

Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über
eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der
Krankenhäuser:

Änderung von § 3, Streichung von § 17 und Ergänzung der
Anlage und des Anhangs 2 für das Berichtsjahr 2025

Vom 18. Dezember 2025

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung	2
2.1	Regelungsrumpf	2
2.2	Anlage für das Berichtsjahr 2025 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts).....	3
2.2.1	A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	3
2.2.2	B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	6
2.2.3	C Qualitätssicherung.....	6
2.3	Anhang 2 für das Berichtsjahr 2025 (Auswahllisten)	8
2.3.1	Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (Kapitel A-8.2).....	8
2.3.2	Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal“ (Kapitel A-11.4).....	8
2.3.3	Auswahlliste „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen“ (Kapitel A 12.2.3)	8
2.3.4	Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ Kapitel (B-[X].8)	8
2.3.5	Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ (Kapitel B-[X].8)	9
2.3.6	Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V“ (Kapitel C-6).....	9
2.3.7	Auswahlliste „Arzneimittel für neuartige Therapien“ (Kapitel C-10)	9
3.	Bürokratiekostenermittlung	9
4.	Verfahrensablauf	9
5.	Fazit.....	10
6.	Zusammenfassende Dokumentation	10

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V einen Beschluss über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zu fassen. In dem jährlich zu veröffentlichenden Qualitätsbericht ist der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und § 136a SGB V sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 SGB V darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) angepasst sowie die Anlage und der Anhang 2 der Qb-R für das Berichtsjahr 2025 eingefügt. Die nachfolgenden Tragenden Gründe erläutern insbesondere solche Änderungen, die gegenüber den geltenden Regelungen, der Anlage und dem Anhang 2 der Qb-R für das Berichtsjahr 2024 bestehen. Die Begründungen für die bisherigen Regelungen können auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den jeweiligen Beschlüssen unter folgendem Link eingesehen werden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/>

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Neben der für das Berichtsjahr 2025 erforderlichen Aktualisierung der Verweise, Entfernung von Internetlinks und weiteren redaktionellen Anpassungen werden insbesondere folgende Änderungen vorgenommen:

2.1 Regelungsrumpf

Zu § 3 Begriffsbestimmungen

Zu Nummer 3

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Verweises infolge der Änderung des § 2a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400).

Zu Nummer 4

Mit der vorliegenden Änderung wird die Definition des Begriffs „Krankenhausstandort“ im Sinne der Qb-R erweitert. Standorte mit gültiger Standortnummer, welche mit dem Vorgabewert 001 an der siebten bis neunten Stelle im Standortverzeichnis geführt werden, sind nun ebenfalls umfasst. Hintergrund der Anpassung ist eine Regelung in der Standortumsetzungsvereinbarung gemäß § 2a Absatz 3 und 4 KHG in Verbindung mit der Verzeichnisvereinbarung gemäß § 293 Absatz 6 SGB V. Danach sind Krankenhausstandorte, die ausschließlich teilstationäre Leistungen erbringen, bis spätestens zum 1. Januar 2026 verbindlich im Standortverzeichnis zu kennzeichnen. Diese teilstationären Standorte erhalten eine Standortnummer, bei der die Stellen sieben bis neun den Wert „001“ aufweisen. Die bisherige Definition des Begriffs „Krankenhausstandort“ im Sinne der Qb-R berücksichtigt diese Standorte noch nicht.

Weiterhin wird klargestellt, dass die geänderte Definition erstmals für die Erstellung und Übermittlung der Qualitätsberichte des Berichtsjahres 2026 angewendet wird. Damit erfolgt

die Anpassung mit ausreichendem zeitlichem Vorlauf, so dass alle betroffenen Akteure die erforderlichen organisatorischen und technischen Maßnahmen zur Umsetzung treffen können.

Die verbindliche und differenzierte Ausweisung von teilstationären Krankenhausstandorten ermöglicht zudem für diese Standorte den Umfang der zu übermittelnden Inhalte spezifisch anzupassen. Die konkrete Ausgestaltung der Inhalte erfolgt erstmals in der Anlage der Qb-R für das Berichtsjahr 2026.

Zu § 17 Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie

Die Sonderregelung aufgrund der COVID-19-Pandemie wird gestrichen. Diese Regelung sah vor, dass die veröffentlichenden Stellen nach § 11 Qb-R in ihren Veröffentlichungen darauf hinweisen, dass die Qualitätsberichtsdaten der Berichtsjahre 2019 bis 2022 nur eingeschränkt mit den Vorjahren vergleichbar sind. Da die veröffentlichenden Stellen in der Regel die Daten des aktuellen Berichtsjahres veröffentlichen, ist diese Sonderregelung für das aktuelle Veröffentlichungsjahr obsolet. Um sicherzustellen, dass auch nach Streichung des § 17 Qb-R adäquat auf Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in den Berichtsjahren 2019 bis 2022 hingewiesen wird, erfolgt ein entsprechender normierter Hinweis im Qb-Datenportal sowie in der Referenzdatenbank.

2.2 Anlage für das Berichtsjahr 2025 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts)

Zu Kapitel Allgemeine Hinweise, 1 Erläuterungen zur Berichterstellung

Der Abschnitt „Benennung des Qualitätsberichts“ wird konkretisiert und inhaltlich erweitert. Dabei wird eine feststehende kurze Bezeichnung der von den unterschiedlichen Akteuren (Krankenhaus, DeQS-Datenannahmestelle und IQTIG) zu übermittelnden Datensätze eingeführt. Diese Bezeichnungen sollen Referenzierungen innerhalb der Regelungen sowie die Benennung von Servicedateien erleichtern. Dies betrifft insbesondere den vom Krankenhaus zu liefernden Datensatz. Dieser wird nun kurz als „Datensatz Krankenhaus“ bezeichnet, statt beispielsweise vom Teil A, B, C ohne C-1, C-6.2 und C-9 zu sprechen. Für die von den DeQS-Datenannahmestellen sowie dem IQTIG zu liefernden Datensätze werden analog Bezeichnungen normiert.

2.2.1 A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Zu Kapitel A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses (Nummer I.4 und II.4)

Die Datenfelder für die Bezeichnungen der Leitungspositionen des Pflegedienstes und der Verwaltung werden umbenannt, um die entsprechenden Positionen mit den verschiedenen vorhandenen Bezeichnungen eindeutiger zu umfassen. Der Begriff „Leitung“ zielt auf die Funktion ab, unabhängig von der Benennung der Position.

Zu Kapitel A-10 Gesamtfallzahlen

Es werden Angaben zu den Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) ergänzt, um das Leistungsspektrum des Krankenhausstandorts umfassend darzustellen zu können. Dies umfasst neben dem neuen Kapitel B-[X].7 auch die Angabe zur Anzahl der am Krankenhausstandort als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle als Teil der Gesamtfallzahl am Standort.

Zu Kapitel A-12.1.3 Befragungen

Das Kapitel „Befragungen“ wurde neu aufgenommen, um die Transparenz zu diesem Instrument des Qualitätsmanagements in den Krankenhäusern zu erhöhen.

Entsprechend § 4 der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) gehören Patienten- und Mitarbeiterbefragungen zu den Methoden und Instrumenten des Qualitätsmanagements. Angaben zu einzelnen Befragungen waren bisher gemäß Qb-R in mehreren Kapiteln oder Auswahllisten verortet. Die drei Aspekte Patientenbefragungen, Mitarbeiterbefragungen und Einweiserbefragungen werden in einem neuen Kapitel gesammelt erfasst, was eher der Zuordnung aus der QM-RL und dem Einsatz im Qualitätsmanagement der Krankenhäuser entspricht.

Zudem wird den Krankenhäusern ermöglicht, ergänzende Angaben zu weiteren Befragungen zu machen, die im Rahmen des Qualitätsmanagements genutzt werden. Dies können zum Beispiel Angehörigenbefragungen, Befragungen des Rettungsdienstes und Hebammenbefragungen sein.

Zu Kapitel A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. Die Grundlage für die gelisteten Instrumente und Maßnahmen des klinischen Risikomanagements in dem Kapitel sind anerkannte Expertenstandards bzw. Leitlinien und Handlungsempfehlungen von relevanten nationalen Fachgesellschaften (zum Beispiel Aktionsbündnis Patientensicherheit).

Zu Kapitel A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Das Feld wird sprachlich angepasst. So wird der Intention des § 4 QM-RL bezüglich der systematischen Bearbeitung der Meldungen und der daraus resultierenden Erkenntnisse adäquater entsprochen.

Zu Kapitel A-12.3.1 Hygienepersonal

Die Reihenfolge der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention betraut sind, wurde entsprechend dem Umfang der hygienespezifischen Qualifikation angepasst. Hygienefachkräfte sind Pflegekräfte mit abgeschlossener Fachweiterbildung; hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte absolvieren Fortbildungen zur Übernahme der Beauftragung.

Zu Kapitel A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Zur Abfrage zu diesem Kapitel wird jetzt auf die bestehende Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert Koch-Instituts (RKI) verwiesen. Zentrale Aspekte aus der Empfehlung, die sich auf die unmittelbare Patientenversorgung beziehen, werden als Themen für den standortspezifischen Standard hervorgehoben. So kann das Krankenhaus seine Angaben unter Bezugnahme auf die nationale Empfehlung dokumentieren. Die Berücksichtigung der KRINKO-Empfehlung in dem standortspezifischen Standard bezieht die wesentlichen Aspekte der Vermeidung von gefäßkatheterassozierten Infektionen ein, ohne diese detailliert abzufragen.

Die Aufzählung der Berechtigten zur Autorisierung des Standards wird zur Vervollständigung um die ärztliche Leitung ergänzt.

Zu Kapitel A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Der Verweis auf die relevante S3-Leitlinie wird aktualisiert. Die Aufzählungen der Berechtigten zur Autorisierung der Leitlinie und des Standards werden zur Vervollständigung um die ärztliche Leitung ergänzt.

Zu Nummer 3:

Die bisherige Formulierung orientierte sich an der QM-RL zum Einsatz von Checklisten, entsprach dieser jedoch nicht vollständig, da dort nicht der Einsatz von Checklisten bei jeder zu operierenden Patientin oder jedem zu operierenden Patienten gefordert ist. Der Abschnitt der QM-RL zu Checklisten adressiert auch nicht gezielt die Antibiotikaprophylaxe, sondern zielt primär auf Patientensicherheitsaspekte wie bspw. Verwechslungen ab.

Die Formulierung wird daher nicht mehr primär an der QM-RL orientiert, sondern stattdessen an der themenspezifischen S3-Leitlinie „Perioperative und periinterventionelle Antibiotikaprophylaxe“ 1 (vgl. ebd., Empfehlungen zu Abschnitt 3.2, S. 34). Die Frage Nr. 3 ergänzt damit schlüssig die Frage Nr. 1 zum standortspezifischen Standard zur Antibiotikaprophylaxe in Bezug auf deren Überprüfung im Kontext von Operationen.

Zu Kapitel A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Zur Abfrage des Inhalts des standortspezifischen Standards wird eine Zusammenfassung zu den wesentlichen Aspekten der Wundversorgung unter Berücksichtigung von chronischen, traumatischen und postoperativen Wunden vorgenommen.

Die Berücksichtigung der KRINKO-Empfehlung zur Prävention postoperativer Wundinfektionen in dem standortspezifischen Standard bezieht die wesentlichen Aspekte zur Wundversorgung akuter Wunden ein, ohne diese detailliert abzufragen. Die Empfehlungen der KRINKO zur Basishygiene umfassen die Aspekte der Hände- und Flächenhygiene, die in der Wundversorgung relevant sind. Die moderne Wundversorgung von chronischen und akuten Wunden unterscheidet sich, so dass dies in einem standortspezifischen Standard thematisiert werden sollte, ebenso wie die entsprechende Art der Wundbehandlung und -abdeckung. Eine detaillierte Abfrage ist in dieser Zusammenfassung und mit den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nicht notwendig.

Die Bezeichnung „interner Standard“ wird zur Präzisierung zu „standortspezifischer Standard“ geändert. Die Aufzählung der Berechtigten zur Autorisierung des Standards wird zur Vervollständigung um die ärztliche Leitung ergänzt.

Zu Kapitel A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Die Abfragen zum standortspezifischen Standard und Aufnahmescreening werden zusammengefasst, indem ein Verweis auf die Berücksichtigung der KRINKO-Empfehlung zur „Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ formuliert wurde.

Aus der Abfrage zu den Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird der Begriff „Noro-Viren“ entfernt, da sich das Kapitel auf bakterielle Erreger bezieht.

