

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Neustrukturierung und Anpassungen für das Berichtsjahr 2020

Vom 17. Dezember 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2020 beschlossen, die Regelungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 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), die durch die Bekanntmachung vom 20. November 2020 (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) geändert worden sind, wie folgt zu ändern:

I. Die §§ 1 bis 10 Qb-R werden durch folgende §§ 1 bis 17 ersetzt:

„§ 1 Rechtsgrundlage und Regelungsgegenstand

(1) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die nachfolgenden Regelungen auf der Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Satz 2 sowie Absatz 6 und Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).

(2) Gegenstand dieser Regelungen sind der Inhalt, der Umfang und das Datenformat sowie das Verfahren für die Erstellung, Übermittlung und Veröffentlichung des jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser.

§ 2 Ziele

Zielsetzung des Qualitätsberichts ist eine Verbesserung von Transparenz und Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Der Qualitätsbericht ist eine Informations- und Entscheidungshilfe sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Leistungserbringer im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung.

§ 3 Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieser Regelungen bezeichnet der Ausdruck:

1. „Krankenhaus“ ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus mit einem oder mehreren Standorten;
2. „Standortverzeichnis“ das bundesweite Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 293 Absatz 6 SGB V;
3. „Standortnummer“ das jeden Standort eines Krankenhauses gemäß der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V eindeutig identifizierende Kennzeichen;

4. „Krankenhausstandort“ den Standort eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses, der im Standortverzeichnis mit einer Standortnummer mit dem Vorgabewert 000 an der siebten bis neunten Stelle geführt wird;
5. „Standortbericht“ die Daten des standortspezifischen Qualitätsberichts eines Krankenhauses;
6. „Gesamtbericht“ die Daten des standortübergreifenden Qualitätsberichts eines Krankenhauses, der unter Einbeziehung aller standortspezifischen Daten eine Zusammenfassung aller Standortberichte enthält;
7. „Qualitätsbericht“ die Daten der Standortberichte sowie des Gesamtberichts;
8. „Annahmestelle Qb“ die vom G-BA gemäß § 7 beauftragte Stelle;
9. „Berichtsjahr“ das Kalenderjahr, über das im Qualitätsbericht zu berichten ist;
10. „Erstellungsjahr“ das dem Berichtsjahr nachfolgende Kalenderjahr, in dem der Qualitätsbericht erstellt wird;
11. „Veröffentlichungsjahr“ das dem Erstellungsjahr nachfolgende Kalenderjahr, in dem der Qualitätsbericht veröffentlicht wird;
12. „QS-Stellen“ die mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach den jeweiligen Richtlinien des G-BA beauftragten Stellen;
13. „DeQS-Datenannahmestellen“ die jeweilige Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL);
14. „Übermittelnde Stellen“ die DeQS-Datenannahmestellen, die QS-Stellen und die Krankenhäuser.

§ 4 Berichtspflicht

- (1) Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, jährlich für jeden Krankenhausstandort, der am 30. September des Berichtsjahres und am 1. Oktober des Erstellungsjahres mit einer gültigen Standortnummer im Standortverzeichnis geführt wird, einen Standortbericht nach Maßgabe des § 8 zu erstellen und an die Annahmestelle Qb zu übermitteln.
- (2) Für den Fall, dass eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung eines Krankenhauses bis zum 30. September des Erstellungsjahres geschlossen wird oder die Versorgung von Patienten einstellt, müssen die Angaben zu den Teilen A und B der betreffenden Organisationseinheit/Fachabteilung nicht im Qualitätsbericht des Krankenhauses berücksichtigt werden.

§ 5 Inhalt und Struktur des Qualitätsberichts

- (1) Der Qualitätsbericht besteht aus den Teilen A, B und C. In Teil A sind die Struktur- und Leistungsdaten des jeweiligen Krankenhausstandortes anzugeben, in Teil B die Struktur- und Leistungsdaten der jeweiligen Organisationseinheiten sowie der jeweiligen Fachabteilungen und in Teil C erfolgen Angaben zur Qualitätssicherung.
- (2) Das Nähere zum Inhalt des Qualitätsberichts ist in der für das Berichtsjahr geltenden Anlage in Verbindung mit ihren Anhängen geregelt. Die Auswahllisten, auf die in der Anlage Bezug genommen wird, sind im Anhang 2 zur Anlage geregelt. Die im Berichtsjahr zu veröffentlichenden Kennzahlen und Qualitätsindikatoren sind im Anhang 3 zur Anlage definiert.
- (3) Soweit nicht in der Anlage etwas anderes bestimmt ist, beziehen sich die Angaben im Qualitätsbericht auf das Berichtsjahr. Das gilt insbesondere für Angaben mit Bezug zu Verträgen, Klassifikationssystemen oder G-BA Richtlinien. Bei den in der Anlage bestimmten

Inhalten des Qualitätsberichts handelt es sich um verbindliche Angaben, soweit sie nicht als freiwillige Angaben oder Freitextfelder zur Kommentierung und Erläuterung gekennzeichnet sind.

§ 6 Datenformat des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht ist nach Maßgabe der Anlage im XML-Format zu erstellen. Die technischen Vorgaben sind in der Datensatzbeschreibung definiert. Die im jeweiligen Berichtsjahr geltende Datensatzbeschreibung wird im Auftrag des G-BA erstellt und vom G-BA beschlossen und veröffentlicht.

§ 7 Annahmestelle für den Qualitätsbericht

- (1) Die vom G-BA beauftragte Annahmestelle Qb hat insbesondere folgende Aufgaben:
1. Errichtung und Betrieb einer internetbasierten Plattform sowie technische Unterstützung und Beratung der übermittelnden Stellen zu den üblichen Arbeitszeiten insbesondere im Rahmen der Datenübermittlung,
 2. Vorbelegung der Registrierungsdaten der Krankenhäuser bis zum 31. Mai des Erstellungsjahres mit den Daten der stichtagsbezogenen Abfrage des Standortverzeichnisses vier Monate nach dem 30. September des Berichtsjahres,
 3. Annahme der von den übermittelnden Stellen gelieferten XML-Daten. Die Annahmestelle Qb versendet unverzüglich nach erfolgreicher Prüfung gemäß § 9 eine Quittung der Datenannahme für alle angenommenen Dateien per E-Mail. Übermittelnde Stellen können innerhalb der Übermittlungsfristen wiederholt Berichte hochladen. Ein gemäß § 9 angenommener Bericht überschreibt dabei jeweils die Vorgängerversion.
 4. Prüfung der von den übermittelnden Stellen gelieferten XML-Daten nach § 9 durch Schemaprüfung und Plausibilisierung sowie unverzügliche Mitteilung des Prüfergebnisses an die jeweils übermittelnde Stelle,
 5. Automatische Erstellung der Gesamtberichte gemäß § 8 Absatz 2,
 6. Versand von Erinnerungs-E-Mails an die übermittelnden Stellen insbesondere 14 Tage vor Ablauf der Fristen gemäß § 8 Absatz 3 und 6,
 7. Erstellung einer zur Veröffentlichung gemäß § 11 Absatz 1 geeigneten lesbaren PDF-Version des Qualitätsberichts auf Basis der unveränderten XML-Daten,
 8. Krankenhausbezogene Zusammenführung und Bereitstellung der angenommenen und zur Veröffentlichung vorgesehenen Qualitätsberichte für den in § 10 genannten Empfängerkreis,
 9. Erstellung und Übermittlung der Liste gemäß § 13 Absatz 5,
 10. Jährliche Information des G-BA über besondere Ereignisse im Rahmen der Aufgabenerfüllung.
- (2) Die Annahmestelle Qb erhebt und verarbeitet die zur Identifikation der berichtspflichtigen Krankenhäuser und ihrer Standorte erforderlichen Daten durch eine Abfrage des Standortverzeichnisses zu den Stichtagen gemäß § 4 Absatz 1. Die Abfrage hat jeweils vier Monate nach dem 30. September des Berichtsjahres und dem 1. Oktober des Erstellungsjahres zu erfolgen.
- (3) Der Zugang zur internetbasierten Plattform wird nur für berechtigte Nutzer über ein geeignetes Authentifizierungs- und Registrierungsverfahren sichergestellt. Der Zugriff auf relevante Services und Informationen wird über ein zentral administrierbares Rollen- und Rechtesystem gesteuert. Voraussetzung für jede Art der Nutzung der Annahmestelle Qb ist eine für das jeweilige Berichtsjahr gültige Registrierung der berechtigten Nutzer. Die Zugangsdaten der Nutzer können jederzeit geändert werden. Übermittelnde Stellen können

sich für das jeweilige Berichtsjahr ab dem 1. Juni jederzeit bis spätestens zum 15. Dezember des Erstellungsjahres registrieren.

§ 8 Erstellung und Übermittlung des Qualitätsberichts

(1) Berichtspflichtige Krankenhäuser gemäß § 4 haben die Standortberichte mit Ausnahme der im Kapitel C-1 der Anlage vorgesehenen Angaben jährlich unter Berücksichtigung der für das Berichtsjahr geltenden Anlage in Verbindung mit den Anhängen zu erstellen.

(2) Für jedes Krankenhaus, das nach § 4 Absatz 1 mit mehr als einem Standort mit gültiger Standortnummer im Standortverzeichnis geführt wird, wird zusätzlich von der Annahmestelle Qb auf Grundlage der übermittelten Standortberichtsdaten ein Gesamtbericht automatisch generiert.

(3) Die Krankenhäuser haben die Standortberichte mit Ausnahme der im Kapitel C-1 der Anlage vorgesehenen Angaben in der Zeit vom 15. Oktober bis zum 15. November des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb zu übermitteln. Zur Übermittlung des Standortberichts an die Annahmestelle Qb melden sich die Krankenhäuser in der internetbasierten Plattform der Annahmestelle Qb an und prüfen die von der Annahmestelle Qb automatisiert im Standortverzeichnis abgefragten Daten zur Identifikation des Krankenhauses und seiner Standorte. Die vorbelegten Registrierungsdaten der Krankenhäuser und ihrer Standorte können mit Ausnahme der Standortnummer im Rahmen der Registrierung für das jeweilige Berichtsjahr geändert oder bestätigt werden. Dabei ist von den Krankenhäusern sicherzustellen, dass die Registrierungsdaten ihrer Standorte für den Qualitätsbericht mit denen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung übereinstimmen. Die Annahmestelle Qb ermöglicht die hierzu notwendige Kommunikation zwischen den übermittelnden Stellen sowie ggf. notwendige Korrekturen. Mit Beginn des Übermittlungszeitraums gemäß Satz 1 gelten die zu dem Zeitpunkt hinterlegten Daten als bestätigt. Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen können ohne Angabe von Gründen bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres erfolgen.

(4) Die Erstellung der in Kapitel C-1 der Anlage festgelegten Angaben erfolgt durch die jeweils zuständigen QS-Stellen mit den im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhobenen Daten. Die Angaben des Kapitels C-1 sind von der jeweils zuständigen QS-Stelle zum 10. November des Erstellungsjahres an die DeQS-Datenannahmestellen zu übermitteln.

(5) Die Daten der einzelnen Verfahren sind von den DeQS-Datenannahmestellen standortbezogen zusammenzuführen, um Angaben des Kapitels C-1.1 der Anlage zu ergänzen, auf Vollständigkeit zu überprüfen und dem Krankenhaus bis zum 15. November des Erstellungsjahres zur abschließenden Prüfung und Kommentierung zur Verfügung zu stellen. In Abhängigkeit vom Verfahren sind die Datensätze vorher zu depseudonymisieren. Die Krankenhäuser erhalten bis zum 30. November des Erstellungsjahres die Gelegenheit zur abschließenden Prüfung und Kommentierung ihrer Daten. Die DeQS-Datenannahmestellen melden die Kommentare der Krankenhäuser, sofern aufgrund des zugrundeliegenden Verfahrens erforderlich, in pseudonymisierter Form unverzüglich an die jeweils mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stelle weiter. Diese können bis zum 10. Dezember des Erstellungsjahres Korrekturen vornehmen und die korrigierten Datensätze an die DeQS-Datenannahmestellen übermitteln.

(6) Die DeQS-Datenannahmestellen übermitteln die finalen, standortbezogen zusammengeführten Datensätze bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb.

§ 9 Schemaprüfung und Plausibilisierung

(1) Die Annahmestelle Qb überprüft die übermittelten XML-Daten auf Fehler im Datenschema. Werden Fehler im Datenschema festgestellt, werden die übermittelten XML-Daten nicht angenommen. Die Annahmestelle Qb teilt das Prüfergebnis den übermittelnden Stellen unverzüglich mit.

(2) Werden im Rahmen der Schemaprüfung nach Absatz 1 keine Fehler festgestellt, erfolgt durch die Annahmestelle Qb eine Plausibilisierung, bei der anhand berichtsjahresspezifischer Plausibilisierungsregeln das XML-Format auf Inkonsistenzen oder Auffälligkeiten überprüft wird. Der jeweils berichtsjahresspezifische Plausibilisierungsdienst steht den übermittelnden Stellen bereits während der Berichtserstellung vom 12. Juli des Erstellungsjahres bis zum 31. Mai des Veröffentlichungsjahres zur Verfügung. Die im jeweiligen Berichtsjahr geltenden Plausibilisierungsregeln werden im Auftrag des G-BA technisch umgesetzt und sind im Anhang 4 zur Anlage geregelt.

(3) Das Prüfergebnis der Plausibilisierung und etwaige Handlungsanweisungen bei Regelabweichungen werden dem Krankenhaus und bei Fehlern im Kapitel C-1 den DeQS-Annahmestellen zur Weiterleitung an die jeweilige QS-Stelle unverzüglich mitgeteilt. Bei Abweichungen von Plausibilisierungsregeln, die nach Anhang 4 zur Anlage als „weich“ oder als „Pilot“ klassifiziert sind, kann das Krankenhaus eine Korrektur der Daten nach Maßgabe der Handlungsanweisung vornehmen. Die Annahme der XML-Daten bei der Annahmestelle Qb erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert wurden. Bei Regelabweichungen von den in Anhang 4 zur Anlage als „hart“ klassifizierten Plausibilisierungsregeln muss eine Korrektur der Daten nach Maßgabe der Handlungsanweisung erfolgen. Werden von den übermittelnden Stellen die Daten nach Satz 4 nicht nach Maßgabe der Handlungsanweisung korrigiert, werden die übermittelten XML-Daten nicht angenommen.

