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zu jeder Nennung können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Werden Angaben zum Ausbildungsangebot gemacht, sind aus der Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (A-8.2) des Anhangs 2 die entsprechenden Heilberufe auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zu jedem Heilberuf können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Hier gibt das Krankenhaus die Anzahl der Akut-Betten nach §§ 108, 109 SGB V (a.F.) zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres an.

Reha-Betten werden nicht berücksichtigt.

A-10 Gesamtfallzahlen

Anzugeben sind:

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

- a) Vollstationäre Fallzahl
- b) Teilstationäre Fallzahl
- c) Ambulante Fallzahl

Die Angabe der vollstationären und teilstationären Fälle ist verpflichtend. Die Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle muss > 0 sein (SUMME aus a, b, c) Für die Regelung zur Fallzählung werden die gesetzlichen Vorgaben und Bundesvereinbarungen zu den Abrechnungsbestimmungen zugrunde gelegt:

Zählung der voll- und teilstationären Fälle:

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung der voll- und teilstationären Fälle nach § 8 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) des jeweiligen Berichtsjahres.

Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres 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 im Anwendungsbereich der Bundespflege-satzverordnung, die nicht das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-System) nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), sondern die Bundespflegesatzverordnung mit Stand vom 31. Dezember 2012 (BPfIV a. F.) anwenden, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPfIV a. F.). Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die das PEPP-System anwenden, richtet sich die Fallzählung nach § 1 Absatz 5 der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) des jeweiligen Berichtsjahres.

Nach § 3 Absatz 3 PEPPV haben Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der BPfIV und dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, bei internen Verlegungen zwischen den Geltungsbereichen eine getrennte Abrechnung der Fälle vorzunehmen und sie damit jeweils als eigenständige Fälle zu zählen.

Zählung der ambulanten Fälle:

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.

Es wird die Fallzählweise verwendet. Dabei wird jeder ambulante Kontakt eines Patienten oder einer Patientin mit den Organisationseinheiten/Fachabteilungen eines Krankenhauses gezählt.

A-11 Personal des Krankenhauses

Hier gibt das Krankenhaus seine personelle Ausstattung als Vollkräfte umgerechnet auf den Jahresdurchschnitt an.

Grundsätzlich folgt die Berechnung des Personals in den Berichtsteilen A und B den nachfolgenden Regeln.

Die Gesamtzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ergibt sich aus der Summe der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Teilzeitkräfte, der umgerechneten kurzfristig oder geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer, Arbeitnehmerinnen und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tariflicher Arbeitszeit eingesetzt waren. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung mit einbezogen.

Es wird nur das Personal, welches in der Patientenversorgung tätig ist, gezählt. Dazu gehören neben dem ärztlichen, pflegerischen und psychologischen/psychotherapeutischen Personal insbesondere der medizinisch-technische Dienst und der Funktionsdienst. Nicht dazu gehören Personen, die ausschließlich administrativ und organisatorisch tätig sind und nicht unmittelbar oder mittelbar in die Diagnostik und Therapie der im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten eingebunden sind und nicht mit der Heilbehandlung und Be-

kämpfung von Krankheiten praktisch befasst sind. Darunter fallen z. B. das Personal in der Verwaltung, Wirtschafts- und Versorgungsdienst und technischer Dienst.

Es werden nur besetzte Stellen gezählt. Tätigkeitsunterbrechungen von mehr als sechs Wochen im Berichtsjahr durch z. B. Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit u.ä. werden nicht einberechnet.

Die maßgeblichen wöchentlichen tariflichen Arbeitszeiten für das in der Patientenversorgung tätige Personal (ärztliches und Pflegepersonal) werden nachrichtlich angegeben.

Die Kosten für nicht fest angestelltes Personal werden in durchschnittlich eingesetztes Personal umgerechnet und gesondert ausgewiesen. Sie werden nach den gleichen Regeln wie die hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen in Vollkräften im Jahresdurchschnitt umgerechnet. Nichthauptamtliche Ärzte und Ärztinnen (Beleg- und Konsiliarärzte) sind nicht einzubeziehen. Analog werden das nicht fest angestellte Pflegepersonal und sonstige Personalzahlen nicht fest angestellter Personen umgerechnet.

Berufsgruppen, wie Belegärzte und Beleghebammen, für die kein Zeitäquivalent in Vollkräften errechnet wird, werden als Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres gezählt.

Personal aus einem Personal-Pool, welches fachabteilungs- und oder stationsübergreifend eingesetzt wird, und weiteres Personal, wie z. B. aus Intensivstationen, Ambulanzen, OP-Personal, Funktionspersonal, Radiologie etc., welches nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet ist oder zugeordnet werden kann, ist gesondert auszuweisen.

Die Erfassung des Personals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Ambulanzpersonal wird, sofern es eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet werden kann, bei dieser gezählt.

Die Gesamtzahl der Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl der Vollkräfte aller Organisationseinheiten/Fachabteilungen (B-[X].11) addiert mit der Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen. Dies gilt nur für die in Kapitel A-11.1 bis A-11.3 anzugebenden Berufsgruppen.

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzugeben ist die Zahl der:

- Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften
- davon Fachärzte und Fachärztinnen in Vollkräften
- Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Ärzte und Ärztinnen sowie Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Belegärzte und Belegärztinnen sind für jeden Standort anzugeben, an dem sie tätig sind. Im Gesamtbericht kann daher die Anzahl der Belegärzte und Belegärztinnen von der Summe der Anzahl der Belegärzte und Belegärztinnen der Standorte abweichen.

Die Erfassung des ärztlichen Personals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Die Gesamtzahl der ärztlichen Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl der ärztlichen Vollkräfte aller Abteilungen (B-[X].11.1) addiert mit der Anzahl ärztlicher Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen.

Zu jeder Angabe können Konkretisierungen vorgenommen werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Angaben zu weiteren ärztlichen Abschlüssen und Zusatzqualifikationen können fachabteilungsbezogen in B-[X].11.1 gemacht werden.

A-11.2 Pflegepersonal

Die pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind nur einmal mit ihrer jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen.

Anzugeben ist die Zahl der:

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften
- Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen sind für jeden Standort anzugeben, an dem sie tätig sind. Im Gesamtbericht kann daher die Anzahl der Belegentbindungspfleger und Beleghebammen von der Summe der Anzahl der Entbindungspfleger und Hebammen der Standorte abweichen.

Die Anzahl des Pflegepersonals, welches keiner Fachabteilung zuzuordnen ist, ist gesondert anzugeben.

Die Erfassung des Pflegepersonals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Die Gesamtzahl der pflegerischen Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl der pflegerischen Vollkräfte aller Abteilungen (B-[X].11.2) addiert mit der Anzahl pflegerischer Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen.

Zu jeder Angabe können Konkretisierungen vorgenommen werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Weitere Angaben zu Abschlüssen und Zusatzqualifikationen können fachabteilungsbezogen unter B-[X].11.2 gemacht werden.

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Zusätzlich zu den Angaben zum gesamten speziellen therapeutischen Personal unter A-11.4 ist für alle psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen das therapeutische Personal als Vollkräfte im Jahresdurchschnitt anzugeben.

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind nur einmal entsprechend der jeweils höchsten Qualifikation zuzuordnen.

Anzugeben ist die Zahl der:

- Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen
- Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen
- Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen
- Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)
- Ergotherapeuten
- Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Die Berufsbezeichnungen mit Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen orientieren sich an den gesetzlichen Vorgaben sowie an den Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern in der im jeweiligen Berichtsjahr gültigen Fassung.

Unter „Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin“ sind nur Psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen, die über eine von einer Landespsychotherapeutenkammer anerkannte abgeschlossene Zusatzweiterbildung in Klinischer Neuropsychologie verfügen, einzutragen. Fachkundenachweise, andere Fort- und Weiterbildungskurse etc. sollen hier nicht abgebildet werden. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Berufsbezeichnungen) sollen sinngemäß zugeordnet werden.

Die Erfassung des psychologischen/psychotherapeutischen Personals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Zu jeder Berufsgruppe können Ergänzungen zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Die hier ausgewiesene Gesamtzahl der psychologischen/psychotherapeutischen Vollkräfte muss der Summe der psychologischen/psychotherapeutischen Vollkräfte aller psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilungen (B-[X].11.3) entsprechen.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Die entsprechenden Personalqualifikationen sind aus der Auswahlliste „spezielles therapeutisches Personal“ (A-11.4) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Anzugeben ist jeweils die Anzahl in Vollkräften im Jahresdurchschnitt.

Unter A-11.4 ist das unter A-11.3 erfasste Personal ebenfalls zu zählen.

Der Schwerpunkt soll dabei auf Berufsgruppen liegen, die direkt an der Therapie beteiligt sind.

Zu jeder Berufsgruppe des therapeutischen Personals können Ergänzungen zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Hier sind die Kontaktdaten der für das zentrale einrichtungsinterne Qualitätsmanagement verantwortlichen Person anzugeben [„Kontakt | Person lang“].

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Darüber hinaus ist anzugeben, ob es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe gibt, die sich regelmäßig zum Thema austauscht.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)

- Tagungsfrequenz des Gremiums

Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

Klinisches Risikomanagement beschreibt die Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten, die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in einem Krankenhaus unterstützen, medizinische / pflegerische / therapeutische Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen und zu bewältigen. In diesem Abschnitt sind entsprechend verantwortliche Personen, Instrumente sowie patienten- bzw. hygienebezogene Maßnahmen zu benennen.