Zu Kapitel A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Der Abschnitt wird um redundante Inhalte bereinigt, da mit den verbleibenden Angaben die wesentlichen Inhalte zum Lob- und Beschwerdemanagement abgebildet werden.

Zusätzlich können ergänzende Freitextangaben zu den Beschwerdewegen erfolgen, um den Zugang zum Beschwerdemanagement des Krankenhauses zu erleichtern.

Die Frage nach der anonymen Eingabemöglichkeit von Beschwerden wird gestrichen, da der persönliche Kontakt im Rahmen der Beschwerdebearbeitung ein wesentliches Element ist.

1 Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie e.V. (DGHM), S3-Leitlinie Perioperative und Periinterventionelle Antibiotikaprophylaxe, Version 5.0 vom 20.12.2024, verfügbar unter <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/067-009>

Angaben zu Patientenbefragungen und Einweiserbefragungen werden künftig in Kapitel A-12.1.3 zu den Befragungen erfasst und entfallen daher aus dem Kapitel A-12.4.

2.2.2 B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Zu Kapitel B-[X].4 [unbesetzt]

Besetzung des Kapitels, in der Folge werden die Kapitel neu nummeriert.

Zu Kapitel B-[X].4 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Es werden Angaben zu den Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) ergänzt, um das Leistungsspektrum des Krankenhausstandorts umfassend darzustellen zu können. Dies umfasst neben dem neuen Kapitel B-[X].7 auch die Angabe zur Anzahl der in der Organisationseinheit/Fachabteilung als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle.

Zu Kapitel B-[X].5 Hauptdiagnosen nach ICD und B-[X].6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die Vorgabe, dass ICD- und OPS-Ziffern in absteigender Häufigkeit anzugeben sind, entfällt. Die Angaben können auch in einer alternativen Reihenfolge erfolgen, die bspw. medizinisch-fachliche Schwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung übersichtlicher darstellt.

Zu Kapitel B-[X].7 Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)

Es werden Angaben zu den Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) ergänzt, um das Leistungsspektrum des Krankenhausstandorts umfassend darstellen zu können. Da diese Fälle nicht den bisher im Qualitätsbericht dargestellten Kategorien von stationären Fällen, ambulanten Behandlungsmöglichkeiten oder ambulanten Operationen nach § 115b SGB V zuzuordnen sind, werden sie in einem eigenen, spezifischen Kapitel dargestellt. Die Fallzahlen in den Kapiteln A-10 und B-[X].4 werden jeweils gesondert ausgewiesen. Analog zur Darstellung der stationären Fälle (vgl. Kapitel B-[X].5 und B-[X].6) und ambulanten Operationen (vgl. Kapitel B-[X].9) werden für die Hybrid-DRG-Fälle der Organisationseinheit/Fachabteilung Hauptdiagnosen und durchgeführte Prozeduren mit ihrer Bezeichnung und jeweiligen Anzahl ausgewiesen.

Zu Kapitel B-[X].11.1 Ärztinnen und Ärzte, B-[X].11.2 Pflegepersonal und B-[X].11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Es erfolgen Aktualisierungen der Verweise aufgrund der Besetzung des Kapitels B-[X].4.

2.2.3 C Qualitätssicherung

Zu Kapitel C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

Die Ergebnisse gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) stehen nicht mehr zur Verfügung, da nach Beschluss des G-BA vom 16. Januar 2025 die plan. QI-RL mit Wirkung vom 12. Dezember 2024 außer Kraft getreten ist.

Zu Kapitel C-1.2.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Der Abschnitt „Sortierung“ wird aus der Auflistung der darzustellenden Inhalte gestrichen, da die laufende Nummer der Sortierung nicht als eigenes Datenfeld in den Qualitätsberichten dargestellt werden soll. Entsprechende inhaltliche Festlegungen werden stattdessen im Abschnitt „Bezug zu anderen QS-Ergebnissen“ ergänzt.

Die in Kapitel C-1.2.1 aufgeführten Parameter zur Darstellung der Ergebnisse werden nicht mehr auf der Internetseite des Instituts nach § 137a SGB V zur Verfügung gestellt. Alle zur Erstellung des C-1-Kapitels erforderlichen Angaben werden den QS-Stellen künftig über das Portal des Instituts nach § 137a SGB V übermittelt. Dazu stimmt sich das Institut nach § 137a SGB V mit den QS-Stellen über die jeweils erforderlichen Angaben ab. Damit entfällt die Notwendigkeit, die aufgelisteten Angaben über die Internetseite des Instituts zu veröffentlichen.

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

Die Liste der Indikationen zu den DMP wird um Adipositas Kinder/Jugendliche ergänzt. Das Inkrafttreten ist am 1. Juli 2025 erfolgt.

Zu Kapitel C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Die Angaben zu den freiwilligen Qualitätssicherungsverfahren werden auf die wesentlichen Inhalte beschränkt, da eine Auflistung aller Indikatoren aus den Verfahren für die Krankenhäuser aufgrund der hohen Anzahl von Indikatoren in einem Verfahren häufig nicht praktikabel ist. Freiwillige Verfahren, wie zum Beispiel die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) umfassen Indikatoren aus mehr als 60 Leistungsbereichen. Die Auswahl der Krankenhäuser, welche Indikatoren hier aufgenommen werden, ist freigestellt und kann keine Vergleichbarkeit herstellen. Die Angaben, welchem freiwilligen Verfahren sich ein Krankenhaus angeschlossen hat, über welchen Zeitraum und auf welcher Grundlage die Daten erhoben werden, sind hier aussagekräftiger. Für weiterführende Informationen zu Methodik und Ergebnissen kann auf die Dokumentation des Verfahrens und gegebenenfalls veröffentlichte Ergebnisse verwiesen werden, so dass Transparenz über das gesamte Verfahren und die Ergebnisse gewährleistet ist.

Zu Kapitel C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Für folgende Leistungsbereiche, für die im Berichtsjahr 2025 und im Prognosejahr 2027 die Mm-R gelten, erfolgen Anpassungen:

- Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene:
Erhöhung der Mindestmenge im Berichtsjahr 2025 von 15 auf 20
- Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen:
Erhöhung der Mindestmenge im Berichtsjahr 2025 von 25 auf 40
- Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie):
Erhöhung der Mindestmenge im Berichtsjahr 2025 von 50 auf 100
- Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen:
Erhöhung der Mindestmenge im Berichtsjahr 2025 von 40 auf 75
- Ergänzung des Leistungsbereichs Chirurgische Behandlung bösartiger Neubildungen des Kolons (Kolonkarzinomchirurgie), für den im Berichtsjahr 2025 keine Mindestmenge und im Prognosejahr eine Mindestmenge von 20 gilt
- Ergänzung des Leistungsbereichs Chirurgische Behandlung bösartiger Neubildungen am Rektum und am Übergang vom Rektum zum Sigmadarm (Rektumkarzinomchirurgie), für den im Berichtsjahr 2025 keine Mindestmenge und im Prognosejahr eine Mindestmenge von 15 gilt

Zu Kapitel C-8 – Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr

Aufgrund der jährlichen Aktualisierung der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV vom 9. November 2020) bedarf es für das Berichtsjahr 2025 redaktioneller Anpassungen. Konkret wird eine Aktualisierung der Verweise vorgenommen.

Zu Kapitel C-9 – Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Das Kapitel wird an die Änderungen in der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V angepasst (Hinweistext, Abschnitt C-9.3.3.1 und C-9.3.3.2).

In Abschnitt C-9.2 (Vollständige und fristgerechte Nachweisführung) wird zudem die sprachliche Anpassung vorgenommen, dass nunmehr auf das „Ende der Korrekturfrist des jeweiligen Quartals“ Bezug genommen wird, nicht mehr auf das „Ende der Korrekturfrist zum 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres“. Hintergrund ist, dass die Nachweisdaten gemäß PPP-RL quartalsweise übermittelt werden.

Des Weiteren wird in Abschnitt C-9.3.3.4 (Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung im Nachtdienst) der Hinweis dahingehend konkretisiert, welche Angaben für die Psychosomatik sowie Einrichtungen ohne Intensivpatientinnen und Intensivpatienten entfallen. Hintergrund ist, dass für die zuvor genannten Einrichtungen gemäß § 6 Absatz 7 Nummer 4 PPP-RL keine Mindestvorgaben für den Nachtdienst festgelegt sind, sie jedoch Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung im Nachtdienst übermitteln.

2.3 Anhang 2 für das Berichtsjahr 2025 (Auswahllisten)

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

Die Berufsbezeichnungen in den Elementen HB12 und HB05 wurden an die Änderung des Gesetzes über die Berufe in der medizinischen Technologie (MT-Berufe-Gesetz - MTBG) vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) angepasst. Die Berufsbezeichnung im Element HB03 „Krankengymnastin/Krankengymnast“ ist veraltet und wird gestrichen.

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

Im Element SP23 wird die den Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen äquivalente Qualifikation „Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.)“ ergänzt.

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

Das Element „Mitarbeiterbefragungen“ wird nun in Kapitel 12.1.3 abgefragt und wird daher aus der Auswahlliste entfernt.

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

Es werden in Folge des KHVVG die Auswahlelemente AM20 „Bundeswehrambulanz nach § 117a SGB V“ und AM21 „Pädiatrische Institutsambulanz nach § 118b SGB V“ ergänzt.

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

Diese Auswahlliste wird an die Änderungen in der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) und der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL) angepasst.

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

Es erfolgen Anpassungen in Bezug auf die Gültigkeit der Auswahlelemente CQ24 „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom“ und CQ29 „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung (T-Zell-Depletion über Positivanreicherung oder Negativselektion) des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie (ALL) und akuter myeloischer Leukämie (AML) bei Erwachsenen“.

2.3.7 Auswahlliste „Arzneimittel für neuartige Therapien“ (Kapitel C-10)

Da zur Richtlinie zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Absatz 5 SGB V (ATMP-QS-RL) mittlerweile zwei weitere Anlagen bestehen, wird die Auswahlliste um die entsprechenden Auswahlelemente ANT05 „Eladocagene exuparvovec bei Aromatische-L-Aminosäure-Decarboxylase (AADC)-Mangel (Anlage V der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)“ und ANT06 „Exagamglogen autotemcel bei Beta-Thalassämie und Sichelzellerkrankung (Anlage VI der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)“ ergänzt.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo. Hieraus resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 71.486 Euro.

Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 21. Mai 2025 begann die Arbeitsgruppe Qualitätsbericht mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In drei Sitzungen und weiteren schriftlichen Abstimmungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 10. September 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 18. September 2025 eingeleitet. Die der

stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 16. Oktober 2025.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 7. Oktober 2025 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde am 18. September 2025 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Dezember 2025 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer äußerten keine Bedenken.

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 3: Stellungnahme der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Berlin, den 18. Dezember 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R): Änderung von § 3, Streichung von § 17 und Ergänzung der Anlage und des Anhangs 2 für das Berichtsjahr 2025

Gemäß § 91 Abs. 10 SGB V ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Hierzu identifiziert der G-BA gemäß Anlage II 1. Kapitel Verfo die in den Beschlussentwürfen enthaltenen neuen, geänderten oder abgeschafften Informationspflichten für Leistungserbringer.

Ziel der Bürokratiekostenermittlung ist die Entwicklung möglichst verwaltungsarmer Regelungen/Verwaltungsverfahren für inhaltlich vom Gesetzgeber bzw. G-BA als notwendig erachtete Informationspflichten. Sie entfaltet keinerlei präjudizierende Wirkung für nachgelagerte Vergütungsvereinbarungen.

Mit dem vorliegenden Beschluss wird die Informationspflicht für die Krankenhäuser, jährlich einen standortbezogenen Qualitätsbericht zu erstellen und zu übermitteln, dahingehend verändert, dass zusätzliche Berichtsinhalte in den Qualitätsbericht integriert oder verändert werden und damit gegebenenfalls bürokratische Aufwände auslösen. Hierbei handelt es sich in Teil A und B / Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts bzw. der Organisationseinheiten/Fachabteilungen um Erweiterung der anzugebenden Fallzahl der als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle in A-10/B-[X].4 sowie um Umformulierungen beim Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung in A-12. Neu hinzu kommt Kapitel B-[X].7, in welchem Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) anzugeben sind. In Teil C / Qualitätssicherung handelt es sich um Änderungen in (C-5) Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V. Zudem gibt es Änderungen in den Auswahllisten „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (Kapitel A-8.2), „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen“ (Kapitel A 12.2.3), „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ und „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ (B-[X].8) sowie "Arzneimittel für neuartige Therapien" (C-10).