§ 10 Empfängerkreis des Qualitätsberichts

(1) Die Annahmestelle Qb stellt gleichzeitig dem G-BA, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, den gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden, dem Verband der privaten Krankenversicherung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB V sowie den weiteren nach § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V zu beteiligenden Organisationen die übermittelten Qualitätsberichte unverzüglich nach dem Ende des Übermittlungszeitraums sowie nach dem Ende des Berichtigungszeitraums vollständig und unverändert zur Verfügung.

(2) Der G-BA, die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB V erhalten bereits während des Übermittlungszeitraums Zugriff auf die übermittelten Qualitätsberichte.

§ 11 Veröffentlichung der Qualitätsberichte

(1) Die von der Annahmestelle Qb bereitgestellten Qualitätsberichte werden jeweils bis zum 31. Januar des Veröffentlichungsjahres vom G-BA in Form einer lesbaren PDF-Version im Internet in der Referenzdatenbank des G-BA veröffentlicht.

(2) Daneben sind die Qualitätsberichte von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung ebenfalls jeweils bis zum 31. Januar des Veröffentlichungsjahres im Internet zu veröffentlichen.

(3) Die Veröffentlichung des Qualitätsberichts ist nur vollständig und unverändert vorzunehmen. Sie kann technische Verknüpfungen zur Internetseite des Krankenhauses enthalten, um ergänzende Informationsmöglichkeiten ohne Aufwand zu eröffnen.

(4) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können – zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung – auf der Basis der Qualitätsberichte die Leistungserbringer und die Versicherten auch vergleichend über Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. In diesem Zusammenhang sind Kommentierungen, Querverweise, Zusammenfassungen usw. deutlich vom Qualitätsbericht selbst abzugrenzen. Diese können auch Informationen zur nicht ordnungsgemäßen Lieferung des Qualitätsberichts durch ein Krankenhaus oder zu nachweislich unvollständigen oder fehlerhaften Angaben umfassen. Werden solche zusätzlichen Informationen auf einer Internetseite frei zugänglich veröffentlicht, ist das Krankenhaus hierüber rechtzeitig vorab zu informieren.

(5) Das Krankenhaus hat seinen aktuellen Qualitätsbericht auf der eigenen Internetseite leicht auffindbar zu veröffentlichen.

(6) Der G-BA stellt die vollständigen Qualitätsberichtsdaten aller Berichtsjahre zur Verfügung. Das Nähere zur Bereitstellung und Weiterverwendung der XML-Daten legt der G-BA in Allgemeinen Nutzungsbedingungen fest.

§ 12 Berichtigung im Veröffentlichungsjahr

(1) Das Krankenhaus kann einen bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb übermittelten Standortbericht durch Anzeige gegenüber der Annahmestelle bis zum 28. Februar des Veröffentlichungsjahres berichtigen. Abweichend von Satz 1 kann das Krankenhaus jederzeit eine Berichtigung oder Löschung vorhandener personenbezogener Daten vornehmen. Die Annahmestelle Qb bestimmt in Abstimmung mit dem Krankenhaus ein Zeitfenster von mindestens zwei Wochen, innerhalb dessen die berichtigten Daten zu übermitteln sind. Für die übermittelten berichtigten Daten gilt § 9 dieser Regelungen entsprechend.

(2) Die DeQS-Datenannahmestellen können ein bis zum 15. Dezember übermitteltes Kapitel C-1 durch Anzeige gegenüber der Annahmestelle bis zum 28. Februar des Veröffentlichungsjahres berichtigen. Die Annahmestelle Qb bestimmt in Abstimmung mit der DeQS-Datenannahmestelle ein Zeitfenster von mindestens zwei Wochen, innerhalb dessen die berichtigten Daten zu übermitteln sind. Für die übermittelten berichtigten Daten gilt § 9 dieser Regelungen entsprechend. Bei Berichtigungen des C-1 Kapitels durch eine DeQS-Datenannahmestelle hat diese das betroffene Krankenhaus zu informieren. Dem Krankenhaus ist entsprechend § 8 Absatz 5 Satz 3 die Möglichkeit zur Fehlerprüfung und Kommentierung der berichtigten C-1 Kapitels zu geben.

(3) Die berichtigten und angenommenen Standortberichte und die Gesamtberichte sind von der Annahmestelle Qb unverzüglich dem Empfängerkreis im Sinne des § 10 zur Verfügung zu stellen. Die veröffentlichenden Stellen gemäß § 11 aktualisieren unverzüglich ihre Veröffentlichungen der Qualitätsberichte.

§ 13 Folgen der Verletzung der Berichtspflicht

(1) Die Berichtspflicht gilt als erfüllt, wenn der Standortbericht fristgerecht gemäß § 8 Absatz 1 oder § 12 übermittelt und nach § 9 angenommen wurde.

(2) Folge der Verletzung der Berichtspflicht ist die standortbezogene Veröffentlichung der Information, dass kein Qualitätsbericht des Krankenhausstandortes vorliegt. Die standortbezogene Veröffentlichung ist spätestens nach 3 Jahren zu löschen.

(3) Bei einer wiederholten Verletzung der Berichtspflicht im Folgejahr erfolgt ein Vergütungsabschlag in Höhe von einem Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall des Berichtsjahres. Im wiederholten Fall der Verletzung der Berichtspflicht im darauffolgenden Jahr erfolgt ein Vergütungsabschlag in Höhe von zwei Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall des jeweiligen Berichtsjahres.

(4) Die Folgen gemäß Absatz 2 und 3 treten nicht ein, wenn die Verletzung der Berichtspflicht dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist. Dies gilt insbesondere bei fehlender Lieferung des C-1 Kapitels gemäß § 8 Absatz 6.

(5) Die Annahmestelle Qb erstellt jährlich bis zum 31. Januar des Veröffentlichungsjahres auf Basis der Abfrage des Standortverzeichnisses gemäß § 7 Absatz 2 eine Liste der Krankenhausstandorte, für die kein Qualitätsbericht vorliegt und stellt diese dem G-BA zur Feststellung der Verletzung der Berichtspflicht zur Verfügung. Die Liste enthält auch Informationen darüber, ob für alle berichtspflichtigen Standorte Datenlieferungen zum Kapitel C-1 erfolgt sind.

(6) Krankenhausstandorte, die gemäß Absatz 5 gelistet wurden, werden vom G-BA schriftlich unter Fristsetzung und unter Bezeichnung des Sachverhalts zur Stellungnahme aufgefordert. Die Frist für das Krankenhaus soll nicht kürzer als drei Wochen sein. Nach Ablauf der Stellungnahmefrist entscheidet der G-BA unverzüglich, ob eine Verletzung der Berichtspflicht vorliegt und eine Aufnahme des Krankenhauses auf die Liste nach Absatz 2 erfolgt. Berichtigungen gemäß § 12 werden dabei berücksichtigt. Die Veröffentlichung der Liste auf den Internetseiten des G-BA erfolgt bis zum 30. September des Veröffentlichungsjahres.

(7) Wird auf Grundlage der Liste nach Absatz 5 festgestellt, dass für einen Krankenhausstandort keine C-1 Daten vorliegen, kann der G-BA die zuständige übermittelnde Stelle auffordern, hierzu eine schriftliche Stellungnahme abzugeben und die C-1 Daten nachzuliefern.

§ 14 Datenschutz

(1) Die Krankenhäuser sind gemäß § 299 Absatz 1 Satz 1 SGB V befugt und verpflichtet, die in der Anlage vorgesehenen personen- und einrichtungsbezogenen Daten der Leistungserbringer zu verarbeiten. Die Verarbeitung einrichtungsbezogener Daten des Krankenhauses ist erforderlich, da der Qualitätsbericht ein einrichtungsbezogener Bericht des Krankenhauses ist, der dazu dient, Transparenz über die erbrachten Leistungen und Behandlungsergebnisse herzustellen. Die Verarbeitung personenbezogener Daten von Krankenhausmitarbeitern ist erforderlich, um Versicherten, Patientinnen und Patienten sowie Fachkolleginnen und Fachkollegen die Möglichkeit zu geben, mit den für die Leistungserbringung verantwortlichen Personen in Kontakt treten zu können.

(2) Sind nach der Anlage Zahlen mit Patientenbezug (zum Beispiel die OPS-Anzahl oder die Fallzahl pro Leistungsbereich) anzugeben und ist die entsprechende anzugebende Zahl kleiner als 4, aber nicht Null, ist anstelle der konkreten Zahl die Angabe „<4“ zu machen. In der Summenbildung des Gesamtberichts sind diese Angaben nicht zu berücksichtigen. Stattdessen ist im Gesamtbericht zusätzlich zu der Angabe der Gesamtsumme die Angabe „+ <4“ zu machen.

§ 15 Entscheidungsbefugnis des Unterausschusses

Der zuständige Unterausschuss ist berechtigt, fehlerhafte Vorgaben in der Anlage und ihren Anhängen 1 bis 4 zu korrigieren, die nach der jährlichen Beschlussfassung des Plenums ersichtlich werden, soweit die erforderlichen Änderungen zur Korrektur der fehlerhaften Vorgaben den Kerngehalt der Regelungen gemäß 1. Kapitel § 4 Absatz 2 Satz 2 der Verfahrensordnung nicht berühren.

§ 16 Übergangsregelungen

(1) Für die Berichtsjahre 2018 und 2019 finden die §§ 1 bis 10 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser und die Anlagen und Anhänge in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 20. November 2020 (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) weiter Anwendung. Ab dem Berichtsjahr 2020 findet die Anlage 3 und ihr

Anhang in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 20. November 2020 (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX) keine Anwendung.

(2) Für das Berichtsjahr 2020 finden die Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) in der Fassung vom 15. August 2006 (BAnz S. 6361), zuletzt geändert am 14. Mai 2020 (BAnz AT 03.06.2020 B3) und die Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) in der Fassung vom 15. Dezember 2016 (BAnz AT 23.03.2017 B2), zuletzt geändert am 14. Mai 2020 (BAnz AT 29.05.2020) mit der Maßgabe weiter Anwendung, dass abweichend von § 8 Absatz 4 bis 6 die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen die zugehörigen Daten dem Krankenhaus bis zum 15. November zur abschließenden Prüfung und Kommentierung zur Verfügung stellen und anschließend die finalen, standortbezogen zusammengeführten Datensätze bis zum 15. Dezember direkt an die Annahmestelle Qb übermitteln. Darüber hinaus können abweichend von § 12 Absatz 2 die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen die Daten nach Satz 1 für das Kapitel C-1 berichtigen; es gelten die Fristen gemäß § 12 Absatz 2.

§ 17 Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie

Die veröffentlichenden Stellen nach § 11 haben in ihren Veröffentlichungen darauf hinzuweisen, dass die Qualitätsberichtsdaten für die Berichtsjahre 2019 und 2020 in Folge der Covid-19-Pandemie nicht vollständig, und damit für Vorjahresvergleiche nur eingeschränkt nutzbar sind.“

II. Die Anlagen werden wie folgt geändert:

1. Nach der Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019 wird die Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020 gemäß **Anlage 1** zum Beschluss eingefügt.
2. Nach dem Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019 wird der Anhang 2 zur Anlage: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2020 gemäß **Anlage 2** zum Beschluss eingefügt.

III. 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 G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 17. Dezember 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

Inhalt

| | | |
|---|----------|--|
| Allgemeine Hinweise..... | 5 | |
| 1. Erläuterungen zur Berichterstellung..... | 5 | |
| 2. Umfang und Format des Qualitätsberichts..... | 6 | |
| 3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts | 6 | |
| Einleitung des Qualitätsberichts | 8 | |
| A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts | 9 | |
| A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses | 9 | |
| A-2 Name und Art des Krankenhausträgers..... | 10 | |
| A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus | 10 | |
| A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie..... | 11 | |
| A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses..... | 11 | |
| A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses | 11 | |
| A-7 Aspekte der Barrierefreiheit | 12 | |
| A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses | 13 | |
| A-8.1 Forschung und akademische Lehre..... | 13 | |
| A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen | 13 | |
| A-9 Anzahl der Betten..... | 13 | |
| A-10 Gesamtfallzahlen | 13 | |
| A-11 Personal des Krankenhauses | 14 | |

| | | |
|------------|---|----|
| A-11.1 | Ärztinnen und Ärzte..... | 15 |
| A-11.2 | Pflegepersonal | 16 |
| A-11.3 | Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik | 16 |
| A-11.4 | Spezielles therapeutisches Personal | 17 |
| A-12 | Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung..... | 18 |
| A-12.1 | Qualitätsmanagement | 18 |
| A-12.1.1 | Verantwortliche Person | 18 |
| A-12.1.2 | Lenkungsgremium..... | 18 |
| A-12.2 | Klinisches Risikomanagement | 18 |
| A-12.2.1 | Verantwortliche Person | 19 |
| A-12.2.2 | Lenkungsgremium..... | 19 |
| A-12.2.3 | Instrumente und Maßnahmen | 19 |
| A-12.2.3.1 | Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems | 20 |
| A-12.2.3.2 | Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen | 20 |
| A-12.3 | Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte | 21 |
| A-12.3.1 | Hygienepersonal | 21 |
| A-12.3.2 | Weitere Informationen zur Hygiene..... | 22 |
| A-12.3.2.1 | Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen..... | 22 |
| A-12.3.2.2 | Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie | 23 |
| A-12.3.2.3 | Umgang mit Wunden | 24 |
| A-12.3.2.4 | Händedesinfektion | 25 |
| A-12.3.2.5 | Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) | 26 |
| A-12.3.2.6 | Hygienebezogenes Risikomanagement..... | 26 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| A-12.4 | Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement | 26 |
| A-12.5 | Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)..... | 27 |
| A-12.5.1 | Verantwortliches Gremium..... | 28 |
| A-12.5.2 | Verantwortliche Person | 28 |
| A-12.5.3 | Pharmazeutisches Personal | 28 |
| A-12.5.4 | Instrumente und Maßnahmen | 29 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 30 |
| A-14 | Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V | 31 |
| A-14.1 | Teilnahme an einer Notfallstufe | 31 |
| A-14.2 | Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung | 32 |
| A-14.3 | Teilnahme am Modul Spezialversorgung..... | 32 |
| A-14.4 | Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen) | 32 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen..... | 33 |
| B-[X].1 | Name der Organisationseinheit/Fachabteilung | 33 |
| B-[X].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten | 34 |
| B-[X].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 34 |
| B-[X].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 34 |
| B-[X].6 | Hauptdiagnosen nach ICD | 35 |
| B-[X].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS | 35 |
| B-[X].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 36 |
| B-[X].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 38 |
| B-[X].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft..... | 38 |
| B-[X].11 | Personelle Ausstattung | 39 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| B-[X].11.1 | Ärztinnen und Ärzte..... | 40 |
| B-[X].11.2 | Pflegepersonal | 41 |
| B-[X].11.3 | Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | 42 |
| C | Qualitätssicherung..... | 44 |
| C-1 | Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 44 |
| C-1.1.[Y] | Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate..... | 44 |
| C-1.1.1 | Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten | 45 |
| C-1.1.2 | Übermittlung der Daten | 45 |
| C-1.1.3 | Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen..... | 46 |
| C-1.2.[Z] | Ergebnisse der Qualitätssicherung | 46 |
| C-1.2.1 | Übermittlungswege | 47 |
| C-1.2.2 | Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen | 47 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 54 |
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V | 55 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 55 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 56 |
| C-5.1 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr | 56 |
| C-5.2 | Angaben zum Prognosejahr..... | 57 |
| C-5.2.1 | Leistungsberechtigung für das Prognosejahr..... | 57 |
| C-5.2.1.a | Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen | 58 |
| C-5.2.1.b | Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R) | 58 |
| C-5.2.1.c | Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)..... | 58 |

| | | |
|-------|--|----|
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | 59 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V | 60 |
| C-8 | Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr | 61 |
| C-8.1 | Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG | 62 |
| C-8.2 | Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG | 65 |

Allgemeine Hinweise

In diesem Dokument werden Inhalte, Umfang und Datenformat des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V 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 § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über das Berichtsjahr [JJJJ]“ (jeweiliges Berichtsjahr). Das Datum der Erstellung ist aufzuführen.