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Hier ist die für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person anzugeben.

Auswahloptionen: entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement; eigenständige Position für Risikomanagement; keine Person benannt

Ist das Qualitätsmanagement gemäß Stellen- bzw. Aufgabenprofil auch für das klinische Risikomanagement verantwortlich, werden die Kontaktdaten durch die Software aus A-12.1.1 übernommen.

Handelt es sich um eine eigenständige Position, sind die entsprechenden Kontaktdaten anzugeben [„Kontakt | Person lang“].

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Darüber hinaus ist anzugeben, ob es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe gibt, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht.

Auswahloptionen: ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement; ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement; nein

Wird „ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement“ ausgewählt, ist zusätzlich anzugeben:

- Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)

- Tagungsfrequenz des Gremiums

Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz

Entspricht das Gremium dem des Qualitätsmanagements, werden die entsprechenden Daten durch die Software aus A-12.1.2 übernommen.

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Die Angaben zu den Instrumenten und Maßnahmen des klinischen Risikomanagements sind aus der Auswahlliste [A-12.2.3] des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben - um die jeweils aufgeführten verpflichtenden Zusatzangaben zu ergänzen.

Grundlage der dort gelisteten Instrumente und Maßnahmen des klinischen Risikomanagements sind anerkannte Expertenstandards bzw. Leitlinien und Handlungsempfehlungen von relevanten nationalen (z. B. Aktionsbündnis Patientensicherheit) oder internationalen Fachgesellschaften. Diese werden an die Besonderheiten der eigenen Organisation angepasst, schriftlich dokumentiert, an die beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen kommuniziert, regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

Die Umsetzung erfolgt in der Regel über Verfahrensbeschreibungen bzw. Standard Operating Procedures (SOP), die einzeln erstellt oder in einer übergreifenden, elektronischen oder papierbasierten QM- bzw. RM-Dokumentation zusammengefasst werden. Um die risikominimierenden Aktivitäten einer Einrichtung möglichst konkret abzubilden, gibt es die Möglichkeit, diese entweder als einzelne Maßnahme oder als Bestandteil einer QM/RM-Gesamtdokumentation anzugeben. Voraussetzung für die Angabe als Teil einer Gesamtdokumentation ist die Auswahl „Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation liegt vor“ mit der Angabe des Namens und letzten Aktualisierungsdatums. Diese Werte werden – wählt man bei den Zusatzangaben die Option „Teil der QM/RM-Dokumentation“ - entsprechend durch die Software übertragen.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems

Hier ist anzugeben, ob in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt wird.
Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums
Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz
- Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Diese Angaben sind auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Weitere Angaben zum „Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems“ sind aus der gleichnamigen Auswahlliste [A-12.2.3.1] des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben - um die dort aufgeführten verpflichtenden Zusatzangaben zu ergänzen.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Hier ist anzugeben, ob das Krankenhaus zusätzlich zum internen Fehlermeldesystem auch ein einrichtungsübergreifendes (Critical Incident Reporting System/CIRS) nutzt. Einrichtungsübergreifend bedeutet die aktive Beteiligung an einem Fehlermeldesystem, in dem sowohl die anonymisierten Meldungen als auch die fachlichen Bewertungen öffentlich zugänglich sind (Beispiel CIRSmedical). Dies kann geografisch und/oder fachlich organisiert sein.

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Angabe des genutzten Systems gemäß Auswahlliste A-12-2.3.2 des Anhangs 2. Nimmt eine Einrichtung an verschiedenen (z. B. fachlich spezialisierten) Systemen teil, können mehrere angegeben werden.
- Ist das eingesetzte System nicht in der Auswahlliste enthalten, kann es unter „Sonstiges“ frei angegeben werden. Diese Angaben sind auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Darüber hinaus ist anzugeben, ob es ein Gremium gibt, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums

Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Anzugeben ist hier die Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die gemäß den Vorgaben der einzelnen Krankenhaushygieneverordnungen der Bundesländer mit der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention betraut sind. Dabei werden auch die landesspezifischen Übergangsvorschriften berücksichtigt. Bei der Veröffentlichung nach § 9 Qb-R ist auf Folgendes hinzuweisen: „Gemäß § 23 Absatz 8 Nummer 3 IfSG gelten bis einschließlich 31. Dezember 2016 Übergangsvorschriften zur Erfüllung der personellen Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und zur Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten.“

- Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen (Anzahl Personen)
- Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen (Anzahl Personen)
- Hygienefachkräfte (HFK) (Anzahl Personen)
- Hygienebeauftragte in der Pflege (Anzahl Personen)

Es ist jeweils die Gesamtzahl der Personen anzugeben, die von Seiten des Krankenhauses beauftragt sind. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die an mehreren Standorten tätig sind, sind auch mehrfach anzugeben. Hier kann die Summe der einzelnen Standorte die Gesamtsumme übersteigen.

Die Aufgaben des Hygienefachpersonals ergeben sich in der Regel direkt aus den einzelnen Krankenhaushygieneverordnungen der Bundesländer. Zur weiteren Orientierung dient die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu „Personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (Stand 2009).

Bei Inanspruchnahme einer Ausnahmeregelung aufgrund einer landesspezifischen Übergangsvorschrift bzw. aufgrund eines in der Verordnung explizit formulierten Bestandsschutzes ist ein entsprechender Hinweis aufzunehmen. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Darüber hinaus ist anzugeben, ob eine Hygienekommission eingerichtet wurde:

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Angabe des oder der Kommissionsvorsitzenden [„Kontakt | Person kurz“]
- Tagungsfrequenz des Gremiums

Auswahloptionen: monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Hier ist anzugeben, welche hygienebezogenen Maßnahmen zur Risikoreduktion, zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur Reduzierung von Infektionen im Krankenhaus ergriffen werden. Die Angaben beziehen sich dabei auf standortspezifische, fachabteilungsübergreifende Standards, die für den gesamten Standort des Berichts gelten. Diese Standards können ggf. durch fachabteilungsspezifische oder auch einzelne fachabteilungsübergreifende Standards ergänzt werden. Bei den einzelnen Maßnahmen ist nur dann „ja“ anzugeben, wenn die jeweiligen Standards mit den entsprechenden Dokumenten für alle betreffenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einfach verfügbar und ganzjährig in Kraft waren. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Standards, Arbeitsanweisungen oder hausinterne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden. Dabei ist es unerheblich, ob das jeweilige Dokument elektronisch oder in gedruckter Form zur Verfügung steht.

Der Ärztliche Direktor oder die Ärztliche Direktorin ist als Teil der Geschäftsführung anzusehen.

Die Maßnahmen im Einzelnen:

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor.

Werden am Standort keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, ist „trifft nicht zu“ anzugeben.

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

Wenn ja:

Der Standard thematisiert insbesondere

- a) Hygienische Händedesinfektion
- b) Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum
- c) Beachtung der Einwirkzeit
- d) Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:
 - sterile Handschuhe
 - steriler Kittel
 - Kopfhaube
 - Mund-Nasen-Schutz
 - steriles Abdecktuch

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahloptionen: ja; nein

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie

Die Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie dürfen in einer gemeinsamen internen Leitlinie geregelt sein. Als Orientierung können die Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und insbesondere Kapitel 2.1 der S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ (2013) der Paul-Ehrlich-Gesellschaft oder die Empfehlungen einer Expertenkommission der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e. V. zur „Perioperative Antibiotika-Prophylaxe“ (2010) dienen. Aktualisierungen berücksichtigen neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der auftretenden Infektionserreger (NI), des Antibiotikaverbrauchs und der Resistenzlage (siehe IfSG und Länder-Hygieneverordnungen).

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.

Auswahloptionen: ja; nein

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

1. Der Standard thematisiert insbesondere:

- a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe
- b) Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)
- c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

2. Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

3. Die standardisierte Antibiotikaprofylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft.

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Der interne Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel soll sich sowohl auf chronische, als auch auf traumatische und postoperative Wunden erstrecken und die einrichtungsindividuellen Besonderheiten berücksichtigen.

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor.
Wird am Standort keine Wundversorgung durchgeführt, ist „trifft nicht zu“ anzugeben.

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

- a) Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)
- b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))
- c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden
- d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage
- e) Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Hier ist der Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln in Millilitern pro Patiententag anzugeben.

Die Erhebung orientiert sich am Erhebungsprotokoll von HAND-KISS (www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/hand-kiss/).

Als Patiententage zählen im DRG-System die Belegungstage auf den Stationen. Ein Patiententag wird folgendermaßen definiert: Der Aufnahmetag zählt als 1. Patiententag; der Entlassungstag wird nicht mehr gezählt.

Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station ist die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmitteln anzugeben. Eine Inventur am Jahresende mit Bestimmung der Rest-Lagermenge auf Station ist nicht erforderlich.

Als Intensivstation zählen alle Bereiche mit „Betten zur intensivmedizinischen Versorgung“. Zur Abgrenzung einer Station von Einzelbetten ist es erforderlich, dass eine eigene interne Kostenstelle für diesen Bereich geführt wird, die es u.a. erlaubt, die Bestell-/Liefermenge des Händedesinfektionsmittels aus der Abrechnung zu identifizieren.