Laut Referenzdatenbank des G-BA wurden zum 1. Januar 2025 insgesamt 2.306 vollständige Qualitätsberichte abgegeben. Für die Erstellung eines Qualitätsberichts ist ein hohes Qualifikationsniveau (62,00 Euro/h) erforderlich.

Einmalige Bürokratiekosten entstehen den adressierten Krankenhäusern zunächst aus der Einarbeitung in die geänderten Vorgaben der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser. Der hierfür je Qualitätsbericht erforderliche Zeitaufwand wird auf 30 Minuten geschätzt. Mithin resultieren daraus einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 31,00 Euro (62,00 Euro x 0,50) je Qualitätsbericht sowie insgesamt in Höhe von geschätzt 71.486 Euro (31 Euro x 2.306).

Da die Ergänzung unter C-5 in einer einfachen Meldung mit durchschnittlicher Komplexität besteht, sind die daraus resultierenden zusätzlichen Bürokratiekosten marginal. Daher wird an dieser Stelle auf eine Quantifizierung der jährlichen Bürokratiekosten verzichtet.



Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Änderung von § 3, Streichung von § 17 und Ergänzung der Anlage und des Anhangs 2 für das Berichtsjahr 2025

Stand: nach UA QS 10.09.2025

Hinweise:

- Es bestehen dissente Positionen in den Kap. A-12.2.3.1 (*Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems*), A-12.3.2.2 (*Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie*), A-12.3.2.3 (*Umgang mit Wunden*), C-1.2.1 (*Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen*) und C-4 (*Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung*) des Anhangs 1 zum Beschlussentwurf, die **gelb markiert** sind.
- Bei grau hinterlegten Textteilen sind spezifische Anpassungen erforderlich.

Vom **18. Dezember 2025**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **18. Dezember 2025** beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BANz AT 24.07.2013 B5), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 18. Juni 2025 (BANz AT 01.08.2025 B4) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. § 3 Nummer 3 und 4 wird durch die folgenden Nummern 3 und 4 ersetzt:
 - „3. „Standortnummer“ das jeden Standort eines Krankenhauses gemäß § 2a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (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 oder ab dem Berichtsjahr 2026 dem Vorgabewert 001 an der siebten bis neunten Stelle geführt wird;“
- II. § 17 wird gestrichen.
- III. Vor „Anlage für das Berichtsjahr 2024: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts“ wird die aus dem **Anhang 1** zu diesem Beschluss ersichtliche „Anlage für das Berichtsjahr 2025: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts“ eingefügt.

- IV. Nach „Anlage für das Berichtsjahr 2025: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts“ wird der aus dem **Anhang 2** zu diesem Beschluss ersichtliche „Anhang 2 für das Berichtsjahr 2025: Auswahllisten“ eingefügt.
- V. 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 18. Dezember 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage für das Berichtsjahr 2025: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts

Allgemeine Hinweise..... 6

1 Erläuterungen zur Berichterstellung..... 6

2 Umfang und Format des Qualitätsberichts..... 6

3 Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts 7

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts 10

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 10

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers..... 11

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 11

A-4 *[unbesetzt]* 11

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses..... 11

A-6 Weitere nichtmedizinische Leistungsangebote des Krankenhauses..... 11

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 12

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen 12

A-7.2 Konkrete 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 14

A-10 Gesamtfallzahlen..... 14

A-11 Personal des Krankenhauses 15

- A-11.1Ärztinnen und Ärzte 16
- A-11.2Pflegepersonal 16
- A-11.3Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik 17
- A-11.3.1 Therapeutisches Personal..... 17
- A-11.3.2 Genesungsbegleitung 18
- A-11.4Spezielles therapeutisches Personal..... 18
- A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 19
- A-12.1Qualitätsmanagement 19
- A-12.1.1 Verantwortliche Person..... 19
- A-12.1.2 Lenkungsgrremium 19
- A-12.1.3 Befragungen..... 20
- A-12.2Klinisches Risikomanagement..... 20
- A-12.2.1 Verantwortliche Person..... 20
- A-12.2.2 Lenkungsgrremium 21
- A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen 21
- A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems 22
- A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen 22
- A-12.3Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte 23
- A-12.3.1 Hygienepersonal 23
- A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene..... 24
- A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen 24
- A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie 25
- A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden..... 26
- A-12.3.2.4 Händedesinfektion 27
- A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)..... 28
- A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement..... 28
- A-12.4Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement 28
- A-12.5Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) 29

A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	29
A-12.5.2	Verantwortliche Person	30
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	30
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	30
A-12.6	Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt	31
A-12.6.1	Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen	32
A-13	Besondere apparative Ausstattung	33
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	34
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	34
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung	35
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	35
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	35
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	36
B-[X].1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	36
B-[X].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	37
B-[X].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	37
B-[X].4	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	37
B-[X].5	Hauptdiagnosen nach ICD	38
B-[X].6	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	38
B-[X].7	Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)	39
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	39
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	41
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	42
B-[X].11	Personelle Ausstattung	42
B-[X].11.1	Ärztinnen und Ärzte	43
B-[X].11.2	Pflegepersonal	44

B-[X].11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 46

C Qualitätssicherung 48

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 48

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate 48

C-1.1.1 Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten..... 48

C-1.1.2 Übermittlung der Daten 49

C-1.1.3 Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen..... 49

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung 51

C-1.2.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen 51

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 58

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V..... 59

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung..... 59

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V 61

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr..... 62

C-5.2 Angaben zum Prognosejahr 62

C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr 63

C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen 63

C-5.2.1.b Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R) 63

C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a SGB V) 64

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V..... 64

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)..... 64

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) 65

C-6.2.1 Beleg zur Erfüllung der Anforderung der Richtlinie 66

C-6.2.2 Angaben zur Erfüllung der Mindestanforderungen 67

- C-6.2.2.1 Allgemeine Mindestanforderungen 67
- C-6.2.2.2 Spezifische Mindestanforderungen..... 68
- C-6.2.2.3 Mindestanforderungen an die Prozessqualität 69
- C-6.2.3 Kommentar zur Umsetzung der QSFFx-RL 70
- C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 70
- C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr 71
- C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG 72
- C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG 75
- C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) 76
- C-9.1 Zeitraum des Nachweises 77
- C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung 77
- C-9.3 Einrichtungstyp 77
- C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung..... 78
- C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung 78
- C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen 78
- C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche..... 78
- C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen 78
- C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad..... 79
- C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung im Tagdienst..... 79
- C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen im Tagdienst..... 79
- C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung im Tagdienst..... 79
- C-9.3.3.4 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung im Nachtdienst..... 79
- C-9.3.3.5 Ausnahmetatbestände 80
- C-9.4 Kommentar zur Umsetzung der PPP-RL..... 80
- C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien 81

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.

Unterscheidung der Datensätze und Benennung der Lieferdateien (Dateinamenskonvention)

Die Dateien sind von den übermittelnden Stellen folgendermaßen zu benennen:

Datensatz	Übermittelnde Stelle	Inhalt des Datensatzes	Benennung Lieferdatei
Krankenhaus	Krankenhaus	A, B, C ohne C-1, C-6.2 und C-9	<Haupt-IK>-77<XXXX>000-<JAHR>-xml.xml
DeQS	DeQS-Datenannahmestelle	C-1 (DeQS)	<Haupt-IK>-77<XXXX>000-<JAHR>-das.xml
QSFFx	IQTIG	C-6.2 (QSFFx)	<Haupt-IK>-77<XXXX>000-<JAHR>-IQTIG_C-6-2.xml
PPP	IQTIG	C-9 (PPP)	<Haupt-IK>-77<XXXX>000-<JAHR>-IQTIG_C-9.xml

Voraussetzung für eine Zusammenführung der Datensätze DeQS, QSFFx und PPP mit dem Datensatz Krankenhaus 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.

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 den §§ 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 (zum Beispiel 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 (zum Beispiel 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 (zum Beispiel zu den Kapiteln A-5, A-6) sind in 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.

Anlage für das Berichtsjahr 2025

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

Anlage für das Berichtsjahr 2025

- 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 (zum Beispiel zur Internetseite des Krankenhauses, zu Broschüren, Unternehmensberichten), sofern diese nicht an geeigneter Stelle im Qualitätsbericht eingefügt werden können (freiwillig)

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hier müssen vollständige Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden.

Verpflichtend sind folgende Kontaktdaten anzugeben:

I. Angaben zum Krankenhaus

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

1. Name und Hausanschrift des Krankenhauses [„Kontakt/Zugang“]; zusätzlich: Zentrale Telefonnummer; zentrale E-Mail-Adresse, zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt/Adresse“]

2. Institutionskennzeichen

Institutionskennzeichen (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis)

Hier ist das Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis anzugeben, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle Qb 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 Qb verwendet wird.

3. Bei Krankenhäusern mit nur einem Standort:

Standortnummer aus dem Standortverzeichnis

4. Angaben zur Leitung des Krankenhauses: Ärztliche Leitung, Leitung des Pflegedienstes und Leitung der Verwaltung 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 (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis)
3. Standortnummer gemäß Standortverzeichnis

4. Angaben zur Leitung des Krankenhausstandorts zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres: Ärztliche Leitung, Leitung des Pflegedienstes und Leitung der Verwaltung 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 [unbesetzt]

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Bei den Angaben zu medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten liegt der Schwerpunkt auf den nichtärztlichen Leistungen. Es sind alle medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen. Basis der Angaben bildet die Auswahlliste (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 nichtmedizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Angaben zu weiteren nichtmedizinischen Leistungsangeboten werden – sofern vorhanden – für das gesamte Krankenhaus (allgemein) gemacht. Sie werden aus der Auswahlliste (Kapitel A-6) des Anhangs 2 übernommen. Darüber hinaus können jeweils ergänzende Angaben (zum Beispiel 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>zum Beispiel 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 gleichberechtigten 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 (zum Beispiel 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 zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres 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 (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>zum Beispiel 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 (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 (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
- d) Fallzahl der als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle
- e) Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)

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

Zählung der voll-, teilstationären, Hybrid-DRG- und StäB-Fälle:

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung der voll- und teilstationären sowie der Hybrid-DRG-Fälle nach § 9 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 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 zum Beispiel 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 zum Beispiel Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit und Ähnliches 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 (Belegärztinnen und Belegärzte und Konsiliarärztinnen 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 zum Beispiel 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 der Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen. Dies gilt nur für die in den Kapiteln A-11.1 bis A-11.3.1 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.

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 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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. (sieben bis acht 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
- Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische 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.

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 und Genesungsbegleitung in Psychiatrie und Psychosomatik

A-11.3.1 Therapeutisches Personal

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, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.)
- 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-11.3.2 Genesungsbegleitung

Hier ist die Zahl der für alle psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen insgesamt tätigen Genesungsbegleiterinnen und Genesungsbegleiter als Vollkräfte im Jahresdurchschnitt anzugeben.

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Die entsprechenden Personalqualifikationen sind aus der Auswahlliste (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 zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres 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-12.1.3 Befragungen

Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

Es werden regelmäßig Mitarbeiterbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

Es können ergänzende Angaben zu weiteren Befragungen gemacht werden, die im Rahmen des Qualitätsmanagements durchgeführt werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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 zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres 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 Fachgesellschaften (zum Beispiel Aktionsbündnis Patientensicherheit). 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 einrichtungswinteren 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

DKG/GKV-SV	PatV
- Nutzung der Erkenntnisse aus der Bearbeitung der eingegangenen Meldungen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Diese Angaben sind auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.	- Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Diese Angaben sind auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Weitere Angaben zum „Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems“ sind aus der gleichnamigen Auswahlte (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. Einrichtungübergreifend 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 (zum Beispiel fachlich spezialisierten) Systemen teil, können mehrere angegeben werden.
- Ist das eingesetzte System nicht in der Auswahlliste (Kapitel A-12.2.3.2) des Anhangs 2 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.

- Krankenhaushygienikerinnen und Krankenhaushygieniker (Anzahl Personen)
- Hygienefachkräfte (HFK) (Anzahl Personen)
- Hygienebeauftragte Ärztinnen und hygienebeauftragte Ärzte (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.

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 2023).