Benennung der Lieferdateien: Dateinamenskvention

a) Standortberichte

Die Dateien sind von den übermittelnden Stellen folgendermaßen zu benennen:

Berichtsteil A,B,C-2ff. <Haupt-IK>-77<XXXX>000-<JAHR>-xml.xml
 Berichtsteil C-1 Land <Haupt-IK>-77<XXXX>000-<JAHR>-land.xml
 Berichtsteil C-1 Bund <Haupt-IK>-77<XXXX>000-<JAHR>-bund.xml
 Berichtsteil C-1 DeQS <Haupt-IK>-77<XXXX>000-<JAHR>-das.xml

b) Gesamtberichte

Die Dateien sind von der Annahmestelle Qb folgendermaßen zu benennen:

Gesamtbericht Berichtsteil A,B,C-2ff. <Haupt-IK>-<Jahr>-xml.xml

Gesamtbericht Berichtsteil C-1 Land <Haupt-IK>-<Jahr>-land.xml

Gesamtbericht Berichtsteil C-1 Bund <Haupt-IK>-<Jahr>-bund.xml

Gesamtbericht Berichtsteil C-1 DeQS <Haupt-IK>-<Jahr>-das.xml

2. Umfang und Format des Qualitätsberichts

Format

Der Qualitätsbericht ist in einem maschinenverwertbaren standardisierten Datensatzformat gemäß § 6 Qb-R und den in Anhang 1 definierten Vorgaben zu erstellen.

Der Vermerk „[Version für die „mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragte Stelle“]“ kennzeichnet die Berichtsteile, die gemäß §§ 7 und 8 Qb-R von den jeweiligen Stellen erstellt und an die Annahmestelle Qb übermittelt werden.

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, Internetseite, 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.

Freiwillige Angaben

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. Kapitel C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 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 den Kapiteln 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

Hinweis: Nachfolgende Textpassage ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen:

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020:

Vor der Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungs-Verfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.

Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

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: Zentrale Telefonnummer; zentrale E-Mailadresse, zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt/Adresse“]
2. Institutionskennzeichen

a) Institutionskennzeichen (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis)

Hier ist das Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis 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. in der Vergangenheit genutzte Institutionskennzeichen angegeben werden.

3. Bei Krankenhäusern mit nur einem Standort:

Standortnummer aus dem Standortverzeichnis

4. Standortnummer (alt)

Bei Krankenhäusern mit nur einem Standort ist die Ziffer 00 anzugeben.

Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist die Ziffer 99 anzugeben.

5. 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 gemäß Standortverzeichnis

4. Standortnummer (alt)

Hier ist – falls vorhanden – die im Berichtsjahr 2019 verwendete Nummer für diesen Standort anzugeben.

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

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“ (Kapitel 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“ (Kapitel A-6) des Anhangs 2 übernommen. Darüber hinaus können jeweils ergänzende Angaben (z. B. zur Anzahl der jeweiligen Patientenzimmer oder über relevante Internetseiten des Krankenhauses) gemacht werden. Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

| Nr. | Leistungsangebot | Kommentar |
|------------|--|---|
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen | <i>z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche, glutenfreie Ernährung</i> |

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.

Behinderungen entstehen aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren und hindern diese an der vollen, wirksamen und gleich berechtigten Teilhabe an der Gesellschaft.

Die Aspekte der Barrierefreiheit sind für den Krankenhausstandort anzugeben.

Wenn die genannten Aspekte der Barrierefreiheit nicht umfassend, sondern nur eingeschränkt verwirklicht sind (z. B. auf spezielle Organisationseinheiten bezogen), ist dies verpflichtend zu kommentieren.

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

Hier sind die Kontaktdaten der Person oder Einrichtung anzugeben, die Menschen mit Beeinträchtigung oder ihre Angehörigen im Hinblick auf die Krankenhausbehandlung berät und unterstützt.

[„Kontakt/Person lang“]

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

Die Angaben sind aus der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (Kapitel A-7.2) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

„Besondere personelle Unterstützung“ ist dann anzugeben, wenn das Pflegepersonal besondere Weiterbildungen im Umgang mit Menschen mit Demenz, geistigen Behinderungen, Sinnesbeeinträchtigungen oder Mobilitätseinschränkungen hat oder besonders geschult ist. 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. Dies umfasst auch Gebärdensprach- und Schriftdolmetscherdienste.

Es 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/Erläuterung |
|-----|-----------------------------|-----------------------|
|-----|-----------------------------|-----------------------|

| | | |
|------|---|--|
| BF01 | Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift | <i>z.B. Beschriftung liegt vor in Patientenzimmern, in Behandlungsräumen, in Funktionsräumen</i> |
|------|---|--|

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“ (Kapitel 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“ (Kapitel 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

Hier wird die Anzahl der Akut-Betten nach den §§ 108, 109 SGB V zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres angegeben.

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 Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle muss > 0 sein (SUMME aus den Buchstaben 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 KHEntgG fallen, richtet sich die Fallzählung der voll- und teilstationären Fälle nach § 8 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) des jeweiligen Berichtsjahres.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche im Anwendungsbereich der BPfIV richtet sich die Fallzählung nach § 1 Absatz 5 der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) des jeweiligen Berichtsjahres.

Zählung der ambulanten Fälle:

Es sind alle ambulanten Fälle – einschließlich der Fälle der Privatambulanz – anzugeben.

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 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 Patienten und Patientinnen 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 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 (Kapitel B-[X].11) addiert mit der Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen. Dies gilt nur für die in den Kapiteln A-11.1 bis A-11.3 anzugebenden Berufsgruppen.

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Anzugeben ist die Zahl der:

- Ärztinnen und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften
- davon Fachärztinnen und Fachärzte in Vollkräften
- Belegärztinnen und Belegärzte (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Ärztinnen und Ärzte sowie Fachärztinnen und Fachärzte, 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 (Kapitel 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 Kapitel 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegefachfrau, Pflegefachmann (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)
- Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften
- Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Beleghebammen und Belegentbindungspfleger sind für jeden Standort anzugeben, an dem sie tätig sind. Im Gesamtbericht kann daher die Anzahl der Beleghebammen und Belegentbindungspfleger von der Summe der Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger 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 (Kapitel 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 in Kapitel 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 in Kapitel A-11.4 ist für alle psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen das therapeutische Personal als Vollkräfte im Jahresdurchschnitt anzugeben.

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

Anzugeben ist die Zahl der:

- Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen
- Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen
- Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und 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 „Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe“ sind nur Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, 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 (Kapitel B-[X].11.3) entsprechen.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Die entsprechenden Personalqualifikationen sind aus der Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal“ (Kapitel 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.

In Kapitel A-11.4 ist das in Kapitel 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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 Kapitel 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 Kapitel 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 [Kapitel 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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 einrichtungsinternen 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 einrichtungsinternen Fehlermeldesystems“ sind aus der gleichnamigen Auswahlliste [Kapitel 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 Kapitel 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 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 Satz 2 Nummer 3 Infektionsschutzgesetzes (IfSG) haben die Landesregierungen durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser insbesondere Regelungen zu treffen über die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2019 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals.“

- Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker (Anzahl Personen)
- Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte (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. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, 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 gegebenenfalls 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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.

Die Ärztliche Direktorin oder der Ärztliche Direktor 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 „kein Einsatz ZVK“ anzugeben.

Auswahloptionen: ja; nein; kein Einsatz ZVK

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; kein Einsatz ZVK

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Die Antibiotikaprophylaxe 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 Antibiotikaphylaxe liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Durchführung Operationen

1. Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

3. Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jeder operierten Patientin und jedem operierten Patienten 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 „keine Durchführung Wundversorgung“ anzugeben.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Durchführung Wundversorgung

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

- a) Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls 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 Wundaufgabe
- e) Meldung an die Ärztin oder den Arzt 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 erster 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 Händedesinfektionsmittel 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, oder andere) zählen als Allgemeinstationen.

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen
 Auswahloptionen: Einheit: ml/Patiententag; keine Intensivstation vorhanden
- 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 Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Die standardisierte Information der Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Umgang mit von MRSA/MRE/Noro-Viren besiedelten Patientinnen und Patienten.

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

Hier ist anzugeben, welche hygienebezogenen Maßnahmen zur Risikoreduktion/zur Verbesserung der Patientensicherheit/zur Reduzierung von Infektionen im Krankenhaus ergriffen werden.

Zusätzliche Angaben sind aus der Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (Kapitel A-12.3.2.6) 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 Beschwerdeführerinnen oder Beschwerdeführer 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)

Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher 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-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern. Eine Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen ist, dass AMTS als integraler Bestandteil der täglichen Routine in einem interdisziplinären und multiprofessionellen Ansatz gelebt wird.

Hinweis: Obenstehende Textpassage ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen.

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

Es ist anzugeben, ob es ein zentrales Gremium oder eine zentrale Arbeitsgruppe gibt, das oder die sich regelmäßig zum Thema Arzneimitteltherapiesicherheit austauscht.

Auswahloptionen: ja – Arzneimittelkommission; ja – Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement; ja – andere; nein

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

Wird „ja – andere“ ausgewählt, ist zusätzlich anzugeben:

- Name des verantwortlichen Gremiums oder der verantwortlichen Arbeitsgruppe [Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)]
- Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche [Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)]

A-12.5.2 Verantwortliche Person

Wurde die Verantwortlichkeit für das Gremium bzw. für die zentrale Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit einer konkreten Person übertragen?

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja, ist zusätzlich anzugeben:

- entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement; oder
- eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit

Ist das Qualitätsmanagement gemäß Stellen- bzw. Aufgabenprofil auch für das Gremium bzw. die Arbeitsgruppe zur Arzneimitteltherapiesicherheit verantwortlich, werden die Kontaktdaten durch die Software aus Kapitel A-12.1.1 übernommen.

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzugeben ist hier die Anzahl

- der Apothekerinnen und Apotheker (Anzahl Personen)

- des weiteren pharmazeutischen Personals (Anzahl Personen)

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

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

Die Angaben zu den Instrumenten und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit sind aus der Auswahlliste [Kapitel A-12.5.4] des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben – um die jeweils aufgeführten Zusatzangaben zu ergänzen.

Hinweis: Der folgende Text ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und mit den ausgewählten Instrumenten und Maßnahmen darzustellen.

Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Eine Besonderheit des Medikationsprozesses im stationären Umfeld stellt das Überleitungsmanagement bei Aufnahme und Entlassung dar. Die im Folgenden gelisteten Instrumente und Maßnahmen adressieren Strukturelemente, z. B. besondere EDV-Ausstattung und Arbeitsmaterialien, sowie Prozessaspekte, wie Arbeitsbeschreibungen für besonders risikobehaftete Prozessschritte bzw. Konzepte zur Sicherung typischer Risikosituationen. Zusätzlich können bewährte Maßnahmen zur Vermeidung von bzw. zum Lernen aus Medikationsfehlern angegeben werden. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die folgenden Aspekte können, ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern, dargestellt werden:

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Dargestellt werden können Instrumente und Maßnahmen zur Ermittlung der bisherigen Medikation (Arzneimittelanamnese), der anschließenden klinischen Bewertung und der Umstellung auf die im Krankenhaus verfügbare Medikation (Hausliste), sowie zur Dokumentation, sowohl der ursprünglichen Medikation des Patienten als auch der für die Krankenhausbehandlung angepassten Medikation.

- Medikationsprozess im Krankenhaus

Im vorliegenden Rahmen wird beispielhaft von folgenden Teilprozessen ausgegangen: Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung.

Dargestellt werden können hierzu Instrumente und Maßnahmen zur sicheren Arzneimittelverordnung, z. B. bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiet, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnis, Verträglichkeit (inklusive potentieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen u. Ä.) und Ressourcenabwägungen. Außerdem können Angaben zur Unterstützung einer zuverlässigen Arzneimittelbestellung, -abgabe und -anwendung bzw. -verabreichung gemacht werden.

- Entlassung

Dargestellt werden können insbesondere die Maßnahmen der Krankenhäuser, die sicherstellen, dass eine strukturierte und sichere Weitergabe von Informationen zur Arzneimitteltherapie an weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte, sowie die angemessene Ausstattung der Patientinnen und Patienten mit Arzneimittelinformationen, Medikationsplan und Medikamenten bzw. Arzneimittelverordnungen erfolgt.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Hier erfolgt die Darstellung der besonderen Geräteausstattung der Einrichtung auf Basis der Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung“ (Kapitel 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-Stunden-Notfallverfügbarkeit zu machen sind. Bei Auswahl eines solchen Geräts ist die Zusatzangabe verpflichtend, ob es auch tatsächlich 24 Stunden 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-Stunden-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 |

A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V

Der G-BA hat in seinen Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Regelungen zu den Notfallstrukturen) die Voraussetzungen für die Teilnahme und Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der strukturierten Notfallversorgung festgelegt.

Hinweis: Nachfolgende Textpassage ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen:

„Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne geregelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen, durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen, erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung, sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.“

In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die an dem gestuften System der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen teilnehmen an, in welcher Form und in welchem Umfang sie daran teilnehmen.