Knochenmarktransplantationsstationen werden den Intensivstationen zugeordnet.

Aufwachbereiche/-stationen oder Intermediate Care Stationen (Stroke Unit, o.a.) zählen als Allgemeinstationen.

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen
Einheit: ml/Patiententag
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen

Einheit: ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen.
Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).

Auswahloptionen: ja; nein

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden)

Auswahloptionen: ja; nein

Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Zusätzliche Angaben sind aus der Auswahlliste „Weitere Informationen zur Hygiene“ (A-12.3.2) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Soweit in der Auswahlliste vorgesehen, sind zusätzliche Angaben zur Durchführung der entsprechenden Maßnahme zu machen. Zusätzlich können zu jedem Aspekt freiwillige Erläuterungen ergänzt werden. Diese Kommentare sind auf jeweils 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Hier erfolgen Angaben zum Lob- und Beschwerdemanagement:

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).

Auswahloptionen: ja; nein

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.

Auswahloptionen: ja; nein

Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. [Kontakt | Person lang] und Link zum Bericht (optional)

Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. [Kontakt | Person lang]

Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden

Auswahloptionen: ja; nein

Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

Zu jedem dieser Aspekte können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Hier erfolgt die Darstellung der besonderen Geräteausstattung der Einrichtung auf Basis der Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung“ (A-13) des Anhangs 2. Dort sind die entsprechenden Geräte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer und umgangssprachlichen Bezeichnung in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

In der Auswahlliste ist jedes Gerät mit einem „X“ markiert, für das Angaben zur 24 h-Notfallverfügbarkeit zu machen sind. Bei Auswahl eines solchen Gerätes ist die Zusatzangabe verpflichtend, ob es auch tatsächlich 24 h zur Verfügung steht (Ja/Nein).

Der Schwerpunkt liegt auf Geräten, die nicht zur üblichen apparativen Ausstattung eines Krankenhauses gehören. 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 Kommentar aufzunehmen.

Zu jedem Gerät können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

Nr.	Vorhandene Geräte (X=Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzangabe: 24 h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja/Nein	
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin		in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Die Organisationseinheiten/Fachabteilungen sind jeweils komplett gemäß nachfolgender Gliederung darzustellen und fortlaufend zu nummerieren. Die Darstellung nicht bettenführender Abteilungen ist ebenfalls möglich. Der Begriff „Organisationseinheit/Fachabteilung“ ist durch den entsprechenden krankenhausindividuellen Namen der Organisationseinheit/Fachabteilung zu ersetzen.

Die Organisationseinheit/Fachabteilung ist anhand von Fachabteilungsschlüsseln gemäß § 301 SGB V (a.F.) darzustellen. Zur Darstellung des tatsächlichen Fachspektrums der Organisationseinheit/Fachabteilung ist die Nennung mehrerer Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V (a.F.) möglich.

Pro Organisationseinheit/Fachabteilung ist mindestens ein Schlüssel nach § 301 SGB V (a.F.) 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 (a.F.) (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 (a.F.) für mehrere Organisationseinheiten/Fachabteilungen eines Krankenhauses möglich. Wenn der Organisationseinheit/Fachabteilung kein spezifischer Schlüssel nach § 301 SGB V (a.F.) zu Abrechnungszwecken zugeordnet wurde, ist als Schlüssel 3700 „Sonstige Fachabteilung“ oder ein dem Fachspektrum der Organisationseinheit/Fachabteilung entsprechender Schlüssel nach § 301 SGB V (a.F.) anzugeben.

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

Fachabteilungsschlüssel (mindestens ein Schlüssel / vierstellig)

Name des Chefarztes oder der Chefarztin [„Kontakt | Person lang“] und [„Kontakt | Zugang“]

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

Auswahloptionen:

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

B-[X].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Hier ist verpflichtend anzugeben, ob sich das Krankenhaus bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 136a SGB V (a.F.) hält.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Vereinbarung geschlossen

Bei „nein“ sind die Leistungen, Leistungskomplexe oder Leistungsaggregationen oder Case-Mix-Volumina, für die leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden, als Freitext allgemeinverständlich anzugeben.

Wichtig ist vor allem die Angabe von Operationen/Eingriffen oder Leistungen, für die finanzielle Anreize vereinbart wurden, da diese die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen beeinflussen können.

Zu jeder leistungsbezogenen Zielvereinbarung können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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

An dieser Stelle sind die fachabteilungsbezogenen medizinischen Leistungsangebote der jeweiligen Organisationseinheit/Fachabteilung darzustellen. Hierzu sind aus der Auswahlliste B-[X].3 in Anhang 2 die zutreffenden medizinischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Dabei können die Nummern für „Sonstiges“ (z. B. VR00) mehrfach angegeben werden, um zusätzliche fachabteilungsbezogene medizinische Leistungsangebote darzustellen.

Zu jedem Versorgungsschwerpunkt können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 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].3, ihre individuellen Versorgungsschwerpunkte auswählen.

B-[X].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Angaben zur Barrierefreiheit können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Hier sind nur die Elemente anzugeben, die nicht bereits unter A-7 für das gesamte Krankenhaus dargestellt wurden. Das bedeutet, die Elemente der Barrierefreiheit, die schon unter A-7 angegeben werden, dürfen nicht unter B-[X].4 wiederholt werden.

Die fachabteilungsspezifischen Angaben sind aus der Auswahlliste zu A-7/B-[X].4 im Anhang 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zu jedem Aspekt der Barrierefreiheit können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind auf jeweils 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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

Angegeben werden müssen:

- a) Vollstationäre Fallzahl
- b) Teilstationäre Fallzahl

Teilstationäre Fälle werden nicht in die Fallzahl der vollstationären Fälle eingerechnet, werden aber gesondert dargestellt. Die Regelung zur Fallzählung basiert auf den gesetzlichen Vorgaben und den Bundesvereinbarungen zu den Abrechnungsbestimmungen.

Zählung der voll- und teilstationären Fälle:

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung der voll- und teil-

stationären Fälle nach § 8 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) des jeweiligen Berichtsjahres.

Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres 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. Bei internen Verlegungen in verschiedene Organisationseinheiten/ Fachabteilungen bzw. der 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 wird.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche im Anwendungsbereich der Bundespflegegesetzverordnung, die nicht das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-System) nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), sondern die Bundespflegegesetzverordnung mit Stand vom 31. Dezember 2012 (BPfIV a. F.) anwenden, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPfIV a. F.). Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die das PEPP-System anwenden, richtet sich die Fallzählung nach § 1 Absatz 5 der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) des jeweiligen Berichtsjahres.

Nach § 3 Absatz 3 PEPPV haben Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der BPfIV und dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, bei internen Verlegungen zwischen den Geltungsbereichen eine getrennte Abrechnung der Fälle vorzunehmen und sie damit jeweils als eigenständige Fälle zu zählen.

B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Hier sind alle Hauptdiagnosen nach ICD-10 mit der jeweiligen Fallzahl anzugeben.

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, sind die Hauptdiagnosen gemäß ICD-10-GM nach den Deutschen Kodierrichtlinien anzugeben. Im 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 der Organisationseinheit/Fachabteilung anzugeben, die den Fall gemäß der Zuordnung der Fallzahlen unter B-[X].5 zählt.

Alle ICD-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind vierstellig (z. B. G20.2) und mit Fallzahl (Zahl > 0) anzugeben. Es ist die jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche ICD-10-GM-Version zu verwenden.

B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Hier sind alle durchgeführten Prozeduren mit ihrer jeweiligen OPS-Ziffer anzugeben. Zu jeder Prozedur ist darzustellen, wie häufig sie im Berichtsjahr durchgeführt wurde. Alle OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind endstellig (z. B. 5-877.2) anzugeben.

Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Organisationseinheiten/Fachabteilungen ist die OPS-Darstellung freiwillig.

Es ist der jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche OPS-Katalog zu verwenden.

Die Häufigkeit einer OPS-Ziffer in einer Fachabteilung ergibt sich daraus, wie oft die entsprechende Prozedur von der Fachabteilung im Berichtsjahr erbracht wurde. Die OPS-Zählung erfolgt demnach immer bei der Fachabteilung, die die Leistung erbracht hat. Dieses Verfah-

ren dient dazu, das tatsächliche Leistungsgeschehen der Fachabteilung möglichst realistisch abzubilden.

Es werden nur die OPS-Ziffern der voll- und teilstationären Fälle berücksichtigt, die auch unter A-10 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.

B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Hier können grundsätzlich alle ambulanten ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten unabhängig von der gesetzlichen oder vertraglichen Grundlage und der Art der Abrechnung dargestellt werden. Die entsprechenden Ambulanzarten sind aus der Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ zu B-[X].8 im Anhang 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Neben der Fach- bzw. Vertragsbezeichnung kann eine kurze alltagssprachliche Bezeichnung der Ambulanz angegeben werden (z. B. Diabetes-Ambulanz oder Schrittmacher-Ambulanz).

Die jeweils ambulant angebotenen Leistungen sind aus der Auswahlliste für die fachabteilungsbezogenen medizinischen Leistungsangebote zu B-[X].3 in Anhang 2 auszuwählen und mit der entsprechenden Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Die Hinweise zu B-[X].3 gelten entsprechend.