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 zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres [„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

Ein standortspezifischer Standard zur Hygiene bei Anlage von zentralvenösen Kathetern (ZVK) liegt vor. Der Standard orientiert sich an den aktuellen Empfehlungen der KRINKO zur „Prävention von Infektionen, die von Gefäßkathetern ausgehen“. Thematisiert werden sollen Maßnahmen bei Anlage eines ZVK (maximale Barrieremaßnahmen und Hautantiseptik) sowie die Händedesinfektion und die systematische Überprüfung der ZVK-Liegedauer.

Werden am Standort keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, ist „kein Einsatz ZVK“ anzugeben.

Auswahloptionen: ja; nein; kein Einsatz ZVK

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung, die ärztliche Leitung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Die Antibiotikaphylaxe 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“ (2019) 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, die ärztliche Leitung, 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 die ärztliche Leitung, die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

DKG	GKV-SV/PatV
3. Die Durchführung der perioperativen Antibiotikaprophylaxe wird vor Beginn der Operation im OP-Saal abgefragt und gemäß standortspezifischem Standard dokumentiert.	3. Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jeder operierten Patientin und jedem operierten Patienten mittels Checkliste (zum Beispiel anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft.

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Der standortspezifische 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

DKG/GKV-SV	PatV
Der standortspezifische Standard - umfasst Hygienemaßnahmen in der Wundversorgung gemäß Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ und zu „Basishygiene“, - differenziert zwischen akuten und chronischen Wunden und - thematisiert die Auswahl von Wundbehandlung und Wundabdeckung.	Der standortspezifische Standard hält insbesondere folgende Maßnahmen vor: - Hygienemaßnahmen in der Wundversorgung und Patienteninformation gemäß Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu „Prävention postoperativer Wundinfektionen“ und zu „Basishygiene“ - Differenzierung zwischen akuten und chronischen Wunden - Thematisierung der Auswahl von Wundbehandlung und Wundabdeckung - Meldung an die Ärztin oder den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Der standortspezifische Standard wurde durch die Geschäftsführung, die ärztliche Leitung, 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 Protokoll von HAND-KISS „Surveillance der Händedesinfektions-Compliance“, abrufbar auf der Internetseite des Nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ).

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, das heißt 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 unter anderem 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 zum Beispiel durch die Flyer der MRSA-Netzwerke auf der Internetseite des Robert Koch-Instituts (RKI).

Auswahloptionen: ja; nein

Standortspezifischer Standard zum Umgang mit MRSA-besiedelten Patientinnen und Patienten liegt vor. Der Standard orientiert sich an der im Berichtsjahr aktuellen Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zur „Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen.“ Auswahloptionen: ja; nein

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA/MRE 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 (Kapitel A-12.3.2.6) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Soweit in der Auswahlliste (Kapitel A-12.3.2.6) des Anhangs 2 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

Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. [Kontakt/Person lang] zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres und Link zum Bericht (optional)

Ergänzende Angaben, auf welchem Wege Beschwerden entgegengenommen werden (z. B. persönlich, telefonisch, per E-Mail, postalisch, Internetseite) [Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 1000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)] (optional)

Eine Patientenfürsprecherin oder ein Patientenfürsprecher mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. [Kontakt/Person lang] zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

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)

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

„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.“

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 zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres 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.

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

„Die Instrumente und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit werden mit Fokus auf den typischen Ablauf des Medikationsprozesses bei der stationären Patientenversorgung dargestellt. Das Krankenhaus stellt hier dar, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt bzw. welche Maßnahmen es konkret umgesetzt hat.

Die folgenden Aspekte können, gegebenenfalls 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 der Patientin oder 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, zum Beispiel bezüglich Leserlichkeit, Eindeutigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation, aber auch bezüglich Anwendungsgebiets, Wirksamkeit, Nutzen-Risiko-Verhältnisses, Verträglichkeit (inklusive potenzieller Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Ähnliches) 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-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

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

„Gemäß Teil A § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie

weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können unter anderem Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.“

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

Auswahloptionen: ja; nein

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

A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen

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

„Gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen, an, ob sie gemäß Teil A § 4 Absatz 2 in Verbindung mit Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.“

Auswahloptionen: Es werden keine Kinder und/oder Jugendliche versorgt. Es werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt.

Wenn „Es werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt.“, ist zusätzlich anzugeben:

Es liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Wenn „ja“, sind zusätzlich Instrumente und Maßnahmen im Rahmen des Schutzkonzeptes aus der Auswahlliste (Kapitel A-12.6.1) des Anhangs 2 gegebenenfalls unter Verwendung von Freitextfeldern anzugeben. Die Angaben werden differenziert nach Prävention, Intervention und Aufarbeitung dargestellt.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Hier erfolgt die Darstellung der besonderen Geräteausstattung der Einrichtung auf Basis der Auswahlliste (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 (Kapitel A-13) des Anhangs 2 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	Dialyse
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		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 Abschlüsse 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 Kapitel 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 Kapitel A-14.2)
3. Zuordnung zu einer der Stufen aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 2 Satz 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 vorhandenen Modul oder den vorhandenen Modulen der Speziellen Notfallversorgung zu machen. Das vorhandene Modul ist oder die vorhandenen Module sind aus der Auswahlliste (Kapitel A-14.2) des Anhangs 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 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (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 krankenhaushausplanerischer 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 Absatz 3 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 3 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 dritten und vierten 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 zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Auswahloptionen:

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

- Leitende Ärztin oder leitender Arzt [„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) des Anhangs 2 die zutreffenden medizinischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Dabei können die Nummern für „Sonstiges“ (zum Beispiel 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 (Kapitel B-[X].3) des Anhangs 2 in Fachgebiete dient ausschließlich der besseren Übersichtlichkeit. Eine Organisationseinheit/Fachabteilung kann hier aus allen Fachgebieten, das heißt aus der gesamten Auswahlliste (Kapitel B-[X].3) des Anhangs 2, ihre individuellen Versorgungsschwerpunkte auswählen.

B-[X].4 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Angegeben werden müssen:

- a) Vollstationäre Fallzahl
- b) Teilstationäre Fallzahl
- c) Fallzahl der als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle

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-, teilstationären und Hybrid-DRG-Fälle:

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, richtet sich die Fallzählung der voll- und teilstationären sowie der Hybrid-DRG-Fälle nach § 9 FPV des jeweiligen Berichtsjahres.

Bei internen Verlegungen in verschiedene Organisationseinheiten/Fachabteilungen bzw. bei der Teilnahme an der medizinischen Versorgung durch nicht bettenführende Abteilungen wird der Fall derjenigen Fachabteilung zugeordnet, aus der die Patientin oder der Patient nach extern entlassen/verlegt wird.

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

B-[X].5 Hauptdiagnosen nach ICD

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

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, sind die Hauptdiagnosen gemäß ICD-10-GM nach den Deutschen Kodierrichtlinien anzugeben. Im BpflV-Bereich ist die Hauptdiagnose diejenige, die bei der Abrechnung eines Falls angegeben wurde. Es sind die Hauptdiagnosen der voll- und teilstationären Fälle anzugeben, die der jeweiligen Organisationseinheit/Fachabteilung in Kapitel B-[X].4 zugeordnet sind.

Alle ICD-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind endstellig (zum Beispiel 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 zugrunde gelegt werden.

B-[X].6 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 (zum Beispiel 5-877.20) 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 zugrunde 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].7 Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)

Hier sind die Hauptdiagnosen und die durchgeführten Prozeduren der als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle anzugeben, die der jeweiligen Organisationseinheit/Fachabteilung in Kapitel B-[X].4 zugeordnet sind. Es ist die Hauptdiagnose nach ICD-10 und die Prozedur mit ihrer jeweiligen OPS-Ziffer anzugeben. Die ICD- und OPS-Ziffern sind endstellig und mit Fallzahl (Zahl > 0) anzugeben.

Die Angaben erfolgen gemäß der jeweils für das Berichtsjahr geltenden Fassung des Leistungskatalogs (der Anlage 1 des Vertrags gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit der Vereinbarung gemäß § 115f Absatz 2 Satz 2 SGB V (Hybrid-DRG-Vereinbarung)).

Es ist die jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche ICD-10-GM-Version bzw. der jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche OPS-Katalog zu verwenden. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern die amtliche ICD-10-GM-Version bzw. der amtliche OPS-Katalog des Vorjahres zugrunde gelegt 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 (Kapitel B-[X].8) des Anhangs 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 (zum Beispiel Diabetes-Ambulanz oder Schrittmacher-Ambulanz).

Die jeweils ambulant angebotenen Leistungen sind aus der Auswahlliste (Kapitel B-[X].3) des Anhangs 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 (Kapitel B-[X].8) des Anhangs 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 (zum Beispiel Verträge mit einzelnen Krankenkassen), sollte ein entsprechender Hinweis aufgenommen werden. Krankenhausinterne Konsilleistungen sind hier nicht anzugeben.

Beispiel:

Nummer	Art der Ambulanz	Bezeichnung	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 Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)	Diabetes-Ambulanz	VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	zum Beispiel 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 Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)	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 – Tumorguppe 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 (zum Beispiel 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 stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus [AOP-Vertrag]) anzugeben. Berücksichtigt werden hier nur die OPS-Ziffern, die in den Abschnitten 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 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 zum Beispiel 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 zum Beispiel Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit und Ähnliches 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 (Belegärztinnen und Belegärzte und Konsiliarärztinnen 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 zum Beispiel 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 als „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 Belegärztinnen und 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].4 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 Zusatzweiterbildungen gemäß den Auswahllisten (Kapitel B-[X].11.1) des Anhangs 2 angegeben werden. Die vorliegenden Facharztqualifikationen und Zusatzweiterbildungen 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 (Kapitel B-[X].11.1) des Anhangs 2 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 Zusatzweiterbildungen 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
- Fachärztin oder Facharzt für spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin ist Fachärztin oder Facharzt für Anästhesiologie und Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin = AQ01 + ZF15

Zu jeder Facharztbezeichnung bzw. Zusatzweiterbildung 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 zum Beispiel 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. (sieben bis acht 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
- Anästhesietechnische Assistentinnen und Anästhesietechnische Assistenten (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Darüber hinaus ist das Verhältnis der in Kapitel B-[X].4 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, das heißt nicht die Mitglieder der Pflegedienstleitung, der Verwaltung, des Qualitätsmanagements oder der innerbetrieblichen Krankentransporte, zu berücksichtigen. Bei einer interdisziplinär belegten Station, das heißt einer Station, auf der Patientinnen oder Patienten mehrerer Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen liegen (zum Beispiel 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 (zum Beispiel „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 (Kapitel B-[X].11.2) des Anhangs 2 angegeben werden. Die vorliegenden Fachweiterbildungen/zusätzlichen akademischen Abschlüsse und Zusatzqualifikationen 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, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.)
- 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 PsychThG)
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

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].4 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

Die Übermittlung der Angaben zu Kapitel C-1.1 und zu Kapitel C-1.2 für die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Anhangs 3 erfolgt gemäß § 8 Absatz 3 bis 5 Qb-R durch die DeQS-Datenannahmestellen.

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 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Die Übermittlung der Daten zu Kapitel C-1.1 erfolgt 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.

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.
- Es wird eine krankenhausbezogene Dokumentationsrate je Leistungsbereich berechnet, die anzugeben ist. Bei Krankenhäusern mit mehr als einem Standort ist 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 Teil 1 § 15 Absatz 2 DeQS-RL (Meldung zur Sollstatistik) für bundesweit verpflichtende Leistungsbereiche des jeweiligen Berichtsjahres zu übermitteln, sofern Anhang 3 eine Veröffentlichung von QS-Ergebnissen für diese Leistungsbereiche vorsieht. 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 Tabelle D in Anhang 3 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 Auswertungsstandortes (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.
- „Kommentar/Erläuterung der DeQS-Datenannahmestelle“: Hier kann die DeQS-Datenannahmestelle einen der drei unter Kapitel C-1.1.1 definierten Kommentare angeben.