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

An dieser Stelle ist anzugeben, welcher Stufe der Notfallversorgung das Krankenhaus zugeordnet ist.

Auswahloptionen: Basisnotfallversorgung (Stufe 1), Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2), Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3); Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung (siehe A-14.3); Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung; Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart

Wenn Stufe 1, Stufe 2 oder Stufe 3 ausgewählt wurde, ist der Umstand anzugeben, der zu der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe führt:

1. Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe
2. Zuordnung zur jeweiligen Notfallstufe aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen eines Moduls der Speziellen Notfallversorgung (siehe A-14.2)
3. Zuordnung zu einer der Stufen aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 2 S. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen

[Krankenhäuser können an dieser Stelle ergänzende Angaben tätigen. Die Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.]

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

Wenn das Krankenhaus an mindestens einem Modul der Speziellen Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen teilnimmt, sind Angaben zu dem oder den vorhandenen Modulen der Speziellen Notfallversorgung zu machen. Das oder die vorhandenen Module sind aus der Auswahlliste „Module der Speziellen Notfallversorgung“ gemäß Anhang 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

Wenn das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelungen zu den Notfallstrukturen an der strukturierten Notfallversorgung teilnimmt, ist der Tatbestand anzugeben, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt.

Auswahloptionen:

- Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind
oder
- Besondere Einrichtung gemäß § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG, sofern sie im Landeskrankenhausplan als besondere Einrichtungen in der Notfallversorgung ausgewiesen sind und zu jeder Zeit an der Notfallversorgung teilnehmen
oder
- Krankenhäuser, die aufgrund krankenhauserplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen

A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

Das Krankenhaus verfügt über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung in oder an dem Krankenhaus eingerichtet wurde.

Auswahloptionen: ja; nein

Die Notfallambulanz des Krankenhauses ist gemäß § 75 Absatz 1b Satz 2 Halbsatz 2 Alternative 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung eingebunden.

Auswahloptionen: ja; nein

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 darzustellen. Zur Darstellung des tatsächlichen Fachspektrums der Organisationseinheit/Fachabteilung ist die Nennung mehrerer Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V möglich.

Pro Organisationseinheit/Fachabteilung ist mindestens ein Schlüssel nach § 301 SGB V verpflichtend anzugeben. Mit der differenzierten Nutzung der 3. und 4. Stelle des Fachabteilungsschlüssels besteht die Möglichkeit, die medizinischen Schwerpunkte der Organisationseinheiten/Fachabteilungen auszuweisen. Ziel ist es, modernen Organisationsformen im Krankenhaus Rechnung zu tragen und durch Zuordnung entsprechender Schlüssel nach § 301 SGB V (unabhängig von den zu Abrechnungszwecken verwendeten Schlüsseln) das tatsächliche Leistungsspektrum der Organisationseinheit/Fachabteilung abzubilden, um den Nutzerinnen und Nutzern einer Qualitätsberichtsdatenbank eine möglichst genaue Suche nach der gewünschten Abteilung zu ermöglichen. So ist auch die Angabe desselben spezifischen Schlüssels nach § 301 SGB V für mehrere Organisationseinheiten/Fachabteilungen eines Krankenhauses möglich. Wenn der Organisationseinheit/Fachabteilung kein spezifischer Schlüssel nach § 301 SGB V zu Abrechnungszwecken zugeordnet wurde, ist als Schlüssel 3700 „Sonstige Fachabteilung“ oder ein dem Fachspektrum der Organisationseinheit/Fachabteilung entsprechender Schlüssel nach § 301 SGB V anzugeben.

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

Fachabteilungsschlüssel (mindestens ein Schlüssel/vierstellig)

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

Auswahloptionen:

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

Ärztliche Leitung

Auswahloptionen:

- Chefarztin oder Chefarzt [„Kontakt/Person lang“] und [„Kontakt/Zugang“]
- Belegärztin oder Belegarzt [„Kontakt/Person lang“] und [„Kontakt/Zugang“]

Die Stellvertretung ist nicht anzugeben.

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

Hier ist verpflichtend anzugeben, ob sich das Krankenhaus bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V 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 Kapitel 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 Kapitel B-[X].3, ihre individuellen Versorgungsschwerpunkte auswählen.

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 KHEntgG fallen, richtet sich die Fallzählung der voll- und teilstationären Fälle nach § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres.

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 die Patientin oder der Patient nach extern entlassen/verlegt wird.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche im Anwendungsbereich der BPfIV richtet sich die Fallzählung nach § 1 Absatz 5 der Vereinbarung über die PEPPV des jeweiligen Berichtsjahres.

B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des 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 Falls angegeben wurde. Es sind hier nur vollstationäre Fälle zu berücksichtigen. Die Hauptdiagnose eines Falls ist von der Organisationseinheit/Fachabteilung anzugeben, die den Fall gemäß der Zuordnung der Fallzahlen in Kapitel B-[X].5 zählt.

Alle ICD-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind endstellig (z. B. G20.21) und mit Fallzahl (Zahl > 0) anzugeben. Es ist die jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche ICD-10-GM-Version zu verwenden. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern die amtliche ICD-10-GM-Version des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.

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. 5-877.20) in absteigender Häufigkeit 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. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern der amtliche OPS-Katalog des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.

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

Es werden nur die OPS-Ziffern der voll- und teilstationären Fälle berücksichtigt, die auch in Kapitel 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 Kapitel 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 Kapitel B-[X].3 in Anhang 2 auszuwählen und mit der entsprechenden Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Die Hinweise zu Kapitel B-[X].3 gelten entsprechend.

Abweichend davon sind die angebotenen Leistungen für die Ambulanzart AM06 „Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V“ und AM17 „Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V“ aus dem entsprechenden Abschnitt der Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ zu Kapitel 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 Patientinnen und Patienten zugänglich sind (z. B. Verträge mit einzelnen Krankenkassen), sollte ein entsprechender Hinweis aufgenommen werden. Krankenhausinterne Konsilleistungen sind hier nicht anzugeben.

Beispiel:

| Num- mer | Art der Ambulanz | Bezeich- nung | Nr. der Leistung | Angebotene Leistungen | Kommentar |
|-------------|------------------|------------------|---------------------|--------------------------|-----------|
|-------------|------------------|------------------|---------------------|--------------------------|-----------|

| | | | | | |
|------|---|------------------------|------|---|-----------------------------|
| AM04 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V (alte Fassung) 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 Stoffwechselerkrankungen | z. B. Diabetes, Schilddrüse |
| | | | ... | ... | |
| AM04 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V (alte Fassung) bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | Schrittmacher-Ambulanz | VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | |
| | | | ... | ... | |
| ... | ... | ... | ... | ... | |

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

Beispiele für die Ambulanzart AM06 und AM17:

| Nummer | Art der Ambulanz | Bezeichnung | Nr. der Leistung | Angebotene Leistungen | Kommentar |
|--------|---|---|------------------|---|-----------|
| AM06 | Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V | Angebote zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt) | LK01 | CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen | |
| | | | ... | ... | |

| | | | | | |
|------|---|---|------|---|--|
| AM17 | Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V | Beteiligung an einem Team zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (neu) | LK29 | onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle | |
|------|---|---|------|---|--|

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

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 – Ambulantes Operieren und stationärsersetzende Eingriffe im Krankenhaus [AOP-Vertrag]) anzugeben. Berücksichtigt werden hier nur die OPS-Ziffern, die in Abschnitt 1 und 2 des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (der Anlage des AOP-Vertrags) aufgeführt sind.

Die Leistungen des Abschnitts 3 des Katalogs (ohne OPS-Zuordnung) können in Kapitel 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 eine Ärztin oder einen Arzt 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 Arbeitnehmerinnen, Arbeitnehmer 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 Ärztinnen und Ärzte in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt umgerechnet. Nichthauptamtliche Ärztinnen und Ärzte (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 Ärztinnen und Ärzte

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 Kapitel A-11.1 Ärztinnen und Ärzte in Kapitel 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 (Kapitel 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:

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

Belegärztinnen und Belegärzte 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 in Kapitel 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 Kapitel 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:

- Fachärztin oder Facharzt für Nervenheilkunde ist Fachärztin oder Facharzt für Neurologie und Psychiatrie = AQ42 + AQ51

- Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin ist Fachärztin oder Facharzt 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 Kapitel 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 (Kapitel B-[X].11.2) addiert mit der Anzahl pflegerischer Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen.

Die pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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 Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegefachfrau, Pflegefachmann (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (7-8 Semester)
- Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften
- Hebammen und Entbindungspfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Beleghebammen und -entbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Operationstechnische Assistentinnen und Operationstechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

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

Die Erfassung des pflegerischen Personals erfolgt getrennt nach „stationäre 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 Patientinnen oder Patienten 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 Kapitel 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 in Kapitel 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.

Grundlage für die Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ ist die Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie vom 29. September 2015) oder ein Abschluss auf Basis einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung. Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit der einzelnen landesrechtlichen Regelungen jeweils eine Einschätzung ab.

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

Anzugeben ist die Zahl der:

- Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen in Vollkräften
- Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen in Vollkräften
- Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten in Vollkräften
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und in Vollkräften
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 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 in Kapitel 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 „Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe“ sind nur Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten, 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 Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Hinweis:

Die Übermittlung der Angaben zu Kapitel C-1.1[Y] und zu Kapitel C-1.2[Z] für die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Anhangs 3 erfolgt gemäß § 8 Absätze 4 bis 6 durch die DeQS-Datenannahmestellen und gemäß Übergangsregelung in § 16 Qb-R durch die nach QSKH-RL und plan. QI-RL auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen.

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, können die übermittelnden Stellen über die Annahmestelle Qb miteinander in Kontakt treten.

Angaben zum Krankenhaus bzw. Standort:

- Institutionskennzeichen (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis)
- Standortnummer

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

Hinweis zum Datenschutz:

- Die Anforderungen 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 Kapitel C-1.1 erfolgt für die Leistungsbereiche gemäß QSKH-RL durch die auf Landesebene beauftragten Stellen und für die Verfahren gemäß DeQS-RL durch die DeQS-Datenannahmestellen.

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

Es erfolgt nachfolgender Hinweis: „Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.“

C-1.1.1 Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten

Folgende Anforderungen sind 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.
- In den standortspezifischen Qualitätsberichten und im Gesamtbericht wird eine krankenhausbezogene Dokumentationsrate je Leistungsbereich berechnet, die anzugeben ist. Bei Krankenhäusern mit mehr als einem Standort ist in den Standortberichten und im Gesamtbericht der Hinweis „Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet“ hinzuzufügen.

C-1.1.2 Übermittlung der Daten

Die Daten werden wie folgt übermittelt:

- Die Daten sind gemäß „Aufstellung der Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll)“ gemäß § 23 Absatz 2 QSKH-RL bzw. Teil 1 § 15 Absatz 2 DeQS-RL (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 sind das Kürzel und die Bezeichnung der Leistungsbereiche aus der Tabelle in Anhang 1 Nummer 9.1 zu übernehmen.
- „Fallzahl des Krankenhauses“: 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 des Krankenhauses“: Hier ist die Dokumentationsrate im Leistungsbereich in Prozent (%) 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.
- „Datensätze des Standortes“: Hier ist die Anzahl der dokumentierten Datensätze des Standortes (ohne Minimaldatensätze) im Leistungsbereich (Ist) anzugeben. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.
- „Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses“: Hier ist, soweit vorhanden, der Kommentar des Krankenhauses anzugeben. Die Angaben sind auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-1.1.3 Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen

1. Für die Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (KCHK, Modul HCH) und die Pankreas-Nieren-Transplantation (PNTX) stellen die angegebenen Dokumentationsraten aggregierte Soll- und Ist-Zahlen für mehrere in den Auswertungen weiter differenzierte Leistungsbereiche dar.

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

- Die Dokumentationsraten der Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (Modul HCH) beziehen sich auf die Auswertungen zu "Isolierte Koronarchirurgie", "Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie", "Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie", "Offen-chirurgische isolierte Aortenklappen-chirurgie", "Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe", "Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe", "Kombinierte Herzklappenchirurgie" und "Katheterge-stützte kombinierte Herzklappeneingriffe".
 - Die Dokumentationsraten der Pankreas-Nieren-Transplantation beziehen sich auf die Bereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation“.
2. 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“).
 3. 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.
 4. Für den Leistungsbereich der Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (HTXM) erfolgt eine weitere Differenzierung der Fallzahlen (Soll) für Herztransplantationen („HTXM_TX“) und Herzunterstützungssysteme („HTXM_MKU“).

Eine detaillierte Übersicht der Zuordnung der Leistungsbereiche zu den Ergebnissen der Qualitätssicherung (Teil C-1.2) können der Tabelle D in Anhang 3 entnommen werden.

C-1.2.[Z] Ergebnisse der Qualitätssicherung

Dargestellt werden die Ergebnisse aus den QS-Verfahren gemäß QSKH-RL, DeQS-RL und plan. QI-RL.

Die Ergebnisse dieser Qualitätssicherungsverfahren können in Form von Qualitätsindikatoren und Kennzahlen vorliegen.

- Qualitätsindikatoren sind QS-Ergebnisse mit Referenzbereich und Bewertung.
- Kennzahlen sind als QS-Ergebnisse ohne Referenzbereich definiert. Bei diesen Ergebnissen ist keine qualitative Bewertung vorgesehen. Es wird zwischen Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifischen, ergänzenden oder kalkulatorischen Kennzahlen unterschieden.

C-1.2.1 Übermittlungswege

Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen gemäß DeQS-RL werden die Ergebnisse von der mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stelle an die DeQS-Datenannahmestelle übermittelt.

Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen gemäß QSKH-RL 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.

Abweichend davon werden für die Qualitätsindikatoren gemäß plan. QI-RL die Ergebnisse von den jeweils bewertenden Stellen übermittelt. Die Datenübermittlung richtet sich danach, ob die Indikatorergebnisse statistische Auffälligkeiten aufweisen oder nicht. D. h.

- a. Bei statistisch unauffälligen Indikatorergebnissen erfolgt die Datenübermittlung durch die gemäß QSKH-RL beauftragten Stellen.
- b. Bei statistisch auffälligen Indikatorergebnissen erfolgt die Datenübermittlung durch die gemäß § 11 Absatz 8 plan. QI-RL bewertende Stelle (Institut nach § 137a SGB V).