Abweichend davon sind die angebotenen Leistungen für die Ambulanzart AM06 „Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V“ aus dem entsprechenden Abschnitt der Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ zu B-[X].8 in Anhang 2 auszuwählen und mit den jeweiligen Nummern anzugeben.

Zu jeder Ambulanzart können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Sofern angebotene Leistungen nicht für alle Patienten und Patientinnen zugänglich sind (z. B. Verträge mit einzelnen Krankenkassen), sollte ein entsprechender Hinweis aufgenommen werden. Krankenhausinterne Konsilleleistungen sind hier nicht anzugeben.

Beispiel:

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung	Nr. der Leistung	Angebote Leistungen	Kommentar
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V (a.F.) bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Diabetes-Ambulanz	VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten	z. B. Diabetes, Schilddrüse
			
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V (a.F.) bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersu-	Schrittmacher-Ambulanz	VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	

	chungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)		
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V (a.F.)		LK03	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose	
...	

Ambulante Operationen sind im Kapitel B-[X].9 darzustellen.

B-[X].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Hier ist die Anzahl der ambulanten Operationen mit der jeweiligen OPS-Ziffer anzugeben. Alle OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind endstellig (z. B. 5-877.2) anzugeben.

Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen/Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig.

Die Häufigkeit 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 in 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 (a.F.) – Ambulantes Operieren und stationäres Operieren 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.

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

Hier soll angegeben werden, ob es in der Organisationseinheit/Fachabteilung eine Zulassung zum D-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft gibt.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja ist anzugeben, ob

- es einen Arzt oder eine Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung gibt und/oder
- eine stationäre BG-Zulassung vorliegt.

B-[X].11 Personelle Ausstattung

Hier gibt das Krankenhaus die personelle Ausstattung der jeweiligen Organisationseinheit/Fachabteilung als Vollkräfte umgerechnet auf den Jahresdurchschnitt an.

Grundsätzlich folgt die Berechnung des Personals in den Berichtsteilen A und B den nachfolgenden Regeln.

Die Gesamtzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ergibt sich aus der Summe der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Teilzeitkräfte, der kurzfristig oder geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer, Arbeitnehmerinnen und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tariflicher Arbeitszeit eingesetzt waren. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung mit einbezogen.

Es wird nur das Personal, welches in der Patientenversorgung tätig ist, gezählt. Dazu gehören neben dem ärztlichen, pflegerischen und psychologischen/psychotherapeutischen Personal insbesondere der medizinisch-technische Dienst und der Funktionsdienst. Nicht dazu gehören Personen, die ausschließlich administrativ und organisatorisch tätig sind und nicht unmittelbar oder mittelbar in die Diagnostik und Therapie der im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten eingebunden sind und nicht mit der Heilbehandlung und Bekämpfung von Krankheiten praktisch befasst sind. Darunter fallen z. B. das Personal in der Verwaltung, Wirtschafts- und Versorgungsdienst und technischer Dienst.

Es werden nur besetzte Stellen gezählt. Tätigkeitsunterbrechungen von mehr als sechs Wochen im Berichtsjahr durch z. B. Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit u.ä. werden nicht einberechnet.

Die maßgeblichen wöchentlichen tariflichen Arbeitszeiten für das in der Patientenversorgung tätige Personal (ärztliches und Pflegepersonal) werden nachrichtlich angegeben.

Die Kosten für nicht fest angestelltes Personal werden in durchschnittlich eingesetztes Personal umgerechnet und gesondert ausgewiesen. Sie werden nach den gleichen Regeln wie die hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt umgerechnet. Nichthauptamtliche Ärzte und Ärztinnen (Beleg- und Konsiliarärzte) sind nicht einzubeziehen. Analog werden das nicht fest angestellte Pflegepersonal und sonstige Personalzahlen nicht fest angestellter Personen umgerechnet.

Berufsgruppen, wie Belegärzte und Beleghebammen, für die kein Zeitäquivalent in Vollkräften errechnet wird, werden als Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres gezählt.

Personal aus einem Personal-Pool, welches fachabteilungs- und oder stationsübergreifend eingesetzt wird, und weiteres Personal, wie z.B. aus Intensivstationen, Ambulanzen, OP-Personal, Funktionspersonal, Radiologie etc., welches nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet ist oder zugeordnet werden kann, wird ausschließlich im A-Teil ausgewiesen.

Die Erfassung des Personals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Ambulanzpersonal wird, sofern es eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet werden kann, bei dieser gezählt.

B-[X].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Hier ist nur das ärztliche Personal zu erfassen, das dieser Abteilung zugeordnet werden kann. Ärztliches Personal, welches nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet ist oder zugeordnet werden kann, ist in A-11.1 Ärzte und Ärztinnen unter A-11.1 „Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind“ zu erfassen. Die Gesamtzahl der ärztlichen Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl der ärztlichen Vollkräfte aller Organisationseinheiten/Fachabteilungen (B-[X].11.1) addiert mit der Anzahl ärztlicher Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen. Es ist sicherzustellen, dass das jeweilige ärztliche Personal nur einmal gezählt wird.

Anzugeben ist die Zahl der:

- Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften
- davon Fachärzte und Fachärztinnen in Vollkräften

- Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Belegärzte und Belegärztinnen sind für jede Organisationseinheit/Fachabteilung/anzugeben, in der sie tätig sind.

Die Erfassung des ärztlichen Personals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Zu jeder Angabe können Konkretisierungen vorgenommen werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Darüber hinaus ist das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen anzugeben.

Zu jeder Angabe können Ergänzungen zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Unter „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ sollen die Facharztqualifikationen und Zusatz-Weiterbildungen gemäß den Auswahllisten zu B-[X].11.1 in Anhang 2 angegeben werden. Die vorliegenden Facharztqualifikationen und Zusatz-Weiterbildungen sind aus diesen Listen auszuwählen und mit ihren Nummern in den Qualitätsbericht zu übernehmen. 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 in der im jeweiligen Berichtsjahr gültigen Fassung) 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.

Beispiele:

- Facharzt oder Fachärztin für Nervenheilkunde ist Facharzt oder Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie = AQ42 + AQ51.
- Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin ist Facharzt oder Fachärztin für Anästhesiologie und Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin = AQ01 + ZF15

Zu jeder Facharztbezeichnung bzw. Zusatz-Weiterbildung können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].11.2 Pflegepersonal

Hier ist nur das Pflegepersonal zu erfassen, das dieser Abteilung zugeordnet werden kann. Pool-Personal, welches fachabteilungs- und oder stationsübergreifend eingesetzt wird und weiteres Personal, wie z. B. aus Intensivstationen, Ambulanzen, OP-Personal, Funktionspersonal, Radiologie, etc. sofern es nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet ist oder zugeordnet werden kann, ist in A-11.2 Pflegepersonal unter A-11.2 Pflegepersonal „Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind“ zu erfassen. Die Gesamtzahl der pflegerischen Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl der pflegerischen Vollkräfte aller Organisationseinheiten/Fachabteilungen (B-[X].11.2) addiert mit der Anzahl pflegerischer Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen.

Die pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind nur einmal mit ihrer jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen. Es ist sicherzustellen, dass jede Vollkraft nur einmal gezählt wird.

Anzugeben ist die Zahl der:

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften
- Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Beleghebammen und –entbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Darüber hinaus ist das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen anzugeben.

Die Erfassung des pflegerischen Personals erfolgt getrennt nach „stationärer Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Sofern der Organisationseinheit/Fachabteilung Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und Krankenpflegehilfe zugeordnet sind, werden diese nicht in die Anzahl der Vollkräfte eingerechnet. Sie können zusätzlich zur jeweiligen Berufsgruppe angegeben werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen können unter „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ 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-11.2 eingetragen werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Unter „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ sollen die pflegebezogenen anerkannten Fachweiterbildungen/zusätzlichen akademischen Abschlüsse und Zusatzqualifikationen, die auf einer pflegerischen Ausbildung beruhen, gemäß den Auswahllisten B-[X].11.2 in Anhang 2 angegeben werden. Die vorliegenden Fachweiterbildungen/zusätzlichen akademischen Abschlüsse und Zusatz-Qualifikationen sind aus diesen Listen auszuwählen und mit ihren Nummern in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Es soll hier nicht die Anzahl der Qualifikationen, sondern nur deren Vorliegen in der Abteilung (als Expertise) angegeben werden.

Zu jeder Fachweiterbildung / jedem zusätzlichen akademischen Abschluss bzw. Zusatzqualifikation können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Für alle psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen ist das therapeutische Personal als Vollkräfte im Jahresdurchschnitt anzugeben. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind nur einmal entsprechend ihrer jeweils höchsten Qualifikation zuzuordnen.

Anzugeben ist die Zahl der:

- Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen in Vollkräften
- Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen in Vollkräften
- Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen in Vollkräften
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in Vollkräften
- Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 PsychThG) in Vollkräften
- Ergotherapeuten in Vollkräften
- Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten in Vollkräften
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen in Vollkräften

Die Erfassung des psychologischen/psychotherapeutischen Personals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Für jede Kategorie sind die Anzahl der Vollkräfte und das Verhältnis von der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung) zu den Vollkräften anzugeben.