C-1.1.3 Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen

1. Im Kapitel C.1.1 erfolgt die Darstellung der Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate. Für folgende QS-Verfahren werden die Dokumentationsraten nicht nur für das gesamte QS-Verfahren dargestellt, sondern darüber hinaus in weitere Zählleistungsbereiche (Teilmengen) differenziert:
 - a) Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK),
 - b) Hüftgelenkversorgung (QS HGV),
 - c) Knieendoprothesenversorgung (QS KEP),
 - d) Transplantationsmedizin (QS TX).
- a) Im QS-Verfahren **Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen** (QS KCHK) bezieht sich die Dokumentationsrate auf das Erfassungsmodul HCH. Es erfolgt eine Differenzierung in folgende Zählleistungsbereiche:
 - „Offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe“ („HCH_AK_CHIR“),
 - „Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe“ („HCH_AK_KATH“),

- „Koronarchirurgische Operationen“ („HCH_KC“),
 - „Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe“ („HCH_MK_CHIR“)
 - „Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe“ („HCH_MK_KATH“).
- b) Das QS-Verfahren **Hüftgelenkversorgung** (QS HGV) bezieht sich auf die Hüftendoprothesenversorgung und die Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung. Für die Hüftendoprothesenversorgung bezieht sich die Dokumentationsrate auf das Erfassungsmodul HEP. Es erfolgt eine Differenzierung in folgende Zählleistungsbereiche:
- Erstimplantationen („HEP_IMP“) und
 - Wechseleingriffe („HEP_WE“).
- Die Dokumentationsrate für die Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung wird im Erfassungsmodul 17/1 erfasst.
- c) Für das QS-Verfahren **Knieendoprothesenversorgung** (QS KEP) erfolgt ebenfalls eine Differenzierung in folgende Zählleistungsbereiche:
- Erstimplantationen („KEP_IMP“) und
 - Wechseleingriffe („KEP_WE“).
- d) Für das QS-Verfahren **Transplantationen** (QS TX) erfolgt bei der Erfassung der Herztransplantationen und Implantationen von Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen mit dem gemeinsamen Erfassungsmodul „HTXM“ eine Differenzierung in folgende Zählleistungsbereiche:
- Herztransplantationen („HTXM_TX“) und
 - Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen („HTXM_MKU“).
2. Beim Abgleich der Fallzahlen und Dokumentationsraten gemäß Kapitel C-1.1 mit den Auswertungen gemäß Kapitel C-1.2 ist zu beachten, dass sich die Benennung der jeweiligen Module unterscheiden kann. Bei einigen Erfassungsmodulen erfolgt darüber hinaus eine Differenzierung in mehrere Auswertungsmodule:
- a) Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS-KCHK),
 - b) Transplantationsmedizin (QS TX),
 - c) Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET).
- e) Im QS-Verfahren **Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen** (QS KCHK) erfolgt für das Erfassungsmodul „HCH“ eine Differenzierung der Auswertung in die Leistungsbereiche:
- „Offen-chirurgische isolierte Aortenklappenchirurgie“ („KCHK-AK-CHIR“),
 - „Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie“ („KCHK-AK-KATH“),
 - „Kombinierte Herzklappenchirurgie“ („KCHK-HK-CHIR“),
 - „Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe“ („KCHK-HK-KATH“),
 - „Isolierte Koronarchirurgie“ („KCHK-KC“),
 - „Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie“ („KCHK-KC-KOMB“),

- „Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe“ („KCHK-MK-CHIR“),
 - „Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe“ („KCHK-MK-KATH“).
- f) Im QS-Verfahren **Transplantationen** (QS TX) erfolgt für das Erfassungsmodul „HTXM“ eine Differenzierung der Auswertung in die Leistungsbereiche:
- „Herztransplantationen“ („HTXM-TX“) und,
 - „Herzunterstützungssystemen/Kunstherzen“ („HTXM-MKU“).
- g) Im QS-Verfahren **Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen** (QS NET) erfolgt für das Erfassungsmodul „PNTX“ eine Differenzierung der Auswertung in die Leistungsbereiche:
- „Nierentransplantation“ („NET-NTX“) und
 - „Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation“ („NET-PNTX“).

Die Darstellung erfolgt jeweils nur, sofern Anhang 3 eine Veröffentlichung von QS-Ergebnissen für diese Leistungsbereiche vorsieht. Eine detaillierte Übersicht der Zuordnung der Leistungsbereiche zu den Ergebnissen der Qualitätssicherung (Kapitel C-1.2.) kann der Tabelle D in Anhang 3 entnommen werden.

C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

Dargestellt werden die Ergebnisse aus den QS-Verfahren gemäß DeQS-RL.

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

- Qualitätsindikatoren sind QS-Ergebnisse mit Referenzbereich und Bewertung. In Einzelfällen können auch Qualitätsindikatoren ohne Angabe zum Referenzbereich veröffentlicht werden.
- 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 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Sofern den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen Daten zu den in 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. für diese Kennzahl keine Angabe zu „rechnerisches Ergebnis“, „Vertrauensbereich (Krankenhaus)“, „Entwicklung Rechnerisches Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr“, „beobachtete Ereignisse/beobachtet“, „erwartete Ereignisse/erwartet“, „Grundgesamtheit/Fallzahl“.

Es werden folgende Parameter dargestellt:

Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

„Leistungsbereich“: Hier ist die Leistungsbereich-ID und bei Veröffentlichungen die allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs 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 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 aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen. QS-Ergebnisse, die in Bezug zueinander stehen, sind grundsätzlich direkt nacheinander darzustellen. Wird für die Darstellung festgelegt, dass die QS-Ergebnisse bei Veröffentlichung in einer bestimmten Reihenfolge darzustellen sind, so enthält Anhang 3 entsprechende laufende Nummern.

„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.

„Vertrauensbereich (Krankenhaus)“: Hier ist der 95 %-Vertrauensbereich des Ergebnisses für diesen Qualitätsindikator bzw. für diese Kennzahl gemäß der bundeseinheitlichen Rechenregeln nach Teil 1 § 14a DeQS-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 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. Erfolgt die Veröffentlichung gemäß Anhang 3 ohne die Angabe des Referenzbereichs, so ist der Hinweis „Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs“ 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 Teil 1 § 14a 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 „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ mit dem Vorjahr, wenn im Vorjahr kein Ergebnis vorlag oder der Indikator laut dem Dokument „Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL (Endgültige Rechenregeln)“ auf der Internetseite des IQTIG als „eingeschränkt vergleichbar“ oder „nicht vergleichbar“ mit dem Vorjahr eingestuft ist.

„Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“: Hier ist die Bewertung des Stellungnahmeverfahrens gemäß 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 (zum Beispiel Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig – Besondere klinische Situation → U61). Bei Veröffentlichung ist sicherzustellen, dass die Kürzel zur Kategorie und Ziffer durch die Einstufung und Begründung ergänzt werden. Wird der Qualitätsindikator ohne die Angabe des Referenzbereichs veröffentlicht, können weitere Regelungen zur Angabe der qualitativen Bewertung in Anhang 3 festgelegt werden.

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Verfahren	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	DeQS	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	DeQS	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	DeQS	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	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	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	71	DeQS	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel
		72	DeQS	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Verfahren	Begründung
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	DeQS	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		81	DeQS	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	92	DeQS	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
		99	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 des Stellungnahmeverfahrens im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht „verbessert“, „unverändert“, „verschlechtert“ oder „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ ist.

Die Einordnung erfolgt auf Basis folgender Matrix:

Bewertung Erfassungsjahr gemäß DeQS-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
	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

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

„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 Stellungnahmeverfahrens als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen.

PatV					DKG und GKV-SV
Die Einordnung für Ergebnisse aus Patientenbefragungen erfolgt auf Basis folgender spezifischer Matrix:					[keine Übernahme]
Kategorie	Einstufung	Ziffer	Verfahren	Begründung	

P	Bewertung aufgrund geringer Fallzahlen in der Patientenbefragung (<4 Fälle) nicht möglich	0	DeQS	Indikatorergebnisse werden bei <4 Fällen aus Datenschutzgründen nicht dargestellt	
P	Ergebnis liegt im Referenzbereich	1	DeQS	Ergebnis des Indikators bzw. der QI-Gruppe ist rechnerisch unauffällig	
P	Ergebnis ist rechnerisch auffällig, jedoch ist kein Stellungnahmeverfahren erforderlich	2	DeQS	Ergebnis des Indikators ist rechnerisch auffällig; ein Stellungnahmeverfahren ist nicht erforderlich, da für die QI-Gruppe keine rechnerische Auffälligkeit vorliegt	
P	Ergebnis ist rechnerisch auffällig und ein Stellungnahmeverfahren ist erforderlich	3	DeQS	Ergebnis des Indikators ist rechnerisch auffällig; ein Stellungnahmeverfahren ist erforderlich, da für die QI-Gruppe eine rechnerische Auffälligkeit vorliegt	

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),
- Referenzbereich,
- Sortierung bei ergänzenden oder kalkulatorischen Kennzahlen und

- Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

finden sich auf der der Internetseite des Instituts nach § 137a SGB V.

Für Qualitätsindikatoren, bei denen die qualitative Bewertung gemäß DeQS-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 (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
- Rheumatoide Arthritis
- Adipositas Erwachsene
- Adipositas Kinder/Jugendliche (Inkrafttreten 1. Juli 2025)

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 (zum Beispiel 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.

DKG/GKV-SV	PatV
[streichen]	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 zum Beispiel 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:

DKG/GKV-SV	PatV
- Leistungsbereich - Bezeichnung des freiwilligen Qualitätssicherungsverfahrens - Messzeitraum - Datenerhebung - Quellenangabe zu einer Dokumentation der Qualitätsindikatoren mit Evidenzgrundlage - Falls Ergebnisse des Verfahrens veröffentlicht wurden: Ort der Veröffentlichung	- Leistungsbereich - Bezeichnung des freiwilligen Qualitätssicherungsverfahrens - Bezeichnung des Qualitätsindikators - Ergebnis - Messzeitraum - Datenerhebung - Rechenregeln - Referenzbereiche - Vergleichswerte - Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage - Falls Ergebnisse des Verfahrens veröffentlicht wurden: Ort der Veröffentlichung Es gelten die Anforderungen zum Datenschutz gemäß Kapitel C-1.2.

Zeichenbegrenzung: Insgesamt 2 000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) pro Verfahren.

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

Es wird über die Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) im aktuellen Berichtsjahr und im zweiten auf das Berichtsjahr folgende Jahr („Veröffentlichungsjahr“ gemäß Qb-R, „Prognosejahr“ gemäß Mm-R) berichtet.

Für folgende Leistungsbereiche gelten im aktuellen Berichtsjahr und im Prognosejahr die Mm-R nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V:

Leistungsbereich	Mindestmenge im Berichtsjahr (2025)	Mindestmenge im Prognosejahr (2027)
Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)	20	20
Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)	25	25
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	26	26
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	20	20
Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen	40	40
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	50
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht < 1 250 g	25	25
Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	100	100
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	75	75

Leistungsbereich	Mindestmenge im Berichtsjahr (2025)	Mindestmenge im Prognosejahr (2027)
Herztransplantation	Keine Mindestmenge	10
Chirurgische Behandlung bösartiger Neubildungen des Kolons (Kolonkarzinomchirurgie)	Keine Mindestmenge	20
Chirurgische Behandlung bösartiger Neubildungen am Rektum und am Übergang vom Rektum zum Sigmadarm (Rektumkarzinomchirurgie)	Keine Mindestmenge	15

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

C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr

Krankenhäuser, die mindestmengenrelevante Leistungen erbringen, geben für diese Leistungsbereiche die jeweils im Berichtsjahr tatsächlich erbrachte Menge an. Eine Übernahme der erbrachten Leistungsmenge aus der vom Krankenhaus gemäß § 5 Absatz 3 Mm-R elektronisch übermittelten Prognosedarlegung wird durch die Erfassungssoftware ermöglicht. Bei Unterschreitung der Mindestmenge ist die jeweilige Begründung aus der Auswahlliste (Kapitel C-5.1) des Anhangs 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 Leistungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sind 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 in Kapitel 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 Absatz 5 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 war:

- 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 Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichten Leistungsmenge.

Eine Übernahme der erbrachten Leistungsmenge aus der vom Krankenhaus gemäß § 5 Absatz 3 Mm-R elektronisch übermittelten Prognosedarlegung wird durch die Erfassungssoftware ermöglicht.

C-5.2.1.b Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)

(nur auszufüllen, wenn in C-5.2.1.a „nein“ ausgewählt wurde)

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung im Prognosejahr 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 Absatz 5a SGB V)

(nur auszufüllen, wenn in C-5.2.1.a „nein“ oder „Rechtsstreit anhängig“ ausgewählt wurde)

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V auf Antrag des Krankenhauses und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V im Prognosejahr 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, das heißt zum 31. Dezember des Berichtsjahres, zu machen. Werden Beschlüsse umgesetzt, so sind aus der Auswahlliste (Kapitel C-6) des Anhangs 2 die entsprechenden Nummern auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Bei Angaben zu Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen ist dabei die vorgehaltene Versorgungsstufe zu berücksichtigen.

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

C-6.1 Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL)

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 Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2 bzw. Nummer II.2.2 Anlage 1 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 7 QFR-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 1 QFR-RL mitgeteilt.