Zur Abstimmung der Lieferzuständigkeit erstellt die bewertende Stelle nach Buchstabe b. auf der Grundlage der Jahresauswertungen gemäß § 7 plan. QI-RL bzw. der Neuberechnungen nach § 10 plan. QI-RL jährlich länderbezogene Listen aller Krankenhausstandorte mit der Kennzeichnung, ob ein Indikatorergebnis statistisch auffällig ist. Diese werden zusammen mit den Ergebnissen der Neuberechnungen gemäß § 10 Absatz 2 plan. QI-RL spätestens bis zum 30. Juni des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an die auf der Landesebene beauftragten Stellen übermittelt. Für jeden Krankenhausstandort ist nur ein Ergebnis pro Qualitätsindikator zu übermitteln. Hierzu wird im Rahmen der Datenannahme zusätzlich eine Plausibilisierung der Lieferungen auf Basis der länderbezogenen Listen durchgeführt.

C-1.2.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Sofern den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen Daten zu den im Anhang 3 aufgeführten Leistungsbereichen der verpflichtend zu übermittelnden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Tabelle A) vorliegen, sind die Ergebnisse der entsprechenden Indikatoren und Kennzahlen aufzubereiten.

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 bzw. zu einer bestimmten Kennzahl, erfolgt für diesen Qualitätsindikator bzw. Kennzahl 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 bzw. Kennzahl übermittelt, das anzugeben ist.

- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, für den die Auswertung vorgenommen wurde.
- Liegen für ein Krankenhaus oder einen Krankenhausstandort mehrere Ergebnisse je Qualitätsindikator bzw. je Kennzahl 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.

Es werden folgende Parameter dargestellt:

Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

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

„QS-Ergebnis“: Hier ist die Ergebnis-ID und bei Veröffentlichungen die allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

„Art des Werts“: Hier wird der Typ des QS-Ergebnisses gekennzeichnet. Dieser ist aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

„Bezug zum Verfahren“: Hier wird der Bezug des QS-Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Richtlinien und Regelungen des G-BA und ihren Zielsetzungen gekennzeichnet. Dieser ist aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

„Bezug zu anderen QS-Ergebnissen“: Hier wird bei kalkulatorischen oder ergänzenden Kennzahlen die ID des übergeordneten QS-Ergebnisses angegeben, auf die sich diese Kennzahl bezieht. Die ID ist den Tabellen im Anhang 3 zu übernehmen.

„Sortierung“: Hier wird bei kalkulatorischen oder ergänzenden Kennzahlen eine laufende Nummer angegeben, die bestimmt, in welcher Reihenfolge diese Kennzahlen bei Veröffentlichung darzustellen sind. Die Nummer ist aus den Tabellen in Anhang 3 zu entnehmen.

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

„Fachlicher Hinweis des IQTIG“: Hier ist die Angabe „Fachlicher Hinweis des IQTIG“ aus dem Bericht „Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser“ 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 bzw. der Kennzahl anzugeben. Bei Veröffentlichung soll sie den Werten aus „rechnerisches Ergebnis“, „Vertrauensbereich (Krankenhaus)“, „Bundesergebnis“, „Vertrauensbereich (Bundesergebnis)“, „Referenzbereich“ zugeordnet werden.

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

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

„rechnerisches Ergebnis“: Hier ist das Ergebnis für diesen Qualitätsindikator bzw. diese Kennzahl anzugeben. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt keine Angabe und es ist auf den Datenschutz zu verweisen. Ausgenommen sind hiervon O/E-Indikatoren. Bei diesem Indikatortyp wird das rechnerische Ergebnis angegeben. Bei Qualitätsindikatoren gemäß plan. QI-RL sind die nach Datenvalidierung und Neuberechnung gemäß den §§ 9 und 10 plan. QI-RL ermittelten Ergebnisse anzugeben.

„Vertrauensbereich (Krankenhaus)“: Hier ist der 95 %-Vertrauensbereich des Ergebnisses für diesen Qualitätsindikator bzw. für diese Kennzahl gemäß der bundeseinheitlichen Rechenregeln gemäß § 8 QSKH-RL anzugeben. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt keine Angabe und es ist auf den Datenschutz zu verweisen. Ausgenommen sind hiervon O/E-Indikatoren. Bei diesem Indikatortyp wird der Vertrauensbereich angegeben.

„beobachtete Ereignisse/beobachtet“: Hier ist die Anzahl der beobachteten Ereignisse anzugeben. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt keine Angabe und es ist auf den Datenschutz zu verweisen.

„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 keine Angabe und es ist auf den Datenschutz zu verweisen.

„Grundgesamtheit/Fallzahl“: Hier ist die Grundgesamtheit einzutragen. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.

„risikoadjustierte Rate“: Hier ist die risikoadjustierte Rate des Krankenhauses ergänzend für einen O/E-Indikator bzw. für eine O/E-Kennzahl anzugeben, sofern diese Angabe vorliegt.

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

Nur für Qualitätsindikatoren:

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

„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 gemäß § 8 QSKH-RL bzw. § 8 DeQS-RL zu verwenden. Bei den Ergebnissen der DeQS-RL erfolgt die standortbezogene Bewertung der Entwicklung durch das IQTIG (Institut nach § 137a SGB V). Das Ergebnis ist „einge-

schränkt/nicht vergleichbar“ mit dem Vorjahr, wenn im Vorjahr kein Ergebnis vorlag oder der Indikator laut dem Dokument „Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ (dort im Anhang „Historie der Qualitätsindikatoren“) unter <https://www.iqtig.org> als „eingeschränkt vergleichbar“ mit dem Vorjahr eingestuft ist. Für den Vorjahresvergleich der Indikatoren gemäß plan. QI-RL ist sicherzustellen, dass den auf Bundes- und auf Landesebene beauftragten Stellen die jeweiligen Vorjahresdaten zur Verfügung stehen.

„Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“: Hier ist die Bewertung des Strukturierten Dialogs gemäß QSKH-RL bzw. des Stellungnahmeverfahrens gemäß plan. QI-RL oder DeQS-RL 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 nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig – Besondere klinische Situation -> U31)

| Kategorie | Einstufung | Ziffer | Verfahren | Begründung |
|-----------|---|--------|------------|---|
| N | Bewertung nicht vorgesehen | 01 | QSKH, DeQS | Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind |
| | | 02 | QSKH, DeQS | Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert |
| | | 99 | QSKH, DeQS | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| R | Ergebnis liegt im Referenzbereich | 10 | QSKH, DeQS | Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturiertes Dialog bzw. Stellungnahmeverfahren erforderlich |
| H | Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen | 20 | QSKH | Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit |
| | | 99 | QSKH | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| U | Bewertung nach Strukturiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig | 31 | QSKH | Besondere klinische Situation |
| | | 32 | QSKH | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| | | 33 | QSKH | Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) |

| | | | | |
|---|---|----|------------|---|
| | | 34 | Plan-QI | zureichend |
| | | 61 | DeQS | Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert) |
| | | 62 | DeQS | Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle |
| | | 63 | DeQS | Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) |
| | | 99 | QSKH, DeQS | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| A | Bewertung nach Strukturisiertem Dialog oder Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig | 41 | QSKH | Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel |
| | | 42 | QSKH | Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt |
| | | 43 | Plan-QI | unzureichend |
| | | 71 | DeQS | Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel (im Kommentar erläutert) |
| | | 72 | DeQS | Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt |
| | | 99 | QSKH, DeQS | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| D | Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation | 50 | QSKH | Unvollzählige oder falsche Dokumentation |
| | | 51 | QSKH | Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht |
| | | 80 | DeQS | Unvollzählige oder falsche Dokumentation |

| | | | | |
|---|-----------|----|------------|---|
| | | 81 | DeQS | Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht |
| | | 99 | QSKH | Sonstiges (im Kommentar erläutert) |
| S | Sonstiges | 90 | QSKH | Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog |
| | | 91 | QSKH | Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen |
| | | 92 | DeQS | Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden |
| | | 99 | QSKH, DeQS | 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/des Stellungnahmeverfahrens im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht „verbessert“, „unverändert“, „verschlechtert“ oder „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ ist. Für den Vorjahresvergleich der Qualitätsindikatoren gemäß plan. QI-RL ist sicherzustellen, dass den auf Bundes- und auf Landesebene beauftragten Stellen die jeweiligen Vorjahresdaten zur Verfügung stehen.

Die Einordnung erfolgt auf Basis folgender Matrix:

| Bewertung Erfassungsjahr gemäß QSKH-RL/ DeQS-RL und gemäß plan. QI-RL | | | | | | | | | |
|---|------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Bewertung Vorjahr | Kategorien | N | R | H | U | A | D | S | |
| | N | eingeschränkt/nicht vergleichbar | eingeschränkt/nicht vergleichbar | eingeschränkt/nicht vergleichbar | eingeschränkt/nicht vergleichbar | eingeschränkt/nicht vergleichbar | eingeschränkt/nicht vergleichbar | eingeschränkt/nicht vergleichbar | eingeschränkt/nicht vergleichbar |
| | R | eingeschränkt/nicht vergleichbar | unverändert | eingeschränkt/nicht vergleichbar | unverändert | verschlechtert | verschlechtert | eingeschränkt/nicht vergleichbar | |
| | H | eingeschränkt/nicht vergleichbar | eingeschränkt/nicht vergleichbar | eingeschränkt/nicht vergleichbar | eingeschränkt/nicht vergleichbar | eingeschränkt/nicht vergleichbar | eingeschränkt/nicht vergleichbar | eingeschränkt/nicht vergleichbar | |

| | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| U | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | unverändert | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | unverändert | verschlechtert | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | eingeschränkt/ nicht vergleichbar |
| A | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | verbessert | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | verbessert | unverändert | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | eingeschränkt/ nicht vergleichbar |
| D | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | verbessert | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | unverändert | eingeschränkt/ nicht vergleichbar |
| S | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | eingeschränkt/ nicht vergleichbar | eingeschränkt/ nicht vergleichbar |
| Lesbeispiel: Wenn eine auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragte Stelle das Indikatoregebnis 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“. | | | | | | | |

„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. Hier ist einer der Kommentare gemäß § 11 Absatz 9 der plan. QI-RL einzufügen. Ergeben sich in Folge der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie Einschränkungen in der Aussagekraft oder Vergleichbarkeit der QS-Ergebnisse sind diese hier zu benennen.

Die Angaben zu

- Leistungsbereich-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs,
- Ergebnis-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl,
- Art des Wertes,
- Bezug zum Verfahren,
- Ergebnis mit Bezug zu Infektionen,
- Fachlicher Hinweis des IQTIG,
- Einheit,

- Bundesergebnis,
- Vertrauensbereich (Bundesergebnis) und
- Referenzbereich

finden sich auf der Internetseite des Instituts nach § 137a SGB V unter <https://iqtig.org/qs-berichte/strukturiertesqualitaetsbericht/>.

Für Qualitätsindikatoren, bei denen die qualitative Bewertung gemäß DeQS-RL, QSKH-RL oder plan.QI-RL 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.

Informationen zur Zuordnung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu den in Kapitel C-1.1 darzustellenden Leistungsbereichen sind der Tabelle D in Anhang 3 zu entnehmen.

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3

Tabelle D: siehe Anhang 3

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

Hier gibt das Krankenhaus an, ob auf Landesebene über die nach den §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja, sind die für das jeweilige Bundesland relevanten Leistungsbereiche aus der Auswahlliste „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht“ (Kapitel 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 in Kapitel C-4 angegeben werden.

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

Gemäß § 137f SGB V 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.

Anforderungen an DMP gibt es zu folgenden Indikationen:

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Chronische Herzinsuffizienz
- Asthma bronchiale
- Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Chronischer Rückenschmerz
- Depression
- Osteoporose

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 (gegebenenfalls Link auf Internetseite 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 2000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) pro Verfahren.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Die Erfassungssoftware übernimmt nachfolgenden Hinweis automatisch:

„Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.“

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

Für folgende Leistungsbereiche gelten im aktuellen Berichtsjahr die Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 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 tatsächlich erbrachte Menge an. Bei Unterschreitung der Mindestmenge ist die jeweilige Begründung aus der Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge“ (Kapitel C-5.1) gemäß Anhang 2 auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr

Für alle mindestmengenrelevanten Leistungene gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sind ab dem Berichtsjahr 2018 Angaben zur Leistungsberechtigung für das zweite auf das Berichtsjahr folgende Jahr (Prognosejahr) zu veröffentlichen. Ziel ist, prospektiv darüber zu informieren, ob ein Krankenhaus an seinem Standort oder an seinen Standorten zur Erbringung von mindestmengenrelevanten Leistungen berechtigt ist. Krankenhäuser, die mindestmengenrelevante Leistungen im Prognosejahr erbringen wollen, geben für die mindestmengenrelevanten Leistungsbereiche die Angaben unter C-5.2 an.

Abweichend von den anderen Kapiteln des Qualitätsberichts werden hierzu Daten erfasst, die sich nicht auf das Berichtsjahr beschränken, sondern sich zusätzlich auf die ersten zwei Quartale des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erstrecken. Darüber hinaus werden Informationen für das Prognosejahr erfasst.

Zu jedem Leistungsbereich sind standortbezogen folgende Angaben zu machen:

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

Es ist anzugeben, ob der Krankenhausstandort im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt ist:

Auswahloptionen: ja; nein; Rechtsstreit anhängig

Im Folgenden ist die Grundlage für die Leistungsberechtigung anzugeben:

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen

- Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemäß § 5 Abs. 5 und 6 Mm-R. An dieser Stelle ist anzugeben, ob die Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt wurde:
Auswahloptionen: ja; nein; Rechtsstreit anhängig
- Leistungsmenge, die der Krankenhausträger im Rahmen der Prognosedarlegung an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen übermittelt hat und Gegenstand der Prognoseprüfung waren:
 - Angabe der im Berichtsjahr erreichten Leistungsmenge
(*Hinweis: Automatische Übernahme des Wertes aus Kapitel C-5.1 durch die Erfassungssoftware*)
 - Angabe der in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahrs und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichten Leistungsmenge

C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt.

Auswahloptionen: ja; nein

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses die Nichtanwendbarkeit des Leistungsverbots und des Vergütungsausschlusses für die betreffende Leistung entschieden.

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 4 Satz 1 und 2 SGB V keine Anwendung finden.

Auswahloptionen: ja; nein

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

An dieser Stelle ist die Umsetzung von Beschlüssen des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 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 § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V“ (Kapitel C-6) die entsprechenden Nummern auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Bei Angaben zu Maßnahmen zu Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen ist dabei die vorgehaltene Versorgungsstufe zu berücksichtigen.

Wird die Auswahl CQ05, CQ06 oder CQ07 getroffen, ist automatisch jeweils zusätzlich der Hinweis: „Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org“ darzustellen.