Die Berufsbezeichnungen mit Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen orientieren sich an den gesetzlichen Vorgaben sowie an den Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern in der im jeweiligen Berichtsjahr gültigen Fassung.

Unter „Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin“ sind nur Psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen, die über eine von einer Landespsychotherapeutenkammer anerkannte abgeschlossene Zusatzweiterbildung in Klinischer Neuropsychologie verfügen, einzutragen. Fachkundenachweise, andere Fort- und Weiterbildungskurse etc. sollen hier nicht abgebildet werden. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Berufsbezeichnungen) sollen sinngemäß zugeordnet werden.

Zu jeder Berufsgruppe des therapeutischen Personals können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C Qualitätssicherung

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

Hinweis:

Die Übermittlung der Angaben zu C-1.1[Y] und zu C-1.2[Z] für die Qualitätsindikatoren des Anhangs 3 erfolgt direkt durch die nach QSKH-RL auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen. Hierzu stellen sie den Krankenhäusern die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturier-ten Dialogs (gemäß QSKH-RL) zur Fehlerprüfung und Kommentierung zur Verfügung.

Voraussetzung für eine Zusammenführung der C-1-Daten mit den Berichtsteilen A, B und C-2ff., die durch die Krankenhäuser selbst übermittelt werden, ist die Verwendung einheitlicher identifizierender Daten (Institutionskennzeichen und Standortnummer). Um die Übereinstimmung zu gewährleisten, gleichen die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen im Rahmen der Korrekturphase nach Anlage 2 Nummer 5 während des Anmelde- und Registrierungsprozesses die von der Annahmestelle übermittelten Anmeldedaten der Krankenhäuser zur Übermittlung der Qualitätsberichte mit denen aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung ab.

Dazu übermittelt die Annahmestelle folgende Parameter in Form einer Excel-Tabelle:

- Name und Vorname des Ansprechpartners des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts
- Bundesland
- Institutionskennzeichen des Gesamtberichts
- Institutionskennzeichen IST
- Standortnummer IST
- Weitere Institutionskennzeichen
- Krankenhausname
- Krankenhaus Straße und Hausnummer
- Krankenhaus Postleitzahl und Ort
- Telefon des Ansprechpartners
- E-Mail des Ansprechpartners

- Registrierungsdatum

Die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen tragen beobachtete Abweichungen bei Institutionskennzeichen und Standortnummer sowie das Datum der Bearbeitung der Excel-Tabelle in entsprechend markierte Spalten ein. Darüber hinaus gibt es ein Kommentarfeld, in das zusätzlich Freitext eingegeben werden kann. Die so bearbeitete Excel-Tabelle ist fristgerecht an die Annahmestelle zurückzusenden. Diese informiert die betroffenen Krankenhäuser über die Abweichungen und bittet um Prüfung und ggf. Korrektur der Anmelde Daten.

Nur die Krankenhäuser selbst können die notwendigen Korrekturen vornehmen.

Der zeitliche Ablauf dieses Verfahrens wird in Form eines Zeitstrahls auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Angaben zum Krankenhaus bzw. Standort:

- Institutionskennzeichen
- Standortnummer

Diese Angaben dienen der eindeutigen Identifikation des Krankenhauses oder Standortes, zu dem die nachfolgend berichteten Daten gehören.

Hinweis zum Datenschutz:

- Die Vorgaben zum Datenschutz sind erfüllt, wenn die „Grundgesamtheit/Fallzahl“ oder „beobachtete Ereignisse/beobachtet“ zwischen 1 und einschließlich 3 liegen.

C-1.1.[Y] Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Die Übermittlung der Daten zu C-1.1 erfolgt durch die nach QSKH-RL auf Landesebene beauftragten Stellen.

Hier sind die Fallzahlen und Dokumentationsraten für die bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche anzugeben. Dies umfasst auch die Meldung von Fallzahlen =0.

Folgende Anforderungen sind für die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten zu beachten:

- Liegen für ein Krankenhaus keine erbrachten Leistungen in einem der bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche vor (Soll und Ist = 0), ist das Feld „Dokumentationsrate“ leer zu lassen und der Kommentar „In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.“ anzugeben.
- Ist eine Dokumentationsrate nicht berechenbar (Soll = 0 und Ist > 0), ist das Feld „Dokumentationsrate“ leer zu lassen und der Kommentar „Dokumentationsrate nicht berechenbar“ anzugeben.
- Für jedes Krankenhaus mit nur einem Standort wird eine Dokumentationsrate je Leistungsbereich errechnet, die anzugeben ist.

- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, werden in den standortspezifischen Qualitätsberichten je Leistungsbereich standortspezifische Angaben gemacht.
- Im Gesamtbericht eines Krankenhauses über mehrere Standorte ist eine gemeinsame Dokumentationsrate je Leistungsbereich anzugeben.

Die Daten werden wie folgt übermittelt:

- Die Daten sind gemäß „Aufstellung der Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) gemäß § 23 Absatz 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V (a.F.) zugelassene Krankenhäuser gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V (a.F.) i.V. mit § 135a SGB V“ (Meldung zur Sollstatistik) für bundesweit verpflichtende Leistungsbereiche des jeweiligen Berichtsjahres zu übermitteln. Für Leistungsbereiche, für die in der Sollstatistik aufgrund von Überliegern zwei Fallzahlen angegeben werden, ist die Summe aus beiden zu bilden und anzugeben.
- „Leistungsbereich“: Hier ist das Kürzel (Leistungsbereich-ID) und bei Veröffentlichung die jeweils allgemeinverständliche Bezeichnung der Leistungsbereiche aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.
- „Fallzahl“: Hier ist die Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll) anzugeben. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.
- „Dokumentationsrate“: Hier ist die Dokumentationsrate im Leistungsbereich in % anzugeben. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Dokumentationsrate nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen. Aufgrund der Systematik des Verfahrens können Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden.
- „Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses“: Hier ist, soweit vorhanden, der Kommentar des Krankenhauses anzugeben. Die Angaben sind auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL:

1. Für die Herzchirurgie (HCH) und die Pankreas-Nierentransplantation (PNTX) stellen die angegebenen Dokumentationsraten aggregierte Soll- und Ist-Zahlen für mehrere in den Auswertungen weiter differenzierte Leistungsbereiche dar.

Die Ergebnisse in Teil C-1.2 sind entsprechend der folgenden Bereiche differenziert:

- Die Dokumentationsraten der Herzchirurgie beziehen sich auf die Bereiche „Koronarchirurgie, isoliert“, „Aortenklappenchirurgie, isoliert“ und „Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie“.
- Die Dokumentationsraten der Pankreas-Nierentransplantation beziehen sich auf die Bereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation“.
- Für die Leistungsbereiche der Hüft- und Kniegelenksendoprothetik (HEP, KEP) erfolgt eine weitere Differenzierung der Fallzahlen (Soll) für Erstimplantationen („HEP IMP“, „KEP IMP“) und Wechseleingriffe („HEP WE“, „KEP WE“).

- Für die kathetergestützte Implantation von Aortenklappen erfolgt eine differenzierte Darstellung der Fallzahlen (Soll). „Aort Kath Endo“ stellt die Zahl der erbrachten über einen endovaskulären Zugangsweg implantierten Aortenklappen dar. „Aort Kath Trapi“ stellt die Zahl der erbrachten über den transapikalen Zugangsweg implantierten Aortenklappen dar.

C-1.2.[Z] Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

Die Übermittlung der Ergebnisse zu C-1.2 erfolgt durch die nach QSKH-RL auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen. Hierbei werden die Ergebnisse der Leistungsbereiche der direkten Verfahren durch die auf Bundesebene beauftragte Stelle und die Ergebnisse der Leistungsbereiche der indirekten Verfahren durch die auf Landesebene beauftragte Stelle übermittelt. Sofern den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen Daten zu den im Anhang 3 aufgeführten Leistungsbereichen der verpflichtend zu übermittelnden Qualitätsindikatoren (Tabelle A) vorliegen, sind die Ergebnisse der entsprechenden Indikatoren zu übermitteln.

Folgende Fälle sind für die Darstellung der Ergebnisse zu unterscheiden:

Liegen für ein Krankenhaus keine erbrachten Leistungen der bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche vor, erfolgt keine Angabe zu den Ergebnissen.

Liegen für ein Krankenhaus zwar erbrachte Leistungen in einem Leistungsbereich vor, aber keine Fälle zu einem bestimmten Qualitätsindikator, erfolgt für diesen Qualitätsindikator keine Angabe zu „Rechnerisches Ergebnis“, „Vertrauensbereich (Krankenhaus)“, „Entwicklung Rechnerisches Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr“, „beobachtete Ereignisse/ beobachtet“, „erwartete Ereignisse/ erwartet“, „Grundgesamtheit/ Fallzahl“.

Für jedes Krankenhaus mit nur einem Standort wird ein Ergebnis je Qualitätsindikator übermittelt, das anzugeben ist.

Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, für den die Auswertung vorgenommen wurde.

Liegen für ein Krankenhaus oder einen Krankenhausstandort mehrere Ergebnisse je Qualitätsindikator vor (z. B. beim Vorhandensein verschiedener Fachabteilungen / Organisationseinheiten mit eigener Auswertung), ist das entsprechende Ergebnis unter der Auflistung der Auswertungseinheiten anzugeben. Für die Auswertungseinheiten ist eine fortlaufende Nummerierung und eindeutige Benennung anzugeben.

Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte werden im Gesamtbericht die Auswertungen der einzelnen Standorte als Auswertungseinheit aufgeführt.

Die Übermittlung der Qualitätsindikatoren erfolgt gemäß Anhang 1. Dargestellt werden folgende Parameter:

„Leistungsbereich“: Hier ist die Leistungsbereich-ID und bei Veröffentlichungen die allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereiches aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

„Qualitätsindikator“: Hier ist die Indikator-ID und bei Veröffentlichungen die allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

„Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus“: Hier sind alle zum Berichtsjahr verfügbaren Indikatoren mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus als solche zu kennzeichnen.

„Empirisch-statistische Bewertung“: Hier ist die „Statistische Einstufung (Empirie)“ aus dem „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ des Institutes nach § 137a SGB V anzugeben. Dieser wird von dem Institut nach § 137a SGB V jährlich zum 31. März für das Berichtsjahr dem G-BA vorgelegt.

„Einheit“: Hier ist die Einheit des Qualitätsindikators anzugeben. Bei Veröffentlichung soll sie den Werten aus „Rechnerisches Ergebnis“, „Vertrauensbereich (Krankenhaus)“, „Bundesergebnis“, „Vertrauensbereich (Bundesergebnis)“, „Referenzbereich“ zugeordnet werden.

„Rechnerisches Ergebnis“: Hier ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator anzugeben. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt die Angabe entsprechend den Vorgaben zum Datenschutz.

„Vertrauensbereich (Krankenhaus)“: Hier ist der 95 %-Vertrauensbereich des Ergebnisses des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator anzugeben. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt die Angabe entsprechend den Vorgaben zum Datenschutz.

„Entwicklung Rechnerisches Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr“: Hier ist anzugeben, ob sich das Ergebnis statistisch signifikant gegenüber dem Ergebnis des vorherigen Berichtsjahres "verbessert" oder "verschlechtert" hat, ob es "unverändert" oder "eingeschränkt/nicht vergleichbar" ist. Ein statistisch signifikanter Unterschied liegt vor, wenn sich die Vertrauensbereiche der jeweiligen Ergebnisse nicht überschneiden. Zur Berechnung der Vertrauensbereiche sind die bundeseinheitlichen Rechenregeln der externen stationären Qualitätssicherung gemäß § 8 QSKH-RL zu verwenden. Das Ergebnis ist „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ mit dem Vorjahr, wenn im Vorjahr kein Ergebnis vorlag oder der Indikator laut dem Dokument „Beschreibung der Qualitätsindikatoren“ (dort im Anhang „Historie der Qualitätsindikatoren“) unter www.sgg.de als "eingeschränkt vergleichbar" mit dem Vorjahr eingestuft ist.

„Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“: Hier ist die Bewertung des Strukturierten Dialogs ebenso wie die nicht vorgesehene Bewertung (Kategorie N) verpflichtend darzustellen. Aus der folgenden Liste sind die zutreffenden Kombinationen aus der Kategorie der Einstufung und aus der Begründung einzutragen (z. B. Bewertung nicht vorgesehen- Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert -> N02)

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		33	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

„Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr“: Hier ist anzugeben, ob die qualitative Bewertung eines Qualitätsindikators mit oder ohne Auslösung eines Strukturierten Dialogs im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht „verbessert“, „unverändert“, „verschlechtert“ oder „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ ist.

Die Einordnung erfolgt auf Basis folgender Matrix:

Bewertung Erfassungsjahr gemäß QSKH-RL								
Kategorien		N	R	H	U	A	D	S
Bewertung Vorjahr	N	eingeschränkt/nicht vergleichbar						
	R	eingeschränkt/nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	verschlechtert	eingeschränkt/nicht vergleichbar

H	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar						
U	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	unverändert	einge- schränkt/nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar
A	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	verbessert	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	verbessert	unverändert	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar
D	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	verbessert	einge- schränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar
S	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar						

Lesebeispiel: Wenn eine auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragte Stelle das Indikatorergebnis eines Krankenhauses wegen fehlerhafter Dokumentation im Vorjahr als „D“ einstuft und im Berichtsjahr wegen qualitativer Auffälligkeiten als „A“, dann ist die Bewertung dieses Qualitätsindikators „eingeschränkt/nicht vergleichbar“.

„Bundesergebnis“: Hier ist das Ergebnis auf Bundesebene anzugeben.

„Vertrauensbereich (Bundesergebnis)“: Hier ist der 95 %-Vertrauensbereich des bundesweiten Ergebnisses anzugeben.

„Referenzbereich“: Hier ist der bundesweite Referenzbereich für diesen Qualitätsindikator anzugeben.

„beobachtete Ereignisse / beobachtet“: Hier ist die Anzahl der beobachteten Ereignisse anzugeben. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt die Angabe entsprechend den Vorgaben zum Datenschutz. Für Median-basierte Indikatoren erfolgt keine Angabe.

„erwartete Ereignisse / erwartet“: Hier ist die Anzahl der rechnerisch erwarteten Ereignisse für risikoadjustierte O/E-Indikatoren anzugeben. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt die Angabe entsprechend den Vorgaben zum Datenschutz.

„Grundgesamtheit / Fallzahl“: Hier ist die Grundgesamtheit (Anzahl der Patienten und Patientinnen, für die der Qualitätsindikator untersucht wurde) einzutragen. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.

„Kommentar / Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen“: Hier ist die über die „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“ hinausgehende Kommentierung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zum Ergebnis des strukturierten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen.

„Kommentar / Erläuterung des Krankenhauses“: Hier können ergänzende Informationen des Krankenhauses bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufgenommen werden.

„Nummer“ und „Bezeichnung“: Hier ist nur bei einem Krankenhaus oder einem Krankenhausstandort mit mehreren Auswertungen je Qualitätsindikator eine fortlaufende Nummer und die Bezeichnung der Auswertungseinheit anzugeben. Bei einem Krankenhaus oder einem Krankenhausstandort mit nur einer Auswertung je Qualitätsindikator entfällt diese Angabe.

Die Angaben zu

- Leistungsbereich-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs,
- Indikator-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
- Qualitätsindikator mit Bezug zu Infektionen,
- Empirisch-statistische Bewertung,
- Einheit,
- Bundesergebnis,
- Vertrauensbereich (Bundesergebnis) und
- Referenzbereich

finden sich auf der Internetseite des Instituts nach § 137 a SGB V, www.iqtig.org.

Für Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung durch den Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für den Vergleich noch nicht geeignet sind, ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse an dieser Stelle ausgeschlossen, um Fehlinterpretationen und Falschinformationen zu vermeiden.

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.)

Hier gibt das Krankenhaus an, ob auf Landesebene über die nach § 137 SGB V (a.F.) verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V (a.F.) vereinbart wurden.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja, sind die für das jeweilige Bundesland relevanten Leistungsbereiche aus der Auswahlliste „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht“ (C-2) des Anhangs 2 auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zu jedem Leistungsbereich ist vom Krankenhaus anzugeben, ob es an der entsprechenden externen Qualitätssicherung nach Landesrecht teilnimmt. Gehört ein Bereich nicht zum Leistungsspektrum des Hauses, so ist „trifft nicht zu“ anzugeben.

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

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

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

Gemäß § 137f SGB V (a.F.) werden strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) entwickelt, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern sollen. Hierzu gehören auch in diesem Zusammenhang durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen.

DMP gibt es zu folgenden Indikationen:

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Chronische Herzinsuffizienz (bei KHK)
- Asthma bronchiale
- Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

An dieser Stelle sind die DMP anzugeben, an denen das Krankenhaus gemäß seinem Leistungsspektrum im Berichtsjahr teilgenommen hat. Zu jeder Angabe können Ergänzungen gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Hier können freiwillige Verfahren der externen Qualitätssicherung (z. B. freiwillige Verfahren auf Landesebene, Verfahren der Fachgesellschaften, Nutzung von Routineabrechnungsdaten) dargestellt werden. Dabei geht es insbesondere um Verfahren, die einen datengestützten Vergleich von Krankenhäusern ermöglichen.

Bei Teilnahme an mehreren Verfahren können diese jeweils nach folgender Logik dargestellt werden:

Werden Ergebnisse von Qualitätssicherungsmaßnahmen angegeben, ist das Zustandekommen der Ergebnisse verständlich und kurz zu erläutern (ggf. Link auf Homepage z. B. der Fachgesellschaft). Da an dieser Stelle keine Rechenregeln oder Verfahren zur Risikoadjustierung vorgegeben sind, sollen die Angaben zu den einzelnen Indikatoren um die jeweils verwendete Rechenregel ergänzt werden.

Folgende Aspekte sind dabei zu berücksichtigen:

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

Es gelten die Anforderungen zum Datenschutz gemäß C-1.2.[Z].

Zeichenbegrenzung: Insgesamt 2.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) pro Verfahren.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Für folgende Leistungsbereiche gelten im aktuellen Berichtsjahr die Mindestmengenregelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V:

Leistungsbereich	Mindestmenge
Lebertransplantation	20
Nierentransplantation	25
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10
Stammzelltransplantation	25
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50
Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht <1250 g (bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1)	14

Für den Leistungsbereich „Koronarchirurgische Eingriffe“ wurde bislang keine Mindestmenge definiert, deshalb ist hierzu keine Angabe vorzunehmen.