Antwortoptionen: ja; nein

Wenn ja:

- Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 7 QFR-RL teil.

Antwortoptionen: ja; nein

Wenn ja:

- Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 7 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 1 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 nicht vollumfänglich erfüllt haben.“

C-6.2 Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)

Die Übermittlung der Angaben zu Kapitel C-6.2 erfolgt gemäß § 8 Absatz 6 Qb-R durch das Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V (IQTIG).

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

„An dieser Stelle ist die Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL).“

- *Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt.*

Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen.

- *Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung.*

- *Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben.“*

C-6.2.1 Beleg zur Erfüllung der Anforderung der Richtlinie

Krankenhausstandorte, die sich nach § 6 Absatz 1 Satz 8 QSFFx-RL abmelden, müssen keine Strukturabfrage gemäß § 8 Absatz 1 Satz 1 QSFFx-RL an das IQTIG übermitteln. Für diese Standorte liegen keine Daten zur Darstellung im Qualitätsbericht vor.

Krankenhausstandorte, welche die Strukturabfrage sowie die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben bis zum Ende der Korrekturfrist zum 15. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, sind gemäß § 8 Absatz 7 Satz 7 QSFFx-RL mit dem Hinweis „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt“ zu kennzeichnen. Für diese Standorte liegen keine Daten zur Darstellung im Qualitätsbericht vor.

- Wenn zutreffend: „Abmeldung nach § 6 Absatz 1 Satz 8 QSFFx-RL“
 - o Für diese Standorte ist der folgende Hinweis anzugeben: *„Der Standort hat sich im Lauf des Berichtsjahres von der Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen gemäß § 6 Absatz 1 Satz 8 QSFFx-RL abgemeldet. Damit entfällt die Lieferpflicht für die Strukturabfrage. Für diesen Standort liegen deshalb keine Daten zur Umsetzung der QSFFx-RL vor.“*
 - o Alle weiteren Darstellungen entfallen.
 - Wenn zutreffend: „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt“
 - o Für diese Standorte ist der folgende Hinweis anzugeben: *„Aufgrund der unvollständigen Nachweisführung liegen keine Daten zur Umsetzung der QSFFx-RL vor.“*
 - o Alle weiteren Darstellungen entfallen.
 - „Beleg zur Erfüllung vollständig geführt“
 - Anzahl Tage, die mit der Strukturabfrage abgebildet werden
- In der Regel wird mit der Strukturabfrage das vollständige Kalenderjahr abgebildet. Falls die Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen gemäß QSFFx-RL im Laufe des Berichtsjahres begonnen wurde, so wird der Zeitraum ab Beginn der Leistungserbringung bis zum Ende des Kalenderjahres abgebildet.

C-6.2.2 Angaben zur Erfüllung der Mindestanforderungen

- Anzahl der Tage, für die eine Nichterfüllung mindestens einer Mindestanforderung angegeben wurde
- Anzahl der Mindestanforderungen, die mindestens 48 Stunden nicht erfüllt wurden

C-6.2.2.1 Allgemeine Mindestanforderungen

- Gemäß § 10 Absatz 1 QSFFx-RL gelten bei einem Krankenhaus, das die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 erfüllt und zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teilnimmt, die Anforderungen gemäß § 3 Absätze 1 bis 4 als erfüllt. Das Vorliegen dieses Ausnahmetatbestands wird im Nachweisverfahren erfasst. Wenn zutreffend: „Alle Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 (siehe Anhang zu Anlage 3) sind erfüllt“

o Für diese Standorte ist der folgende Hinweis anzugeben:

„Das Krankenhaus erfüllt die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 und nimmt zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teil. Damit gelten die folgenden Anforderungen gemäß § 3 Absätze 1 bis 4 QSFFx-RL als erfüllt:

- *Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie am Standort.*
- *Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort.*
- *Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind.*
- *Das für die Notfallversorgung benannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.*
- *Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar.*
- *Das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor.*
- *Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet.*
- *Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten zur Anwendung.*
- *Es ist ein Schockraum verfügbar.*

- *Die 24-stündige Verfügbarkeit von Computertomographie ist sichergestellt.*
- *Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe.“*

Falls dieser Ausnahmetatbestand nicht vorliegt, sind im Folgenden die elf allgemeinen Mindestanforderungen jeweils mit den gemeldeten Tagen mit Nichterfüllung anzugeben:

- Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie am Standort.
- Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort.¹
- Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind.
- Das für die Notfallversorgung benannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.
- Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten an der Patientin oder am Patienten verfügbar.
- Das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor.
- Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet.
- Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten zur Anwendung.
- Es ist ein Schockraum verfügbar.
- Die 24 -stündige Verfügbarkeit von Computertomographie ist sichergestellt.
- Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe.

C-6.2.2.2 Spezifische Mindestanforderungen

An dieser Stelle sind für die sechs spezifischen Mindestanforderungen jeweils die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung anzugeben:

¹Für diese Mindestanforderung gilt gemäß § 10 Absatz 2 QSFFx-RL bis zum 31. Dezember 2025 eine Ausnahmeregelung.

- Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt in einer ärztlich geleiteten Fachabteilung, die eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses ist.
- Die Durchführung der mit den Kombinationen aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 QSFFx-RL beschriebenen Operationen erfolgt durch oder unter Anleitung und Aufsicht einer Fachärztin oder eines Facharztes für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie.
- Die ärztliche Versorgung in der Fachabteilung ist durch eine täglich 24- stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sichergestellt, die auch eine jederzeitige operative Patientenversorgung gewährleistet.
- Die Einrichtung und Ausstattung des Operationssaals lässt sowohl osteosynthetische als auch endoprothetische Versorgungen zu. Entsprechende Implantate und Instrumente stehen jederzeit zur Verfügung.
- Für Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten.²
- Physiotherapie durch eine Physiotherapeutin oder einen Physiotherapeuten steht täglich für jede Patientin oder jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung.

C-6.2.2.3 Mindestanforderungen an die Prozessqualität

Gemäß § 5 Absatz 1 in Verbindung mit Absatz 4 QSFFx-RL muss die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit hüftgelenknaher Femurfraktur durch Standard Operating Procedures (SOP) unterstützt werden. Die SOPs adressieren typische Hindernisse und sollen trotz dieser Hindernisse eine operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden ab Aufnahme ermöglichen. Die SOPs müssen schriftlich vorliegen, verbindlich, interdisziplinär abgestimmt und jederzeit verfügbar sein und dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entsprechen. In den SOPs sind auch die jeweils für die SOP verantwortliche Person, das Erstellungs- oder Aktualisierungsdatum, die Quellen und die Gültigkeitsdauer anzugeben.

An dieser Stelle sind für die sieben Mindestanforderungen an die Prozessqualität jeweils die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung anzugeben.

- SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“
- SOP „Perioperative Planung“
- SOP „Operationsverfahren“
- SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“

²Für diese Mindestanforderung gilt gemäß § 12 Absatz 1 QSFFx-RL bis zum 31. Dezember 2026 eine Übergangsregelung.

- SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“
- SOP „Ortho-geriatrische Versorgung“
- SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“

C-6.2.3 Kommentar zur Umsetzung der QSFFx-RL

Krankenhäuser können an dieser Stelle das gesamte Kapitel C-6.2 zur Umsetzung der QSFFx-RL kommentieren. Der Kommentar ist auf 1 500 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 G-BA 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 Internetseite des G-BA).

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 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) 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 2025 ergeben hat. Alle Angaben zu den jährlichen Erfüllungsgraden erfolgen auf Ebene des pflegesensitiven Bereichs, getrennt für alle Stationen des ausgewählten pflegesensitiven Bereichs sowie getrennt für Tag- und Nachtschichten.

Gemäß § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV)³ wurden für die in Tabelle 1 aufgeführten pflegesensitiven Bereiche in Krankenhäusern folgende Personaluntergrenzen schichtbezogen als Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft festgelegt. Die Pflegepersonaluntergrenzen sind unter Berücksichtigung der in § 6 Absatz 2 PpUGV genannten Höchstanteile von Pflegehilfskräften an der Gesamtzahl der Pflegekräfte auf den Stationen oder für die betroffenen intensivmedizinischen Behandlungseinheiten, die einem pflegesensitiven Bereich angehören, stets einzuhalten. Zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen in dem Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe dürfen auch Hebammen berücksichtigt werden.

Tabelle 1: Pflegepersonaluntergrenzen für das Berichtsjahr ab dem 1. Januar 2025

Pflegesensitiver Bereich	Pflegepersonaluntergrenzen (Patientinnen und Patienten je Pflegekraft)	
	Tagschicht	Nachtschicht
Intensivmedizin, pädiatrische Intensivmedizin	2	3

³ Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 9. November 2020 (BGBl. I S. 2357), die zuletzt durch die Fünfte Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 4. November 2024 geändert worden ist.

Pflegesensitiver Bereich	Pflegepersonaluntergrenzen (Patientinnen und Patienten je Pflegekraft)	
Geriatrie	10	20
Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie	10	20
Innere Medizin, Kardiologie	10	22
Herzchirurgie	7	15
Neurologie	10	20
Neurologie Schlaganfallereinheit	3	5
Neurologische Frührehabilitation	5	12
Allgemeine Pädiatrie	6	10
Spezielle Pädiatrie	6	14
Neonatologische Pädiatrie	3,5	5
Gynäkologie und Geburtshilfe	7,5	15
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie	10	22
Rheumatologie	13	30
Neurochirurgie	9	18

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, können Kombinationen von pflegesensitiven Bereichen mit identischen Personalanforderungen auftreten.

Die Angaben in diesem Kapitel basieren auf den Nachweisen der Krankenhäuser zu den Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025 (PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025) vom 18. November 2024, zuletzt geändert durch die Änderungsvereinbarung vom 10. März 2025 zu den PpUG-Nachweis-Vereinbarungen 2024 und 2025 auf der Internetseite des InEK.

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 Absatz 1 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025 vom 18. November 2024, zuletzt geändert durch die Änderungsvereinbarung vom 10. März 2025 zu den PpUG-Nachweis-Vereinbarungen 2024 und 2025. Der monatsbezogene Erfüllungsgrad ist wie folgt darzustellen:

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gemäß § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025	Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025	Tagschicht	Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Tagschichten auf der Station eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 2“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025 angegeben ist.	Anzahl der angegebenen Ausnahmetatbestände für diese Station in der Tagschicht gemäß den Spalten „Ausnahmetatbestand gemäß § 7 PpUGV oder PpUG-Sanktions-Vereinbarung“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025	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 gemäß § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025	Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025	Nachtschicht	Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Nachtschichten auf der Station eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 2“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025 angegeben ist.	Anzahl der angegebenen Ausnahmetatbestände für diese Station in der Nachtschicht gemäß den Spalten „Ausnahmetatbestand gemäß § 7 PpUGV oder PpUG-Sanktions-Vereinbarung“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025	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	<i>50 % Lesehilfe: Auf dieser Station wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in der Tagschicht in 50 % der Monate im Monatsdurchschnitt eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt.)</i>		

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Geriatric	Station 1A	Nachtschicht	58,33 % <i>Lesehilfe: Auf dieser Station wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in der Nachtschicht in 58,33 % der Monate im Monatsdurchschnitt eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt.)</i>	3 <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> - <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 Absatz 1 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025 vom 18. November 2024, zuletzt geändert durch die Änderungsvereinbarung vom 10. März 2025 zu den PpUG-Nachweis-Vereinbarungen 2024 und 2025.

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 Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025	Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025	Tagschicht	Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Tagschichten auf der Station eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 1“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025 angegeben ist.	Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt.
Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gemäß § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025	Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025	Nachtschicht	Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Nachtschichten auf der Station eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 1“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2025 angegeben ist.	Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt.
Beispiel:				

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentare
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.

C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Die Übermittlung der Angaben zu Kapitel C-9 erfolgt gemäß § 8 Absatz 6 Qb-R durch das Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V (IQTIG).

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

„An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.*
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.*

- *Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.*

Für das Berichtsjahr 2025 gilt im Tagdienst ein Umsetzungsgrad von 90 %.

C-9.1 Zeitraum des Nachweises

Hier ist das Quartal (1, 2, 3 ,4) anzugeben.

Die Krankenhäuser weisen die Einhaltung der Mindestvorgaben quartalsweise nach. Im jährlichen Qualitätsbericht sind die Angaben aller vier Quartale aufzunehmen. Eine inhaltliche Zusammenführung der Quartalsnachweise eines Jahres ist nicht vorgesehen.