Darüber hinaus sind für die Perinatalzentren Level 1 und Level 2 jeweils für die Berichtsjahre 2020 und 2021 Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. Nummer II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL zu machen:-RL zu machen:

- Das Zentrum hat dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß Nummer I.2.2 bzw. Nummer II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt.
Antwortoptionen: ja, nein
Wenn ja,
- Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL teil.
Antwortoptionen: ja, nein
Wenn ja,
- Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL abgeschlossen:
Antwortoptionen: ja, nein

Wenn das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß Nummer I.2.2 bzw. Nummer II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt hat, ist automatisch der folgende Hinweis darzustellen:

„Der ‚klärende Dialog‘ ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Perinatalzentren, die nach dem 1. Januar 2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die pflegerische Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g, noch nicht vollumfänglich erreicht haben.“

Zu jeder Richtlinie/Vereinbarung können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 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 Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und –psychotherapeuten, 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 im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen

Aus dieser Gruppe ist dann die Anzahl derjenigen anzugeben, die bis zum 31. Dezember des Berichtsjahres den Fortbildungsnachweis erbracht haben.

Beispiel:

| | | Anzahl |
|----|---|---------------|
| 1. | Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen) |Personen |

| | | |
|-------|--|---------------|
| 1.1 | - Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen |Personen |
| 1.1.1 | - Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben |Personen |

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

Krankenhäuser machen die unten genannten Angaben für jeden Bereich, für den die Ermittlung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) einen pflegesensitiven Bereich im Berichtsjahr 2020 ergeben hat. Alle Angaben zu den jährlichen Erfüllungsgraden erfolgen auf Ebene des einzelnen pflegesensitiven Bereichs, getrennt für alle Stationen des ausgewählten pflegesensitiven Bereichs sowie getrennt für Tag- und Nachtschichten.

Für folgende pflegesensitive Bereiche gelten schichtbezogen seit dem 1. Januar 2020 Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 6 Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV).

| Pflegesensitiver Bereich | Pflegepersonaluntergrenzen (Patientinnen und Patienten je Pflegekraft) | | Höchstanteile an Pflegehilfskräften | |
|----------------------------------|---|--------------|-------------------------------------|--------------|
| | Tagschicht | Nachtschicht | Tagschicht | Nachtschicht |
| Intensivmedizin | 2,5 | 3,5 | 8 % | 0 % |
| Geriatric | 10 | 20 | 15 % | 20 % |
| Neurologie | 10 | 20 | 10 % | 8 % |
| Neurologie Schlaganfallereinheit | 3 | 5 | 0 % | 0 % |
| Neurologische Frührehabilitation | 5 | 12 | 10 % | 8 % |
| Herzchirurgie | 7 | 15 | 5 % | 0 % |
| Kardiologie | 10 | 20 | 10 % | 10 % |
| Unfallchirurgie | 10 | 20 | 10 % | 15 % |

Tabelle 1: Pflegepersonaluntergrenzen für das Berichtsjahr

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020:

Die Angaben in diesem Kapitel basieren auf den Nachweisen der Krankenhäuser zu den Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUG-Nachweisvereinbarung 2020 vom 12.11.2019 sowie der PpUG-Ergänzungs-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 04.05.2020. Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (BGBl. I S. 597 vom 27.03.2020) und vor dem Hintergrund der COVID-19 Pandemie hat das

Bundesministerium für Gesundheit die Melde- und Nachweispflichten mit Bezug zu §§ 1 bis 9 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung vom 28.10.2019 (PpUGV) mit Wirkung zum 01.03.2020 bis zum 31.12.2020 ausgesetzt. Mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 16.07.2020 (BGBl I S. 1701) wurden die Melde- und Nachweispflichten für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie zum 01.08.2020 wieder eingesetzt.

Für das Berichtsjahr 2020 liegen demnach Nachweise nach §§ 3 bis 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 für alle pflegesensitiven Bereiche gemäß § 6 Abs. 1 Nrn. 1 bis 8 (Vgl. Tabelle 1) für die Monate Januar und Februar vor. Für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie liegen darüber hinaus Nachweise zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß §§ 3 bis 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 für die Monate August bis Dezember vor. Der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen ist gemäß § 137i Abs. 4 S. 4 SGB V sowie gemäß § 4 der Zweiten PpUG-Ergänzungs- Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 27.08.2020 in den Qualitätsberichten darzustellen.

Aufgrund der oben beschriebenen Anpassungen vor dem Hintergrund der COVID-19 Pandemie ist die Datengrundlage zur Ermittlung des monatsbezogenen (Kapitel C-8.1) sowie des schichtbezogenen Erfüllungsgrades (Kapitel C-8.2) im Berichtsjahr 2020 eingeschränkt. Mit den Daten für die Monate Januar und Februar liegen für die Bereiche Neurologie, Neurologie Schlaganfalleinheit, Neurologische Frührehabilitation, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie jeweils lediglich Daten zu zwei Monaten des Jahres 2020 vor, auf deren Basis der monatsbezogene Erfüllungsgrad (Kapitel C-8.1) ermittelt wurde. Die Erfüllungsgrade sind daher unter Berücksichtigung der eingeschränkten Datengrundlage zu interpretieren und müssen nicht repräsentativ für das gesamte Jahr sein. Bei der Ermittlung des monatsbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie konnten darüber hinaus monatsbezogene Daten der Monate August bis Dezember genutzt werden.

Zur Ermittlung des schichtbezogenen Erfüllungsgrades (Kapitel C-8.2) werden die einzelnen Schichten in den pflegesensitiven Bereichen herangezogen. Für das Berichtsjahr 2020 liegen in den pflegesensitiven Bereichen Neurologie, Neurologie Schlaganfalleinheit, Neurologische Frührehabilitation, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie jeweils Daten zu maximal 60 Tag- bzw. Nachtschichten (31 Schichten im Januar + 29 Schichten im Februar) vor. Die o.g. Limitationen gelten entsprechend. Bei der Ermittlung des schichtbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie konnten darüber hinaus schichtbezogene Daten der Monate August bis Dezember genutzt werden.

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der Erfüllungsgrad der jeweiligen PpUG ergibt sich für jeden pflegesensitiven Bereich als Anteil der eingehaltenen Monatsdurchschnitte an allen Monatsdurchschnitten pro Jahr, differenziert nach pflegesensitiven Stationen sowie nach der Tag- und Nachtschicht. Damit entspricht der monatsbezogene Erfüllungsgrad dem Erfüllungsgrad 2 gemäß § 5 Abs. 1 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 12.11.2019. Der monatsbezogene Erfüllungsgrad ist wie folgt darzustellen:

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Monatsbezogener Erfüllungsgrad | Ausnahmetatbestände | Kommentar |
|--|--|--------------|---|--|--|
| Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gem. § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung 2020 | Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung 2020 | Tagschicht | Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Tagschichten auf der Station X eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 1“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung 2020 angegeben ist. | Summe der angegebenen Ausnahmetatbestände für diese Station in der Tagschicht gemäß der Spalte „Ausnahmetatbestand gem. § 8 Abs. 2 PpUGV oder PpUG-Sanktionsvereinbarung“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung 2020 | Es können ergänzende Angaben zu den Ausnahmetatbeständen gemacht werden. Die Angaben sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt. |
| Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gem. § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung 2020 | Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung 2020 | Nachtschicht | Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Nachtschichten auf der Station X eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 1“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung 2020 angegeben ist. | Summe der angegebenen Ausnahmetatbestände für diese Station in der Nachtschicht gemäß der Spalte „Ausnahmetatbestand gemäß § 8 Absatz 2 PpUGV oder PpUG-Sanktionsvereinbarung“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung 2020 | Es können ergänzende Angaben zu den Ausnahmetatbeständen gemacht werden. Die Angaben sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt. |
| <i>Beispiel:</i> | | | | | |
| <i>Geriatric</i> | <i>Station 1A</i> | Tagschicht | 50% <i>Lesehilfe: Auf dieser Station wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in der Tagschicht in 50% der Monate des Berichtsjahres im Monatsdurchschnitt eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)</i> | | |
| <i>Geriatric</i> | <i>Station 1A</i> | Nachtschicht | 58,33% | 3 | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| | | | <p><i>Lesehilfe: Auf dieser Station wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in der Nachtschicht in 58,33% der Monate des Berichtsjahres im Monatsdurchschnitt eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)</i></p> | <p><i>Lesehilfe: Für diese Station wurden 3 Ausnahmetatbestände angegeben, aufgrund derer die PpUG im Monatsdurchschnitt nicht eingehalten wurden. Ausnahmetatbestände können vom Krankenhaus bei Vorliegen der folgenden Umstände geltend gemacht werden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging.</i> - <i>Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen.</i> - <i>Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern.</i> | |
|--|--|--|--|---|--|

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

Der Erfüllungsgrad der jeweiligen PpUG ergibt sich für jeden pflegesensitiven Bereich als Anteil der eingehaltenen Schichten pro Jahr an allen Schichten pro Jahr, differenziert nach pflegesensitiven Stationen sowie nach der Tag- und Nachtschicht. Der schichtbezogene Erfüllungsgrad wird getrennt für die Tag- und Nachtschichten jeder Station eines pflegesensitiven Bereichs ausgewiesen und entspricht damit dem Erfüllungsgrad 1 gemäß § 5 Abs. 1 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 12.11.2019.

Der schichtbezogene Erfüllungsgrad ist wie folgt darzustellen:

| Pflegesensitiver Bereich | Station | Schicht | Schichtbezogener Erfüllungsgrad | Kommentare |
|---|--|--------------|--|--|
| Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gemäß § 3 PpUGV“ der Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Tagschicht | Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Tagschichten auf der Station X eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 1“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 angegeben ist. | Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt. |
| Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gemäß § 3 PpUGV“ der Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlagen 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 | Nachtschicht | Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Nachtschichten auf der Station X eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 1“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 angegeben ist. | Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt. |
| <i>Beispiel:</i> | | | | |
| Geriatric | Station 1A | Tagschicht | = 94,52 % <i>Lesehilfe: Auf dieser Station wurden im Berichtsjahr in 94,52% aller geleisteten Tagschichten die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)</i> | Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt. |
| Geriatric | Station 1A | Nachtschicht | 72,05 % <i>Lesehilfe: Auf dieser Station wurden im Berichtsjahr in 72,05% aller geleisteten Nachtschichten die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)</i> | Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt. |

Anhänge

- Anhang 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2020
- Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2020
- Anhang 3: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2020
- Anhang 4: Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2020

Anhang 2 zur Anlage Auswahllisten für das Berichtsjahr 2020

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

| Nummer | 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/Arbeitserprobung | |
| MP08 | Berufsberatung/Rehabilitationsberatung | |
| MP09 | Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden | <i>z. B. Hospizdienst, Palliative Care, Trauerbegleitung</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 | Entlassmanagement/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-Kurse, 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 Patientinnen und Patienten 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 Diabetikerinnen und Diabetiker | |
| 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 Hebammen/Entbindungspflegern | <i>z. B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote</i> |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | <i>z. B. Pflegevisiten, Pflegeexpertinnen oder Pflegeexperten, 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 stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege | |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | |

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

| Nummer | Leistungsangebot | Kommentar/Erläuterung |
|------------------------|------------------|---|
| Patientenzimmer | | |
| NM02 | Ein-Bett-Zimmer | <i>z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur</i> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <i>Ausstattung der Patientenzimmer</i> |
| NM03 | Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | <i>z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur Ausstattung der Patientenzimmer</i> |
| NM05 | Mutter-Kind-Zimmer | <i>z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur Ausstattung der Patientenzimmer</i> |
| NM10 | Zwei-Bett-Zimmer | <i>z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur Ausstattung der Patientenzimmer</i> |
| NM11 | Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle | <i>z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur Ausstattung der Patientenzimmer</i> |
| Besondere Ausstattung des Krankenhauses | | |
| NM 69 | Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum) | <i>z. B. Link zur Internetseite des Krankenhauses</i> |
| Angebote für schulpflichtige Patientinnen und Patienten | | |
| NM62 | Schuleteilnahme in externer Schule/Einrichtung | <i>z. B. Kooperationspartner, Link zu Details</i> |
| NM63 | Schule im Krankenhaus | |
| NM64 | Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z. B. Internet | |
| NM50 | Kinderbetreuung | <i>z. B. Alter der Kinder, Öffnungszeiten, Link zur Internetseite mit aktuellen Angaben</i> |
| Individuelle Hilfs- und Serviceangebote | | |
| NM07 | Rooming-in | |
| NM09 | Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich) | |
| NM40 | Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter | |
| NM49 | Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten | |
| NM60 | Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen | |
| NM66 | Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen | <i>z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche, glutenfreie Ernährung</i> |
| NM42 | Seelsorge/spirituelle Begleitung | |
| NM68 | Abschiedsraum | |

Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (Kapitel A-7.2)

| Nummer | Aspekt der Barrierefreiheit | Kommentar/Erläuterung |
|---|---|--|
| Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit | | |
| BF01 | Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift | <i>z. B. Beschriftung liegt vor in Patientenzimmern, in Behandlungsräumen, in Funktionsräumen</i> |
| BF02 | Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift | <i>z. B. Konkretisierung, ob Ausstattung der Aufzüge mit Sprachansage, mit kontrastreicher erhabener Profilschrift, mit Blindenschrift-/Braille-Beschriftung</i> |
| BF03 | Tastbarer Gebäudeplan | <i>z. B. Angabe, wo sich der tastbare Gebäudeplan befindet</i> |

| | | |
|---|---|---|
| BF04 | Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung | <i>z. B. Angabe, wo im Haus die Beschriftung vorhanden ist und Konkretisierung zur Beschriftung, ob Piktogramme verwendet werden, ob die Vorgaben der DIN 18040 i. V.m DIN 32975 berücksichtigt werden</i> |
| BF05 | Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen | <i>z. B. Angaben, wo im Haus ein Blinden- bzw. Bodenleitsystem für sehbehinderte oder blinde Menschen installiert ist, wann und wo eine personelle Unterstützung angefordert werden muss, ob die Vorgaben der DIN 18040 i. V.m. DIN 32984 berücksichtigt werden</i> |
| Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | | |
| BF33 | Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | <i>z. B. Angabe, ob und wieviele Behindertenparkplätze vorhanden sind, ob barrierefreie Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln gegeben ist, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden</i> |
| BF34 | Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen | <i>z. B. Angabe, ob der Tresen beim Service-/Anmeldeschalter eine Nutzung vom Rollstuhl aus und auch für Kleinwüchsige ermöglicht, ob eine Induktionsschleife am Service-/Anmeldeschalter installiert ist, ob Treppen im Eingangsbereich mit einem beidseitigen Handlauf versehen sind oder ob der Zugang ebenerdig oder über eine Rampe möglich ist, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden</i> |
| BF06 | Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen | <i>z. B. Konkretisierung, ob Toiletten von unterschiedlichen Seiten anfahrbar sind, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden</i> |
| BF08 | Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen | <i>z. B. Angabe, welche Serviceeinrichtungen einen rollstuhlgerechten Zugang haben</i> |
| BF09 | Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen) | <i>z. B. Aufzüge mit gut erreichbaren Bedienfeldern</i> |
| BF10 | Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher | <i>z. B. Angabe, ob Toilette beidseitig anfahrbar ist, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden</i> |
| BF11 | Besondere personelle Unterstützung | <i>z. B. Angabe, in welchen Situationen es besondere personelle Unterstützung (bspw. Begleitung/Führen eines Rollstuhls) gibt, wo besondere personelle Unterstützung angefordert werden muss, ob bzw. in welchen Situationen die Begleitung individueller Bezugspersonen möglich ist</i> |
| Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit | | |
| BF35 | Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen | <i>z. B. Angabe, welche visuellen Anzeigen (z. B. Blitzanlage, Anzeige „Hilfe kommt“) vorhanden sind und welche Räume damit ausgestattet sind, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden</i> |
| BF36 | Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten | <i>z. B. Angabe, welche Behandlungsräume im Haus mit dieser Anzeige ausgestattet sind.</i> |

| | | |
|--|--|---|
| BF37 | Aufzug mit visueller Anzeige | <i>z. B. Konkretisierung, welche visuelle Anzeigen vorhanden sind (z. B. Stockwerksanzeige, visuelle Anzeige für den Notruf „Hilfe kommt“), Angabe, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden</i> |
| BF38 | Kommunikationshilfen | <i>z. B. Angabe, ob Gebärdensprachdolmetscher/-in, Schriftdolmetscher/-in vorhanden, technische Kommunikationshilfe vorhanden</i> |
| BF13 | Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache | <i>z. B. Angabe, wie eine Übertragung von Informationen in leicht verständliche Sprache abläuft und wo diese angefordert werden können</i> |
| Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | | |
| BF14 | Arbeit mit Piktogrammen | <i>z. B. Angabe, auf welchen Stationen mit Piktogrammen gearbeitet wird</i> |
| BF15 | Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | <i>z. B. Angabe, welche baulichen Maßnahmen für Menschen mit Demenz bzw. mit geistiger Behinderung es gibt und wo diese vorhanden sind</i> |
| BF16 | Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung | <i>z. B. Angabe, welche besondere personelle Unterstützung es für Menschen mit Demenz bzw. geistiger Behinderung gibt (bspw. bei der Medikamentenapplikation) und wo diese angefordert werden muss</i> |
| Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung | | |
| BF17 | Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | <i>z. B. Angabe zu max. Körpergröße und/oder max. Körpergewicht, ob elektrisch verstellbar</i> |
| BF18 | OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | <i>z. B. Angabe, welche OP-Einrichtungen entsprechend ausgestattet sind (z. B. Schleusen, OP-Tische), Angabe zu max. Körpergröße und/oder max. Körpergewicht</i> |
| BF19 | Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | <i>z. B. Angabe zu max. Körpergröße und/oder max. Körpergewicht</i> |
| BF20 | Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | <i>z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten</i> |
| BF21 | Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | <i>z. B. Patientenlifter</i> |
| BF22 | Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße | <i>z. B. Anti-Thrombosestrümpfe</i> |
| Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien | | |
| BF23 | Allergenarme Zimmer | <i>z. B. Angabe, auf welchen Stationen es allergenarme Zimmer gibt und ob eine Bekanntgabe von Allergien vor der Aufnahme erforderlich ist</i> |
| BF24 | Diätische Angebote | <i>z. B. Angabe, welche Diäten berücksichtigt werden können</i> |

| Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung | | |
|---|--|--|
| BF25 | Dolmetscherdienste | <i>z. B. Konkretisierung, für welche Sprachen Dolmetscherdienste zur Verfügung stehen</i> |
| BF26 | Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal | <i>z. B. Konkretisierung, in welchen Sprachen Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal möglich sind</i> |
| BF29 | Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus | <i>z. B. Konkretisierung, in welchen Sprachen Informationsmaterial vorliegt</i> |
| BF30 | Mehrsprachige Internetseite | <i>z. B. Konkretisierung, in welchen Sprachen die Internetseite gestaltet ist</i> |
| BF31 | Mehrsprachiges Orientierungssystem (Ausschilderung) | <i>z. B. Konkretisierung, in welchen Sprachen die Ausschilderung vorliegt</i> |
| BF32 | Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung | <i>z. B. Raum der Stille</i> |
| Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit | | |
| BF39 | Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses | <i>Link zur Internetseite</i> |
| BF40 | Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage | <i>z. B. Angabe, welche Einschränkungen der Nutzer (Sehen, Hören, Bewegen, Verarbeiten von Informationen) bei der Informationsdarbietung berücksichtigt werden</i> |
| BF41 | Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme | <i>z. B. Konkretisierung, wo barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme vorhanden sind (z. B. Patientenzimmer, Behandlungsräume, Sanitäranlagen)</i> |

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

| Nummer | Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten | Kommentar/Erläuterung |
|---------------|---|------------------------------|
| FL01 | Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten | |
| FL02 | Dozenturen/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“ (Kapitel A-8.2)

| Num-mer | Ausbildung in anderen Heilberufen | Kommentar/Erläuterung |
|---------|---|-----------------------|
| HB15 | Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA) | |
| HB16 | Diätassistentin und Diätassistent | |
| HB10 | Hebamme und Entbindungspfleger | |
| HB06 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut | |
| HB01 | Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger | |
| HB19 | Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner | |
| HB20 | Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. | |
| HB21 | Altenpflegerin, Altenpfleger | |
| HB02 | Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger | |
| HB03 | Krankengymnastin und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut | |
| HB17 | Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer | |
| HB09 | Logopädin und Logopäde | |
| HB13 | Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF) | |
| HB12 | Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA) | |
| HB05 | Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) | |
| HB07 | Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA) | |
| HB14 | Orthoptistin und Orthoptist | |
| HB11 | Podologin und Podologe | |
| HB18 | Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre) | |

Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal“ (Kapitel A-11.4)

| Num-mer | Spezielles therapeutisches Personal | Kommentar/Erläuterung |
|---------|--|-----------------------|
| SP04 | Diätassistentin und Diätassistent | |
| SP36 | Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heilerhythmielehrerin und Heilerhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer | |
| SP05 | Ergotherapeutin und Ergotherapeut | |
| SP06 | Erzieherin und Erzieher | |
| SP31 | Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoge | |
| SP08 | Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger | |
| SP09 | Heilpädagogin und Heilpädagoge | |
| SP39 | Heilpraktikerin und Heilpraktiker | |
| SP30 | Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker | |
| SP54 | Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut | |
| SP57 | Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe | |
| SP13 | Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut | |

| | | |
|-------|---|------------------------------|
| SP14 | Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker | |
| SP15 | Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister | <i>z. B. für Babymassage</i> |
| SP43 | Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF) | |
| SP55 | Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA) | |
| SP56 | Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA) | |
| SP16 | Musiktherapeutin und Musiktherapeut | |
| SP17 | Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler) | |
| SP18 | Orthopädiemechanikerin und Bandagistin und Orthopädiemechaniker und Bandagist/Orthopädieschuhmacherin und Orthopädieschuhmacher | |
| SP19 | Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker | |
| SP20 | Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer | |
| SP21 | Physiotherapeutin und Physiotherapeut | |
| SP22 | Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger) | |
| SP23 | Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe | |
| SP24 | Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut | |
| SP25 | Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter | |
| SP26 | Sozialpädagogin und Sozialpädagoge | |
| SP40 | Sozialpädagogische Assistentin und Sozialpädagogischer Assistent/ Kinderpflegerin und Kinderpfleger | |
| SP35 | Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater | |
| 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 | |
| SP60 | Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation | |
| SP61 | Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik | |
| SP58 | Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG) | |
| SP59 | Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre) | |
| SP 62 | Gesundheitspädagogin und -pädagoge | |

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

| Nummer | 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/S OP letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM06 | Sturzprophylaxe | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP 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/S OP letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM08 | Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM09 | Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP 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 maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen) |
| RM12 | Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen | |
| RM13 | Anwendung von standardisierten OP-Checklisten | |

| | | |
|------|--|---|
| RM14 | Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM15 | Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM16 | Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM17 | Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum) |
| RM18 | Entlassungsmanagement | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum) |

Auswahlliste „Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems“ (Kapitel A-12.2.3.1)

| Nummer | 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 Mitarbeiterinnen und 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“ (Kapitel A-12.2.3.2)

| Nummer | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|----------------------------------|---|---|
| <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, Kassenärztliche 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 maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)</i> |

Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (Kapitel A-12.3.2.6)

| Nummer | 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 -HAND-KISS -ITS-KISS -MRSA-KISS -NEO-KISS -ONKO-KISS -OP-KISS -STATIONS-KISS -SARI (Mehrfachangaben möglich) |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen) |
| 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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | |

Auswahlliste „Arzneimitteltherapiesicherheit“ (Kapitel A-12.5.4)

| Nummer | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben | Kommentar/Erläuterung |
|--|--|---|-----------------------|
| Allgemeines | | | |
| AS01 | Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen | | |
| AS02 | Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder | | |
| Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese | | | |
| AS03 | Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP [letzte Aktualisierung (Datum)] | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| AS04 | Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von <i>Patientenstammdaten</i> oder <i>Medikationsplan</i> , Nutzung einer <i>Arzneimittelwissensdatenbank</i> , <i>Eingabemaske für Arzneimittel</i> oder <i>Anamneseinformationen</i>) | | |
| Medikationsprozess im Krankenhaus | | | |
| AS05 | Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. <i>Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung</i>) | Teil der QM/RM-Dokumentation (gem. RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)] | |
| AS06 | SOP zur guten Verordnungspraxis | Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/SOP [letzte Aktualisierung (Datum)] | |
| AS07 | Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. <i>im KIS</i> , <i>in einer Verordnungssoftware</i>) | | |
| AS08 | Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. <i>Lauer-Taxe®</i> , <i>ifap klinikCenter®</i> , <i>Gelbe Liste®</i> , <i>Fachinfo-Service®</i>) | | |
| AS09 | Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln | Auswahloptionen: <ul style="list-style-type: none"> – Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung – Zubereitung durch pharmazeutisches Personal – Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen – Sonstiges: (Freitextangabe, max. 500 Zeichen) (<i>Mehrfachauswahl möglich</i>) | |
| AS10 | Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln | <ul style="list-style-type: none"> – Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. <i>Meona®</i>, <i>Rpdoc®</i>, <i>AIDKlinik®</i>, <i>ID Medics®</i> bzw. <i>ID Diacos® Pharma</i>) – Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell | |

| | | | |
|-------------------|---|--|--|
| | | <p>abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z. B. Unit-Dose-System)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sonstige elektronische Unterstützung (bei z. B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen) - <i>(Mehrfachauswahl möglich)</i> | |
| AS11 | Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln | | |
| AS12 | Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern | <p>Auswahloptionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsüber-greifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) - andere Maßnahme (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen) <p><i>(Mehrfachauswahl möglich)</i></p> | |
| Entlassung | | | |
| AS13 | Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung | <p>Auswahloptionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten - Sonstiges: (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen) <p><i>(Mehrfachauswahl möglich)</i></p> | |

Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung" (Kapitel A-13)

| Nummer | Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend) | Umgangssprachliche Bezeichnung | Zusatzangabe: 24 Stunden- | Kommentar/Erläuterung |
|--------|---|--------------------------------|------------------------------|-----------------------|
|--------|---|--------------------------------|------------------------------|-----------------------|

| | | | Notfall- verfüg- barkeit | |
|------|---|---|--------------------------------|---|
| 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 Potenziale 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 | <i>z. B. ECMO/ECLA</i> |
| 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 | Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse | | |
| AA14 | Gerät für Nierenersatzverfahren (X) | Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse) | Ja/Nein | <i>z. B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse</i> |
| 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 | | <i>zur Sentinel-Lymph-Node- Detektion</i> |

| | | | | |
|------|---|---|---------|--|
| AA33 | Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz | Harnflussmessung | | |
| AA69 | Linksherzkatheterlabor (X) | Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße | Ja/Nein | |
| AA70 | Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X) | Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen | Ja/Nein | |
| AA71 | Roboterassistiertes Chirurgie-System | Operationsroboter | | |
| AA72 | 3D-Laparoskopie-System | Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation | | |

Auswahlliste „Module der Speziellen Notfallversorgung“ (Kapitel A-14.2)

| Nummer | Module der Speziellen Notfallversorgung | Kommentar/Erläuterung |
|----------------------------------|--|-----------------------|
| <i>(Mehrfachauswahl möglich)</i> | | |
| SN01 | Modul Notfallversorgung Kinder (Basis) | |
| SN02 | Modul Notfallversorgung Kinder (erweitert) | |
| SN03 | Modul Notfallversorgung Kinder (umfassend) | |
| SN04 | Modul Schwerverletztenversorgung | |
| SN05 | Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit) | |
| SN06 | Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit) | |

Auswahlliste „Medizinische Leistungsangebote“ (Kapitel B-[X].3 und B-[X].8)

| Nummer | 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“) | |
| Nummer | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie | Kommentar/Erläuterung |
| | Herzchirurgie | |
| VC01 | Koronarchirurgie | <i>z. B. Bypasschirurgie</i> |
| VC02 | Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikulruptur | |
| 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, einschließlich Schädelbasis) | |
| VC44 | Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen | <i>z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome</i> |
| VC45 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule | <i>z. B. Vertebroplastie</i> |
| VC46 | Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark | |
| VC47 | Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels | |
| VC48 | Chirurgie der intraspinalen Tumoren | |
| VC49 | Chirurgie der Bewegungsstörungen | |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven | |
| VC51 | Chirurgie chronischer Schmerzkrankungen | <i>z. B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronische Wirbelsäulenschmerzen</i> |
| VC52 | Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte "Funktionelle Neurochirurgie") | |
| VC53 | Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen | |
| VC54 | Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie | |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie | |
| VC70 | Kinderneurochirurgie | |
| | Allgemein | |
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | <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“) | |
| Nummer | 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 Talgdrüsenerkrankungen</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“) | |
| Nummer | 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“) | |
| Nummer | 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 Liquoristeln | |
| 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“) | |

| Nummer | 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 Patientinnen und Patienten 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“) | |
| Nummer | 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 Patientinnen und Patienten 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“) | |
| Num-mer | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie | Kommentar/Erläuterung |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes | |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien | |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln | |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen | |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes | |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien | |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | |
| VO11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane | |
| VO12 | Kinderorthopädie | |
| VO13 | Spezialsprechstunde | |
| VO14 | Endoprothetik | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VO16 | Handchirurgie | |
| VO17 | Rheumachirurgie | |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie | |
| VO19 | Schulterchirurgie | |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie | |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen | |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie | |
| VC66 | Arthroskopische Operationen | |
| VO21 | Traumatologie | |
| VO00 | („Sonstiges“) | |
| Num-mer | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie | Kommentar/Erläuterung |
| VK01 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen | |
| VK02 | Betreuung von Patientinnen und Patienten 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-Trakts | |

| | | |
|--------------|---|---|
| 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 Frauenärztinnen und Frauenärzten | |
| VK25 | Neugeborenencreening | <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“) | |
| Numer | 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“) | |
| Nummer | 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 selbstständige 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“) | |
| Nummer | 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“) | |
| Nummer | 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“) | |
| Nummer | Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen | Kommentar/Erläuterung |
| VX00 | („Sonstiges“) | |