Krankenhäuser, die mindestmengenrelevante Leistungen erbringen, geben für diese Leistungsbereiche die jeweils im Berichtsjahr erbrachte Menge an. Bei Unterschreitung der Menge ist der einschlägige Ausnahmetatbestand aus der Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Ausnahmetatbestände“ (C-5) auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zusätzlich ist dazu anzugeben, seit wann Ausnahmetatbestände bestehen und mit welchen ergänzenden Maßnahmen gemäß § 6 der Regelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.) die Versorgungsqualität sichergestellt wird. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.)

An dieser Stelle ist die Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.) darzustellen. Die Einhaltung der in den Richtlinien vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität ist Voraussetzung für die Erbringung bestimmter Leistungen.

Die Angaben sind stichtagsbezogen, d.h. zum 31. Dezember des Berichtsjahres zu machen. Werden Beschlüsse umgesetzt, so sind aus der Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V“ (C-6) die entsprechenden Nummern auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Bei Angaben zu Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen ist dabei die vorgehaltene Versorgungsstufe zu berücksichtigen.

Zu jeder ausgewählten Vereinbarung bzw. Richtlinie können ergänzende Angaben gemacht werden. Diese sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.) darzustellen. Stichtag ist der 31. Dezember des Berichtsjahres.

Gemäß § 2 Satz 1 der FKH-R müssen fortbildungsverpflichtete Personen innerhalb von fünf Jahren an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, die nach Anerkennung entsprechend dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern bzw. der Psychotherapeutenkammern mit insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkten bewertet wurden.

Alle fortbildungsverpflichteten Personen, deren fachärztliche Anerkennung bzw. psychotherapeutische Approbation mindestens fünf Jahre zurückliegt, haben den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht zu erbringen.

Anzugeben ist die Anzahl der Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und – psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht 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“ unterliegen (siehe www.g-ba.de).

Aus der Gesamtanzahl der fortbildungsverpflichteten Personen ist dann die Anzahl derjenigen anzugeben, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt.

Aus dieser Gruppe ist dann die Anzahl derjenigen anzugeben, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben.

Beispiel:

		Anzahl
1.	Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psycho-Personen

	therapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegtPersonen
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht habenPersonen

Anhänge

- Anhang 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2015 [derzeit nicht besetzt]
- Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2015
- Anhang 3: Qualitätsindikatoren aus den Verfahren gemäß QSKH-RL für das Berichtsjahr 2015 [derzeit nicht besetzt]

Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahllisten für das Berichtsjahr 2015

Auswahlliste „Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote“ (A-5)

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP01	Akupressur	<i>z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen</i>
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP54	Asthmaschulung	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	
MP06	Basale Stimulation	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitererprobung	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	<i>z. B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung, Abschiedsraum</i>
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	<i>z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie</i>
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	<i>z. B. bei Diabetes mellitus</i>
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	<i>z. B. Akupunktmassage, Bindegewebsmassage, Shiatsu</i>
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	<i>z. B. Unterricht für schulpflichtige Kinder</i>
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	<i>z. B. medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie</i>
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	<i>z. B. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie</i>
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	<i>z. B. Nichtraucher/innen-Kurse,</i>

		<i>Koronarsportgruppe</i>
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	<i>z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie</i>
MP61	Redressionstherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP38	Sehschule/Orthoptik	
MP62	Snoezelen	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	<i>z. B. Besichtigungen und Führungen (Kreißaal, Hospiz etc.), Vorträge, Informationsveranstaltungen</i>
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	<i>z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe</i>
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	<i>z. B. Babyschwimmen, Babymassage, PEKiP</i>
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	<i>z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais</i>
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	<i>z. B. Schreiambulanz, Tragetuchkurs, Babymassagekurs, Elterncafé, Erziehungsberatung</i>
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	<i>z. B. Forced-Use-Therapie, Taub'sche Therapie, Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie</i>
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen	<i>z. B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote</i>
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	<i>z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Brustschwester</i>
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	<i>z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris</i>
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ (A-6)

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben (verpflichtend)	Kommentar/ Erläuterung
Patientenzimmer			
NM02	Ein-Bett-Zimmer		<i>z.B. Anzahl</i>
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		<i>z.B. Anzahl</i>
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		<i>z.B. Anzahl</i>
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		<i>z.B. Anzahl</i>
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		<i>z.B. Anzahl</i>
Ausstattung der Patientenzimmer			
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag	<i>z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben</i>
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag	<i>z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben</i>
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag	<i>z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben</i>
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag / pro Minute ins deutsche Festnetz / bei eintreffenden Anrufen	<i>z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben</i>
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer		
Besondere Ausstattung des Krankenhauses			
NM48	Geldautomat		
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde / Tag	<i>z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben</i>
NM36	Schwimmbad/Bewegungsbad		
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		
Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder			
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung		
NM63	Schule im Krankenhaus		
NM64	Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet		
NM50	Kinderbetreuung		<i>z.B. Alter der Kinder, Öffnungszeiten, Link zur Webseite mit aktuellen Angaben</i>
Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen		
NM65	Hotelleistungen		<i>z.B. Link zur Webseite</i>
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Art der besonderen Ernährungsgewohnheit (z.B. vegane Küche)	<i>z.B. jüdische/ muslimische Ernährung, vegetarische/ vegane Küche</i>
NM42	Seelsorge		
NM67	Andachtsraum		

Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (A-7 und B-[X].4)

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar/Erläuterung
Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen		
BF01	Beschriftung von Zimmern in Blindenschrift	<i>z.B. Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift</i>
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	
BF03	Tastbarer Gebäudeplan	
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	
BF05	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit		
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin	
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung		
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße		
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien		
BF23	Allergenarme Zimmer	
BF24	Diätetische Angebote	
Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit		
BF25	Dolmetscherdienst	<i>z.B. Türkisch</i>
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	<i>z.B. Russisch, Englisch</i>
Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit		
BF27	Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für „Barrierefreiheit“	<i>Name(n), Telefon, E-Mail</i>
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit	

Auswahlliste „Forschung und akademische Lehre“ (A-8.1)

Nr.	Forschung, 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	

Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (A-8.2)

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/Erläuterung
HB15	Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)	
HB16	Diätassistent und Diätassistentin	
HB10	Entbindungspfleger und Hebamme	
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin	
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
HB17	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin	
HB09	Logopäde und Logopädin	
HB13	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
HB12	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	
HB05	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)	
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)	
HB14	Orthoptist und Orthoptistin	
HB11	Podologe und Podologin	

Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal“ (A-11.4)

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/ Erläuterung
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP36	Entspannungspädagoge und Entspannungspädagogin/Entspannungstherapeut und Entspannungstherapeutin/Entspannungstrainer und Entspannungstrainerin (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielhrer und Heileurhythmielhrerin/Feldenkraislehrer und Feldenkraislehrerin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	
SP06	Erzieher und Erzieherin	
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagog/ Gymnastik- und Tanzpädagogin	
SP08	Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerin	
SP09	Heilpädagog/ Heilpädagogin	
SP39	Heilpraktiker und Heilpraktikerin	
SP30	Hörgeräteakustiker und Hörgeräteakustikerin	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	
SP57	Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin	
SP14	Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	<i>z. B. für Babymassage</i>
SP02	Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	
SP17	Oecotrophologe und Oecotrophologin (Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin)	
SP18	Orthopädiemechaniker und Bandagist und Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädienschuhmacher und Orthopädienschuhmacherin	
SP19	Orthoptist und Orthoptistin/ Augenoptiker und Augenoptikerin	
SP20	Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP22	Podologe und Podologin (Fußpfleger und Fußpflegerin)	
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagog/ Sozialpädagogin	
SP40	Sozialpädagogischer Assistent und Sozialpädagogische Assistentin/ Kinderpfleger und Kinderpflegerin	
SP35	Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	
SP58	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Abs. 3, Nr. 3 PsychThG)	

Auswahlliste „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen“ (A-12.2.3)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name letzte Aktualisierung (Datum)
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<u>Auswahloptionen</u> (<i>Mehrfachangaben möglich</i>): - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel - Andere: (Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP Zeit und erwarteten Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)

Auswahlliste „Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems" (A-12.2.3.1)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung (Datum)
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	<u>Auswahloptionen:</u> - monatlich - quartalsweise - halbjährlich - jährlich - bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	<u>Auswahloptionen:</u> - monatlich - quartalsweise - halbjährlich - jährlich - bei Bedarf

Auswahlliste „Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen" (A-12.2.3.2)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	
<i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>		
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF04	CIRS-Palliativ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF05	CIRS-msp (Referenzzentrum Mammographie Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF06	CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF07	CIRS Urologie (Berufsverband der Urologen, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF08	CIRS Notfallmedizin (Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin, Klinikum Kempten)	
EF09	Coliquio (kooperatives Forschungsprojekt der Hochschule Konstanz)	
EF10	CIRS der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)	
EF11	CIRS der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)	
EF12	„Jeder Fehler zählt" (Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt)	
EF13	DokuPIK (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus beim Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA))	
EF14	CIRS Health Care	
EF15	PaSIS (Patientensicherheits- und Informationssystem des	