C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

Krankenhausstandorte, welche die Nachweise sowie die Erklärung zur Richtigkeit bis zum Ende der Korrekturfrist des jeweiligen Quartals nicht oder nicht vollständig erbracht haben, sind gemäß § 11 Absatz 12 PPP-RL mit folgendem Hinweis zu kennzeichnen:

„Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt.“

C-9.3 Einrichtungstyp

Die Angaben sind getrennt für die folgenden drei differenzierten Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL anzugeben:

- Erwachsenenpsychiatrie
- Psychosomatik
- Kinder- und Jugendpsychiatrie

Für jede vorhandene Einrichtung sind folgende Angaben aufzunehmen:

C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung**C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung**

Für die Einrichtung gilt eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung. (ja; nein)

Wenn ja:

- Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche. (ja; nein)
- Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste. (ja; nein)

C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

Die der Einrichtung zugeordneten Stationen sind mit den folgenden Angaben aus Teil A2 der Anlage 3 der PPP-RL zu charakterisieren:

- Bezeichnung der Station
- Planbetten der vollstationären Versorgung
- Planplätze der teilstationären Versorgung
- Stationstyp
- Schwerpunkt der Behandlung/Konzeptstation

C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche

Für die Einrichtungen ist der Behandlungsumfang (Anzahl der Behandlungstage) sowie die Patientenstruktur (differenziert nach den Behandlungsbereichen) anzugeben. Hierfür ist der Abschnitt A3.3 der Anlage 3 der PPP-RL zu verwenden, die Gesamtbehandlungstage ergeben sich dabei als Summe über alle behandlungsbereichsspezifischen Behandlungstage. Es sind gemäß § 6 Abs. 4 PPP-RL die Angaben zu übernehmen, die für das entsprechende Quartal zur Ermittlung der Mindestvorgaben relevant sind.

C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen

Für jede Berufsgruppe gemäß § 5 PPP-RL ist der folgende Parameter anzugeben:

- Tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)

C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad

C-9.3.3.1 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung im Tagdienst

Die Mindestvorgaben im Tagdienst wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten.

Auswahloptionen: ja; nein

C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen im Tagdienst

Für jede Berufsgruppe gemäß § 5 PPP-RL sind die folgenden Parameter anzugeben:

- Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten.

Auswahloptionen: ja; nein

- Die geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)

- Umsetzungsgrad (in %)

C-9.3.3.3 Umsetzungsgrad in der Einrichtung im Tagdienst

Weiterhin ist der Umsetzungsgrad der Einrichtung (in %) anzugeben.

C-9.3.3.4 Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung im Nachtdienst

Hinweis: Für die Psychosomatik und für Einrichtungen ohne Intensivpatientinnen und Intensivpatienten entfallen die Angaben zur Erfüllung der Mindestanforderungen im pflegerischen Nachtdienst in der Einrichtung insgesamt, zur Mindestvorgabe im pflegerischen Nachtdienst je Nacht (in Vollkraftstunden) sowie zur Anzahl an Nächten, in denen die Mindestvorgabe erfüllt wurde.

Die Mindestanforderungen im pflegerischen Nachtdienst wurden in der Einrichtung insgesamt erfüllt.

Auswahloptionen: ja; nein; entfällt

Für die Pflegefachpersonen gemäß § 5 PPP-RL im Nachtdienst sind folgende Parameter anzugeben:

- Tatsächliche Personalausstattung im pflegerischen Nachtdienst (in Vollkraftstunden)
- Mindestvorgabe im pflegerischen Nachtdienst je Nacht (in Vollkraftstunden)
- Die Anzahl an Nächten, in denen die Mindestvorgabe erfüllt wurde
- Die durchschnittliche Ist-Personalausstattung (in Vollkraftstunden) im pflegerischen Nachtdienst je Nacht

C-9.3.3.5 Ausnahmetatbestände

Die Krankenhäuser können von den verbindlichen Mindestvorgaben abweichen, wenn einer der in § 10 Absatz 1 PPP-RL beschriebenen Ausnahmetatbestände zutrifft.

Folgende Ausnahmetatbestände wurden angegeben:

- Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle
Auswahloptionen: ja; nein
- Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Patientenzahl in der Pflichtversorgung
Auswahloptionen: ja; nein
- Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen
Auswahloptionen: ja; nein
- Ausnahmetatbestand 4: Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält
Auswahloptionen: ja; nein

C-9.4 Kommentar zur Umsetzung der PPP-RL

Krankenhäuser können an dieser Stelle das gesamte Kapitel C-9 zur Umsetzung der PPP-RL kommentieren. Der Kommentar ist auf 1 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien

An dieser Stelle ist die Umsetzung von Beschlüssen des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 5 SGB V darzustellen (Richtlinie zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien – ATMP-QS-RL). Die Angaben sind jeweils stichtagsbezogen, das heißt zum 31. Dezember des Berichtsjahres, zu machen.

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

„Krankenhausstandorte, an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.“

Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet:

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja:

Es besteht die grundsätzliche Berechtigung zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien für:

Die jeweiligen Arzneimittel sind aus der Auswahlliste (Kapitel C-10) des Anhangs 2 zu übernehmen und, sofern erforderlich, um die Konkretisierung der Indikationsgebiete, in denen die Arzneimittel angewendet werden, zu ergänzen.

Anlage für das Berichtsjahr 2025

Anhänge

Anhang 1 für das Berichtsjahr 2025:	Datensatzbeschreibung
Anhang 2 für das Berichtsjahr 2025:	Auswahllisten
Anhang 3 für das Berichtsjahr 2025:	Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V
Anhang 4 für das Berichtsjahr 2025:	Plausibilisierungsregeln

Anhang 2 für das Berichtsjahr 2025: Auswahllisten

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,</i>

		<i>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, Konzentrativen 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 (Kreißsaal, Hospiz etc.), Vorträge, Informations- veranstaltungen</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, Bewegungsinduktions- therapie, 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	
MP70	Spezielles Leistungsangebot für an Demenz erkrankte Patientinnen und Patienten	<i>z. B. tagesstrukturierende Angebote, Orientierungshilfen, Demenzbegleiter, Angehörigenschulungen</i>

Auswahlliste „Weitere nichtmedizinische Leistungsangebote“ (Kapitel A-6)

Num-mer	Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
Patientenzimmer		
NM02	Ein-Bett-Zimmer	<i>z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur 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 nichtmedizinischen 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	Schulteilnahme 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 Begleitsdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher 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 in Verbindung mit 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 in Verbindung mit 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 wie viele 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 Sanitäreinrichtungen	<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 (beispielsweise 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 einer oder eines zur Behandlung aufgerufenen Patientin oder 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 visuellen 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 es für Menschen mit Demenz bzw. mit geistiger Behinderung 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. mit geistiger Behinderung gibt (beispielsweise 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 Maximal-Körpergröße und/oder Maximal-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 Maximal-Körpergröße und/oder Maximal-Körpergewicht</i>
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	<i>z. B. Angabe zu Maximal-Körpergröße und/oder Maximal-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	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL02	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	

FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	

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

Nummer	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	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	Medizinische Technologin für Laboratoriumsanalytik und Medizinischer Technologe für Laboratoriumsanalytik (MTL)	
HB05	Medizinische Technologin für Radiologie und Medizinischer Technologe für Radiologie (MTR)	
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)

Nummer	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)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/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 Augentoptiker	
SP20	Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	
SP22	Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)	
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.)	
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)	
SP62	Gesundheitspädagogin und -pädagoge	
SP63	Psychoonkologin und Psychoonkologe	

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

Num-mer	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	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

		<u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/ -konferenzen	<u>Auswahloptionen</u> (<i>Mehrfachangaben möglich</i>): -Tumorkonferenzen -Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen -Pathologiebesprechungen -Palliativbesprechungen -Qualitätszirkel -Andere: (Freitext maximal 300 Zeichen inklusive 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) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM- Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM- Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM- Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)

RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
------	-----------------------	--

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

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensweisungen 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)	
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer)	
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)	
EF06	CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)	
EF08	CIRS Notfallmedizin (Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin, Klinikum Kempten)	
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)	
EF17	DGHO-CIRS (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie)	
EF00	Sonstiges	(Freitext maximal 300 Zeichen inklusive Leerzeichen)

Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (Kapitel A-12.3.2.6)

Num-mer	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	Auswahloptionen/Module: -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 inklusive Leerzeichen)
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Auswahloptionen: -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)

Num-mer	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 Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
Medikationsprozess im Krankenhaus			
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnissbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß 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, das heißt strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		

AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	Auswahloptionen: – Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung – Zubereitung durch pharmazeutisches Personal – Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen – Sonstiges: (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen) (Mehrfachauswahl möglich)	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	– Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) – Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapothek (z. B. Unit-Dose-System) – Sonstige elektronische Unterstützung (bei z. B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen) (Mehrfachauswahl möglich)	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Auswahloptionen: – Fallbesprechungen – Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung – Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) – Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2) – andere Maßnahme (Freitext maximal 300 Zeichen inklusive Leerzeichen) (Mehrfachauswahl möglich)	

Entlassung			
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	Auswahloptionen: – Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (gegebenenfalls 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) (Mehrfachauswahl möglich)	

Auswahlliste „Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“ (Kapitel A-12.6.1)

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
Prävention		
SK01	Informationsgewinnung zur Thematik	z. B. Information über lokale Hilfsangebote, Sichtbarmachen in den Räumlichkeiten (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)
SK02	Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen	z. B. Angaben zur Durchführung, Umfang und Teilnahmequote an Fortbildungen zum Thema Basiswissen unter anderem zum Erkennen von (sexueller) Gewalt und Einleitung entsprechender Hilfen, inklusive des Erwerbs von Wissen zu gesetzlichen Pflichten und zur Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht bei Verdacht auf Gefährdung des Kindeswohls
SK03	Aufklärung	z. B. Team, Patienten und deren Angehörige zur Thematik sensibilisieren (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)
SK04	Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	Letzte Überprüfung (Datum)
SK05	Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten	z. B. interne und externe altersentsprechende Beschwerdemöglichkeiten

		(Freitextangabe, maximal 500 Zeichen, gegebenenfalls Link)
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl	z. B. Kinderschutz in Vorstellungsgesprächen thematisieren, Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses bei Vorliegen der Voraussetzungen von § 30a BZRG (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)
SK07	Sonstiges	z. B. weitere Maßnahmen und Instrumente (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)
Intervention		
SK08	Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	Letzte Überprüfung (Datum)
SK09	Sonstiges	z. B. weitere Maßnahmen und Instrumente (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)
Aufarbeitung		
SK10	Handlungsempfehlungen zum Umgang/zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	Letzte Überprüfung (Datum)
SK11	Sonstiges	z. B. weitere Maßnahmen und Instrumente

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

Nummer	Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzangabe: 24 Stunden-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA (X)	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja/Nein	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X)	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja/Nein	
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja/Nein	
AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (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	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		

AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja/Nein	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung (X)		Ja/Nein	z. B. ECMO/ECLA
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja/Nein	
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph (X)		Ja/Nein	
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse		
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja/Nein	z. B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		
AA56	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoffionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens		
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten		zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung		
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)

Num-mer	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)

Num-mer	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“)	
Num-mer	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, Ventrikeldruptur	
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 Tumorthherapie</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“)	
Num-mer	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“)	
Num- mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO	Kommentar/Erläuterung
	Ohr	
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	
VH04	Mittelohrchirurgie	<i>z. B. Hörverbesserung, implantierbare Hörgeräte</i>
VH05	Cochlearimplantation	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	
VH27	Pädaudiologie	
	Nase	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln	
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VI 32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
	Mund/Hals	
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	<i>z. B. auch Stimmstörungen</i>
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH25	Schnarchoperationen	
	Onkologie	
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
	Rekonstruktive Chirurgie	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
	Allgemein	
VH23	Spezialsprechstunde	
VH26	Laserchirurgie	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VH00	(„Sonstiges“)	
Num- mer	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“)	
Num- mer	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“)	
Num- mer	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“)	
Num-mer	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“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen	Kommentar/Erläuterung
VX00	(„Sonstiges“)	

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

Num-mer	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 § 402 SGB V (DDR-Altverträge)
AM14	Ambulanz im Rahmen von DMP
AM15	Belegarztpraxis am Krankenhaus
AM16	Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 5 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
AM19	Geriatrische Institutsambulanz (GIA) nach § 118a SGB V
AM20	Bundeswehrambulanz nach § 117a SGB V
AM21	Pädiatrische Institutsambulanz nach § 118b SGB V