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

| Nummer | Art der Ambulanz (Mehrfachnennungen möglich) |
|---------------|--|
| AM01 | Hochschulambulanz nach § 117 SGB V |
| AM02 | Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V |
| AM03 | Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V |
| AM04 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten) |
| AM05 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung) |
| AM06 | Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V |
| AM17 | Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V |
| AM07 | Privatambulanz |
| AM08 | Notfallambulanz (24 Stunden) |
| AM09 | D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz |
| AM10 | Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V |
| AM11 | Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V |
| AM12 | Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V |
| AM13 | Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge) |
| AM14 | Ambulanz im Rahmen von DMP |
| AM15 | Belegarztpraxis am Krankenhaus |
| AM16 | Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie) |
| AM18 | Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V |

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

| Nummer | Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante | Angebotene Leistungen | Kommentar/Erläuterung |
|---------------|--|------------------------------|------------------------------|
| | | | |

| | Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V | | |
|---------|--|--|--|
| 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 Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose (mit Ablauf 17. März 2020 unwirksam gemäß § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V) | |
| LK04 | Anlage 2 Nr. 2 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie) | |
| LK05 | Anlage 2 Nr. 3 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen | |
| LK06 | Anlage 2 Nr. 4 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen | |
| LK07 | Anlage 2 Nr. 5 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems) | |
| LK08 | Anlage 2 Nr. 6 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit biliärer Zirrhose | |
| LK09 | Anlage 2 Nr. 7 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis | |
| LK10 | Anlage 2 Nr. 8 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson | |
| LK11 | Anlage 2 Nr. 9 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten 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 | |
| LK26 | Anlage 2 Nr. 14 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen | |
| LK27 | Anlage 2 Nr. 15 | Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom | |
| LK28 | Anlage 2 Nr. 16 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Lebertransplantation | |
| LK15_2 | Anlage 3 Nr. 1 | 2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax | |
| LK15_3 | Anlage 3 Nr. 1 | 3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren | |
| LK15_4 | Anlage 3 Nr. 1 | 4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren | |
| LK15_5 | Anlage 3 Nr. 1 | 5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven | |
| LK15_6 | Anlage 3 Nr. 1 | 6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren | |
| LK15_7 | Anlage 3 Nr. 1 | 7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren | |
| LK15_9 | Anlage 3 Nr. 1 | 9. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren | |
| LK15_10 | Anlage 3 Nr. 1 | 10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung | |

| LK15_11 | Anlage 3 Nr. 1 | 11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen | |
|---------------|--|---|-------------------------------|
| LK16 | Anlage 3 Nr. 2 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS | |
| LK17 | Anlage 3 Nr. 3 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten 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 bis 4) | |
| LK20 | Anlage 3 Nr. 6 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose | |
| LK21 | Anlage 3 Nr. 7 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden | |
| LK22 | Anlage 3 Nr. 8 | Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten 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 Patientinnen und Patienten mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen | |
| | | | |
| Nummer | Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V | Angebotene Leistungen | Kommentar/ Erläuterung |
| LK29 | Anlage 1.1 a | onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle | |
| LK30 | Anlage 2 a | Tuberkulose und atypische Mykobakteriose | |
| LK31 | Anlage 2 k | Marfan-Syndrom | |
| LK32 | Anlage 2 l | pulmonale Hypertonie | |
| LK33 | Anlage 1.1 a | onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren | |
| LK34 | Anlage 2 b | Mukoviszidose | |
| LK35 | Anlage 1.1 b | Rheumatologische Erkrankungen | |
| LK36 | Anlage 1.1 a | onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren | |
| LK37 | Anlage 2 h | Morbus Wilson | |
| LK38 | Anlage 2 o | ausgewählte seltene Lebererkrankungen | |
| LK39 | Anlage 1.1 a | onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 4: Hauttumoren | |
| LK40 | Anlage 2 c | Hämophilie | |
| LK41 | Anlage 1.1 a | onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax | |
| LK42 | Anlage 2 e | schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 – Sarkoidose | |

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

| Nummer | 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 Angiologie | |
| AQ25 | Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie | |
| AQ26 | Innere Medizin und Gastroenterologie | |
| AQ27 | Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie | |
| AQ28 | Innere Medizin und Kardiologie | |
| AQ29 | Innere Medizin und Nephrologie | |
| AQ30 | Innere Medizin und Pneumologie | |
| AQ31 | Innere Medizin und 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 | |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie | |
| AQ46 | Pathologie | |
| AQ48 | Pharmakologie und Toxikologie | |
| AQ67 | Phoniatrie und Pädaudiologie | |
| AQ49 | Physikalische und Rehabilitative Medizin | |
| AQ50 | Physiologie | |
| AQ11 | Plastische und Ästhetische Chirurgie | |
| AQ68 | Plastische, Rekonstruktive 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 | |
| AQ60 | Urologie | |
| AQ13 | Viszeralchirurgie | |
| AQ64 | Zahnmedizin | |
| Nummer | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar/Erläuterung |
| ZF01 | Ärztliches Qualitätsmanagement | |
| ZF02 | Akupunktur | |
| ZF03 | Allergologie | |
| ZF04 | Andrologie | |
| ZF50 | Balneologie und Medizinische Klimatologie | |
| ZF05 | Betriebsmedizin | |
| ZF06 | Dermatohistologie | |
| ZF51 | Dermatopathologie | |
| ZF07 | Diabetologie | |
| ZF52 | Ernährungsmedizin | |
| ZF08 | Flugmedizin | |
| ZF09 | Geriatric | |
| ZF10 | Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie | |
| ZF11 | Hämostaseologie | |
| ZF12 | Handchirurgie | |
| ZF13 | Homöopathie | |
| ZF53 | Immunologie | |
| ZF14 | Infektiologie | |
| ZF15 | Intensivmedizin | |
| ZF54 | Kardiale Magnetresonanztomographie | |
| ZF16 | Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie | |
| ZF55 | Kinder- und Jugend-Endokrinologie und –Diabetologie | |
| ZF17 | Kinder-Gastroenterologie | |
| ZF56 | Kinder- und Jugend-Gastroenterologie | |
| ZF18 | Kinder-Nephrologie | |
| ZF57 | Kinder- und Jugend-Nephrologie | |
| ZF19 | Kinder-Orthopädie | |
| ZF58 | Kinder- und Jugend-Orthopädie | |
| ZF20 | Kinder-Pneumologie | |
| ZF59 | Kinder- und Jugend-Pneumologie | |
| ZF21 | Kinder-Rheumatologie | |
| ZF60 | Kinder- und Jugend-Rheumatologie | |
| ZF61 | Klinische Akut- und Notfallmedizin | |
| ZF62 | Krankenhaushygiene | |
| ZF22 | Labordiagnostik – fachgebunden – | |
| ZF23 | Magnetresonanztomographie – fachgebunden – | |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie | |
| ZF25 | Medikamentöse Tumortherapie | |
| ZF26 | Medizinische Informatik | |
| ZF27 | Naturheilverfahren | |
| ZF28 | Notfallmedizin | |
| ZF63 | Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen | |
| ZF29 | Orthopädische Rheumatologie | |
| ZF30 | Palliativmedizin | |
| ZF31 | Phlebologie | |
| ZF32 | Physikalische Therapie und Balneologie | |
| ZF33 | Plastische Operationen | |
| ZF64 | Plastische und Ästhetische Operationen | |
| ZF34 | Proktologie | |

| | | |
|------|---|--|
| ZF35 | Psychoanalyse | |
| ZF36 | Psychotherapie – fachgebunden – | |
| ZF37 | Rehabilitationswesen | |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – | |
| ZF65 | Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner | |
| ZF39 | Schlafmedizin | |
| ZF66 | Sexualmedizin | |
| ZF40 | Sozialmedizin | |
| ZF67 | Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH) | |
| ZF68 | Spezielle Kinder- und Jugendurologie | |
| ZF41 | Spezielle Orthopädische Chirurgie | |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie | |
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie | |
| ZF49 | Spezielle Viszeralchirurgie | |
| ZF44 | Sportmedizin | |
| ZF45 | Suchtmedizinische Grundversorgung | |
| ZF69 | Transplantationsmedizin | |
| ZF46 | Tropenmedizin | |

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

| Nummer | Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss | Kommentar/Erläuterung |
|--------|--|--|
| PQ01 | Bachelor | <i>z. B. Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft</i> |
| PQ02 | Diplom | <i>z. B. Pflegewissenschaften</i> |
| PQ04 | Intensiv- und Anästhesiepflege | |
| PQ05 | Leitung einer Station/eines Bereiches | |
| PQ06 | Master | <i>z. B. Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft</i> |
| PQ11 | Pflege in der Nephrologie | |
| PQ07 | Pflege in der Onkologie | |
| PQ08 | Pflege im Operationsdienst | |
| PQ09 | Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege | |
| PQ10 | Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie | |
| PQ12 | Notfallpflege | |
| PQ13 | Hygienefachkraft | |
| PQ14 | Hygienebeauftragte in der Pflege | |
| PQ15 | Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege | |
| PQ16 | Familienhebamme und Familienentbindungspfleger | |
| PQ17 | Pflege in der Rehabilitation | |
| PQ18 | Pflege in der Endoskopie | |
| PQ19 | Gemeindekrankenpflege/Ambulante Pflege | |
| PQ20 | Praxisanleitung | |
| PQ21 | Casemanagement | <i>z. B. Weiterbildung nach DGCC</i> |
| PQ22 | Intermediate Care Pflege | |
| Nummer | Zusatzqualifikation | Kommentar/Erläuterung |
| ZP01 | Basale Stimulation | |
| ZP02 | Bobath | |
| ZP03 | Diabetesberatung (DDG) | <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 | |
| ZP13 | Qualitätsmanagement | |
| ZP14 | Schmerzmanagement | <i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexpertin und Pflegeexperte Schmerzmanagement; Pain Nurse</i> |
| ZP22 | Atmungstherapie | |
| ZP23 | Breast Care Nurse | |
| ZP24 | Deeskalationstraining | z. B. Deeskalationstrainerin und Deeskalationstrainer in der Psychiatrie |
| ZP25 | Gerontopsychiatrie | |
| ZP26 | Epilepsieberatung | |
| ZP27 | OP-Koordination/OP-Management | |
| ZP28 | Still- und Laktationsberatung | z. B. Still- und Laktationsberaterin und Laktationsberater (IBCLC) |
| ZP29 | Stroke Unit Care | |
| ZP30 | Pflegeexpertin und Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP) | |
| ZP31 | Pflegeexpertin und Pflegeexperte Neurologie | z. B. Parkinson Nurse |
| ZP15 | Stomamanagement | |
| ZP16 | Wundmanagement | z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW |
| ZP18 | Dekubitusmanagement | |
| ZP19 | Sturzmanagement | |
| ZP20 | Palliative Care | |
| ZP32 | Gefäßassistentin und Gefäßassistent DGG® | |

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

| Bundesland | Leistungsbereich | Zusatzangaben |
|-------------------|--|--|
| Baden-Württemberg | Schlaganfall: Akutbehandlung | Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | MRE | Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Universelles Neugeborenen-Hörscreening | Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| Bayern | Schlaganfall | Auswahloptionen: 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 | <u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation | <u>Auswahloptionen:</u> 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 | <u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | MRE | <u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Schlaganfall: Akutbehandlung | <u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum |
| | Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation | <u>Auswahloptionen:</u> 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 – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge“ (Kapitel C-5.1)

| Nummer | Begründungen | Kommentar/Erläuterung |
|--------|--|---|
| MM01 | Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Abs. 4 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war. | |
| MM02 | Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es bis spätestens 31. Dezember 2017 diesen Leistungsbereich neu aufgebaut hat und ein Übergangszeitraum von 36 Monate eingeräumt wurde. | |
| MM04 | Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil gemäß § 136b Abs. 5 SGB V eine Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung vorgelegen hat. | |
| MM06 | Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es die mindestmengenrelevante Leistung erstmalig erbringt und den Beginn der Leistungserbringung vorab den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt hat (vgl. §§ 6, 7 Mm-R). | |
| MM07 | Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es die mindestmengenrelevante Leistung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung erneut erbringt und den Beginn der Leistungserbringung vorab den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt hat (vgl. §§ 6, 7 Mm-R). | |
| MM08 | Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht. | z. B. auf Grund von personellen oder strukturellen Veränderungen oder der Covid-19-Pandemie |
| MM09 | Leistungserbringung trotz Nichtvorliegens einer positiven Prognose und ohne einschlägigen Ausnahmegrund. | |

Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V“ (Kapitel C-6)

| Nummer | 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 Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1 | |
| CQ06 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 2 | |
| CQ07 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinataler Schwerpunkt | |
| CQ08 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V | |
| CQ11 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem hepatozellulären Karzinom (HCC) | |
| CQ12 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms | |
| CQ18 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie | |
| CQ19 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) der UICC Stadien I bis III | |
| CQ21 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit Ösophaguskarzinom | |
| CQ22 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei interstitieller Low-Dose-Rate-Brachytherapie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms | |
| CQ23 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie und akuter myeloischer Leukämie bei Erwachsenen | |
| CQ24 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom | |
| CQ25 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser“ | |
| CQ26 | Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der gezielten Lungendeneravierung durch Katheterablation bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung | |
| CQ27 | Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem (QS-Richtlinie bronchoskopische LVR /QS-RL BLVR) | |
| CQ28 | Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion) | |