	Universitätsklinikums Tübingen)	
EF16	CIRS-Pädiatrie (Bundesverband Kinder- und Jugendärzte; Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)	
EF17	DGHO-CIRS (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie)	
EF00	Sonstiges	<i>(Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)</i>

Auswahlliste „Weitere Informationen zur Hygiene“ (A-12.3.2)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	Link angeben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<u>Auswahloptionen/Module:</u> -AMBU-KISS -CDAD-KISS -DEVICE-KISS -HAND-KISS -ITS-KISS -MRSA-KISS -NEO-KISS -ONKO-KISS -OP-KISS -STATIONS-KISS -SARI <i>(Mehrfachangaben möglich)</i>
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name <i>(Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)</i>
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	<u>Auswahloptionen:</u> -Teilnahme (ohne Zertifikat) -Zertifikat Bronze -Zertifikat Silber -Zertifikat Gold
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung“ (A-13)

Nr.	Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzanga be: 24h-Not- fallverfüg- barkeit	Kommentar/Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA (X)	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja/Nein	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X)	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja/Nein	
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Quer- schnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja/Nein	
AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung		
AA10	Elektroenzephalographie gerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja/Nein	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA18	Hochfrequenzthermo- therapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja/Nein	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/ - unterstützung (X)		Ja/Nein	z. B. ECMO/ECLA
AA22	Magnetresonanztomo- graph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro- magnetischer Wechselfelder	Ja/Nein	
AA68	Offener Ganzkörper- Magnetresonanztomo- graph (X)		Ja/Nein	
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse		
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja/Nein	z. B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse
AA26	Positronenemissionsto- mograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		
AA56	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoff- ionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfah- ren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA30	Single-Photon- Emissionscomputertomo- graph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens		

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		

Auswahlliste „Medizinische Leistungsangebote“ (B-[X].3 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	<i>z. B. auch Hornhauttransplantation</i>
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	<i>z. B. Behandlung von Gefäßverschlüssen (Rheologie), Diagnostik und Therapie der Frühgeborenenretinopathie</i>
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	<i>z. B. intravitreale Injektionen</i>
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 Refraktionsfehler	<i>z. B. auch refraktive Chirurgie</i>
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	<i>z. B. Sehschule</i>
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	<i>z. B. Bypasschirurgie</i>
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikelaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur	
VC03	Herzklappenchirurgie	<i>z. B. Klappenkorrektur, Klappenersatz</i>
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VC07	Herztransplantation	
VC08	Lungenembolektomie	
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen	
VC10	Eingriffe am Perikard	<i>z. B. bei Panzerherz</i>
	Thoraxchirurgie	
VC11	Lungenchirurgie	
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen	

VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC59	Mediastinoskopie	
	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	<i>z. B. Carotischirurgie</i>
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	<i>z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)</i>
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	<i>z. B. Schilddrüsenchirurgie</i>
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	<i>z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie</i>
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	<i>z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome</i>
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust-	<i>z. B. Vertebroplastie</i>

	und Lendenwirbelsäule	
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 Schmerzerkrankungen	<i>z. B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronische Wirbelsäulenschmerzen</i>
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	Wirbelsäulen Chirurgie	
VC70	Kinderneurochirurgie	
	Allgemein	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	<i>z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)</i>
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	<i>z. B. Photodynamische Tumortherapie</i>
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	<i>z. B. Schweiß- und Talgdrüsenkrankungen</i>
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	<i>z. B. auch Kollagenosen, altersbedingte Hautveränderungen</i>
VD11	Spezialsprechstunde	
VD12	Dermatochirurgie	<i>z. B. auch ästhetische Dermatochirurgie</i>
VD13	Ästhetische Dermatologie	
VD14	Andrologie	
VD15	Dermatohistologie	
VD16	Dermatologische Lichttherapie	
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen	<i>z. B. auch Extrakorporale Photopherese</i>
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	<i>z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie</i>
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	<i>z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom</i>
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	<i>z. B. Endometriose</i>
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	<i>z. B. Hörverbesserung, implantierbare Hörgeräte</i>
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	<i>z. B. auch Stimmstörungen</i>
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH25	Schnarchoperationen	
	Onkologie	
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	<i>z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)</i>
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	<i>z. B. Diabetes, Schilddrüse</i>
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	<i>z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs</i>
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	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI35	Endoskopie	<i>z. B. auch Kapselendoskopie</i>
VI36	Mukoviszidosezentrum	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI41	Shuntzentrum	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	<i>z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn</i>
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	<i>z. B. Multiple Sklerose</i>
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	<i>z. B. von Hirnnerven</i>
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	Wirbelsäulen Chirurgie	
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	
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	<i>z. B. Ullrich-Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Marfan-Syndrom)</i>
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	Neugeborenen screening	<i>z. B. Hypothyreose, Adrenogenitales Syndrom (AGS)</i>
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	<i>z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel</i>
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	
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	<i>z. B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie</i>
	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	<i>z. B. Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)</i>
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 Nierenkrankheiten	
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	<i>z. B. Wurzelkanalbehandlungen</i>
VZ12	Epithetik	<i>z. B. Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen</i>
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 (a.F.)
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (a.F.)
AM03	Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V (a.F.)
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V (a.F.) bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (a.F.) bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V (a.F.)
AM07	Privatambulanz
AM08	Notfallambulanz (24h)
AM09	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (a.F.)
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (a.F.)
AM12	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V (a.F.)
AM13	Ambulanz nach § 311 SGB V (a.F.) (DDR-Altverträge)
AM14	Ambulanz im Rahmen von DMP
AM15	Belegarztpraxis am Krankenhaus
AM16	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (a.F.) (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)

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

Nr.	Nr. der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (a.F.) in der Fassung vom 22. Januar 2015	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	
LK28	Anlage 2 Nr. 16	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen vor oder nach Lebertransplantation	
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	
Nr.	Nr. der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (a.F.) in der Fassung vom 22. Januar 2015	Angebote Leistungen	Kommentar/ Erläuterung
LK29	Anlage 1 a)	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	
LK30	Anlage 2 a)	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	
LK 31	Anlage 2 k)	Marfan-Syndrom	

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

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktcompetenzen)	Kommentar/Erläuterung (z. B. Weiterbildungsbefugnisse)
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ01	Anästhesiologie	
AQ02	Anatomie	
AQ03	Arbeitsmedizin	
AQ04	Augenheilkunde	
AQ05	Biochemie	
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
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	
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 und -psychotherapie	
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	
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	
Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar/Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF02	Akupunktur	
ZF03	Allergologie	
ZF04	Andrologie	
ZF05	Betriebsmedizin	
ZF06	Dermatohistologie	
ZF07	Diabetologie	
ZF08	Flugmedizin	

ZF09	Geriatrie	
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 – fachgebunden –	
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden –	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
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 – fachgebunden –	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
ZF39	Schlafmedizin	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	
ZF46	Tropenmedizin	

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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterung
PQ01	Bachelor	
PQ02	Diplom	
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ06	Master	
PQ11	Nephrologische Pflege	
PQ07	Onkologische Pflege	
PQ08	Operationsdienst	
PQ09	Pädiatrische Intensivpflege	
PQ10	Psychiatrische Pflege	
Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar/Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	

ZP02	Bobath	
ZP17	Case Management	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP03	Diabetes	<i>z. B. Diabetesberatung</i>
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	<i>z. B. Überleitungspflege</i>
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatric	<i>z. B. Zercur</i>
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP11	Notaufnahme	
ZP20	Palliative Care	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP21	Rehabilitation	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP15	Stomamanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	

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

Bundesland	Leistungsbereich	Zusatzangaben
Baden-Württemberg	Schlaganfall: Akutbehandlung	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	MRSA	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Bayern	Schlaganfall	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Hamburg	Anästhesiologie	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum

	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Hessen	Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: Akutbehandlung	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Rheinland-Pfalz	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum

Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – 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 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V (a.F.)“ (C-6)

Nr.	Beschluss	Kommentar/Erläuterung
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma	
CQ02	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten	

CQ03	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde	
CQ04	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Protonentherapie in Krankenhäusern bei der Indikation Rektumkarzinom	
CQ05	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1	
CQ06	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 2	
CQ07	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinataler Schwerpunkt	
CQ08	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V (a.F.)	
CQ09	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und periostgedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk	
CQ10	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziiertes autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk	
CQ11	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patienten und Patientinnen mit inoperablem hepatozellulärem Karzinom (HCC)	
CQ12	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms	
CQ13	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Kontakt-Laserablation der Prostata (CLAP)	
CQ14	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Visuelle Laserablation der Prostata (VLAP)	
CQ15	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP)	
CQ16	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Thulium-Laserresektion der Prostata (TmLRP)	
CQ17	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Transurethrale Mikrowellentherapie (TUMT)	
CQ18	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patienten und Patientinnen mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach zwei bis vier Zyklen Chemotherapie / Chemoimmuntherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Chemotherapie / Chemoimmuntherapie	
CQ19	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patienten und Patientinnen mit inoperablem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) der UICC Stadien I-III	
CQ20	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Enukleation der Prostata mittels Thulium-Laser (TmLEP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)	
CQ21	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit Ösophaguskarzinom	