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

Num-mer	Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	Angebotene Leistungen	Kommentar/ Erläuterung
LK01	Anlage 1 Nummer 1	CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	
LK02	Anlage 1 Nummer 2	Brachytherapie	
LK05	Anlage 2 Nummer 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen	
LK06	Anlage 2 Nummer 4	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen	
LK07	Anlage 2 Nummer 5	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems)	
LK11	Anlage 2 Nummer 9	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Transsexualismus	

LK12	Anlage 2 Nummer 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	
LK27	Anlage 2 Nummer 15	Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom	
LK28	Anlage 2 Nummer 16	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Lebertransplantation	
LK15_3	Anlage 3 Nummer 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren	
LK15_5	Anlage 3 Nummer 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven (mit Ablauf 26. April 2025 keine Anwendung mehr in ABK-RL)	
LK15_7	Anlage 3 Nummer 1	7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren	
LK15_10	Anlage 3 Nummer 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung	
LK15_11	Anlage 3 Nummer 1	11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen	
LK16	Anlage 3 Nummer 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS	
LK18	Anlage 3 Nummer 4	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3 bis 4)	
LK20	Anlage 3 Nummer 6	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose	
LK21	Anlage 3 Nummer 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden	
LK22	Anlage 3 Nummer 8	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie	
LK23	Anlage 3 Nummer 9	Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden	
LK24	Anlage 3 Nummer 10	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen	
Num- mer	Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärzt- liche 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	Teil 1: Erwachsene

			Teil 2: Kinder und Jugendliche
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	
LK43	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	
LK44	Anlage 2 d	Neuromuskuläre Erkrankungen	
LK45	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	
LK46	Anlage 1.1 c	chronisch-entzündliche Darmerkrankungen	
LK47	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 8: Knochen- und Weichteiltumoren	
LK48	Anlage 1.2 a	Multiple Sklerose	
LK49	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 9: Tumoren des Auges	
LK50	Anlage 1.2 b	zerebrale Anfallsleiden (Epilepsie)	
LK51	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 10: Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung (Inkrafttreten: 26. Juni 2025)	
LK52	Anlage 2 n	Versorgung von Patienten vor oder nach Organtransplantation und von lebenden Spendern – Transplantationsgruppe 1: Behandlung nach allogener Stammzelltransplantation (Inkrafttreten: 26. Juni 2025)	

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-Ohren-Heilkunde	
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	
AQ75	Innere Medizin und Infektiologie	
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 (MWBO 2003)	
AQ69	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie (MWBO 2003)	
AQ70	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder- und Jugend-Kardiologie	
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie	
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie	
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
AQ09	Kinderchirurgie (MWBO 2003)	
AQ71	Kinder- und Jugendchirurgie	
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 (MWBO 2003)	
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 (MWBO 2003)	
AQ72	Radiologie, SP Kinder- und Jugendradiologie	
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie	
AQ57	Rechtsmedizin	
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (MWBO 2003)	
AQ58	Strahlentherapie	
AQ12	Thoraxchirurgie	
AQ59	Transfusionsmedizin	

AQ60	Urologie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
AQ73	Parodontologie	
AQ74	Allgemeine Zahnheilkunde	
Nummer	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar/Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF02	Akupunktur	
ZF03	Allergologie	
ZF04	Andrologie	
ZF50	Balneologie und Medizinische Klimatologie	
ZF05	Betriebsmedizin	
ZF06	Dermatohistologie (MWBO 2003)	
ZF51	Dermatopathologie	
ZF07	Diabetologie	
ZF52	Ernährungsmedizin	
ZF08	Flugmedizin	
ZF09	Geriatrie	
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	
ZF11	Hämostaseologie	
ZF12	Handchirurgie	
ZF13	Homöopathie (aus MWBO 2018 entfernt)	
ZF53	Immunologie	
ZF14	Infektiologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF54	Kardiale Magnetresonanztomographie	
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie (MWBO 2003)	
ZF55	Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	
ZF17	Kinder-Gastroenterologie (MWBO 2003)	
ZF56	Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	
ZF18	Kinder-Nephrologie (MWBO 2003)	
ZF57	Kinder- und Jugend-Nephrologie	
ZF19	Kinder-Orthopädie (MWBO 2003)	
ZF58	Kinder- und Jugend-Orthopädie	
ZF20	Kinder-Pneumologie (MWBO 2003)	
ZF59	Kinder- und Jugend-Pneumologie	
ZF21	Kinder-Rheumatologie (MWBO 2003)	
ZF60	Kinder- und Jugend-Rheumatologie	
ZF61	Klinische Akut- und Notfallmedizin	
ZF62	Krankenhaushygiene	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	
ZF70	Magnetresonanztomographie	
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden – (MWBO 2003)	
ZF71	Manuelle Medizin	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie (MWBO 2003)	
ZF25	Medikamentöse Tumorthherapie	
ZF26	Medizinische Informatik	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF63	Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen	
ZF29	Orthopädische Rheumatologie	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF31	Phlebologie	
ZF72	Physikalische Therapie	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie (MWBO 2003)	

ZF33	Plastische Operationen (MWBO 2003)	
ZF64	Plastische und Ästhetische Operationen	
ZF34	Proktologie	
ZF35	Psychoanalyse	
ZF73	Psychotherapie	
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden – (MWBO 2003)	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden – (MWBO 2003)	
ZF65	Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner	
ZF39	Schlafmedizin	
ZF66	Sexualmedizin	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF67	Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	
ZF68	Spezielle Kinder- und Jugend-Urologie	
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, Physician Assistant</i>
PQ02	Diplom	<i>z. B. Pflegewissenschaften</i>
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
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	
Num- mer	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	Geriatrie	<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	<i>z. B. Deeskalationstrainerin und Deeskalationstrainer in der Notaufnahme, Psychiatrie</i>
ZP25	Gerontopsychiatrie	
ZP26	Epilepsieberatung	
ZP27	OP-Koordination/OP-Management	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	<i>z. B. Still- und Laktationsberaterin und Laktationsberater (IBCLC)</i>
ZP29	Stroke Unit Care	
ZP30	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP)	
ZP31	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Neurologie	<i>z. B. Parkinson Nurse</i>
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	<i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP32	Gefäßassistentin und Gefäßassistent DGG®	
ZP33	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Chest Pain Unit	
ZP34	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Demenz	<i>z. B. Dementia Care, Demenz und Delir, Demenzcoach</i>
ZP35	Aromapflege	
ZP36	Familiäre Pflegetrainerin und familialer Pflegetrainer	

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

Bundesland	Leistungsbereich	Zusatzangaben
Baden-Württemberg	Schlaganfall: Akutbehandlung	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	MRE	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Universelles Neugeborenen-Hörscreening	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Bayern	Schlaganfall	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Hessen	Landesverfahren MRE-Projekt Hessen	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Landesverfahren Schlaganfallversorgung Hessen: SA Akut	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Landesverfahren Schlaganfallversorgung Hessen: SA Frührehabilitation	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum

Rheinland-Pfalz	Schlaganfall	<u>Auswahloptionen:</u> 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 Absatz 5 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.	
MM04	Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil gemäß § 136b Absatz 5a 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 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 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. aufgrund von personellen oder strukturellen Veränderungen
MM09	Leistungserbringung trotz Nichtvorliegens einer positiven Prognose und ohne einschlägigen Ausnahmegrund.	

Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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	
CQ30	Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil (seit dem 8. Januar 2021 in Kraft)	
CQ24	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom (seit 27. Februar 2025 außer Kraft)	
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)	
CQ29	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung (T-Zell-Depletion über Positivanreicherung oder Negativselektion) des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie (ALL) und akuter myeloischer Leukämie (AML) bei Erwachsenen (seit 13. Februar 2025 außer Kraft)	
CQ31	Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL)	

Auswahlliste „Arzneimittel für neuartige Therapien“ (Kapitel C-10)

Num-mer	Arzneimittel für neuartige Therapien	Konkretisierung der Indikationen (Zusatzangaben)
ANT01	CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien (Anlage I der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)	Auswahloptionen: - akute B-Vorläuferzell-Leukämien bei Erwachsenen - akute B-Vorläuferzell-Leukämien bei Kindern und Jugendlichen bis

		zum vollendeten 18. Lebensjahr - B-Zell-Lymphome bei Erwachsenen - Multiples Myelom bei Erwachsenen <i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>
ANT02	Onasemnogen-Apoparvovec bei spinaler Muskelatrophie (Anlage II der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)	
ANT03	Tabelecleucel bei EBV-positiven Posttransplantationslymphomen (Anlage III der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)	
ANT04	Gentherapeutika bei Hämophilie (Anlage IV der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)	
ANT05	Eladocagene exuparvovec bei Aromatische-L-Aminosäure-Decarboxylase (AADC)-Mangel (Anlage V der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)	
ANT06	Exagamglogen autotemcel bei Beta-Thalassämie und Sichelzellerkrankung (Anlage VI der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)	



Tragende Gründe

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses
über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der
Krankenhäuser:

Änderung von § 3, Streichung von § 17 und Ergänzung der
Anlage und des Anhangs 2 für das Berichtsjahr 2025

Stand: 17.09.2025

Hinweise:

- **Grau hinterlegte Textteile:** Spezifische Anpassungen erforderlich
- *Kursiv:* redaktionelle Hinweise zum Vorgehen
- Dissente Positionen sind **gelb markiert**.
- Die Tragenden Gründe konnten von der Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle nicht abschließend rechtlich geprüft werden.

Vom **18. Dezember 2025**

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	3
2.	Eckpunkte der Entscheidung	3
2.1	Regelungsrumpf.....	3
2.2	Anlage für das Berichtsjahr 2025 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts).....	4
2.2.1	A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	4
2.2.2	B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	7
2.2.3	C Qualitätssicherung.....	8
2.3	Anhang 2 für das Berichtsjahr 2025 (Auswahllisten)	11
2.3.1	Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (Kapitel A-8.2).....	11
2.3.2	Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal“ (Kapitel A-11.4).....	11
2.3.3	Auswahlliste „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen“ (Kapitel A 12.2.3)	11
2.3.4	Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ Kapitel (B-[X].8)	11
2.3.5	Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ (Kapitel B-[X].8)	11

2.3.6	Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V“ (Kapitel C-6).....	11
2.3.7	Auswahlliste „Arzneimittel für neuartige Therapien“ (Kapitel C-10)	11
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	12
4.	Verfahrensablauf	12
5.	Fazit	12
6.	Zusammenfassende Dokumentation	13

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V einen Beschluss über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zu fassen. In dem jährlich zu veröffentlichenden Qualitätsbericht ist der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und § 136a SGB V sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummern 1 und 2 SGB V darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen.

2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) angepasst sowie die Anlage und der Anhang 2 der Qb-R für das Berichtsjahr 2025 eingefügt. Die nachfolgenden Tragenden Gründe erläutern insbesondere solche Änderungen, die gegenüber den geltenden Regelungen, der Anlage und dem Anhang 2 der Qb-R für das Berichtsjahr 2024 bestehen. Die Begründungen für die bisherigen Regelungen können auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den jeweiligen Beschlüssen unter folgendem Link eingesehen werden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/>

Zu den Regelungen im Einzelnen:

Neben der für das Berichtsjahr 2025 erforderlichen Aktualisierung der Verweise, Entfernung von Internetlinks und weiteren redaktionellen Anpassungen werden insbesondere folgende Änderungen vorgenommen:

2.1 Regelungsrumpf

Zu § 3 Begriffsbestimmungen

Zu Nummer 3

DKG/GKV-SV	PatV
Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung des Verweises infolge der Änderung des § 2a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) durch das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) vom 5. Dezember 2024 (BGBl. 2024 I Nr. 400).	Es erfolgt eine Verweisanpassung, da die Definition des Standortbegriffs durch eine Änderung im Zuge des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG) nun gesetzlich normiert ist.

Zu Nummer 4

Mit der vorliegenden Änderung wird die Definition des Begriffs „Krankenhausstandort“ im Sinne der Qb-R erweitert. Standorte mit gültiger Standortnummer, welche mit dem Vorgabewert 001 an der siebten bis neunten Stelle im Standortverzeichnis geführt werden, sind nun ebenfalls umfasst. Hintergrund der Anpassung ist eine Regelung in der Standortumsetzungsvereinbarung gemäß § 2a Absatz 3 und 4 KHG in Verbindung mit der Verzeichnisvereinbarung gemäß § 293 Absatz 6 SGB V. Danach sind Krankenhausstandorte, die ausschließlich teilstationäre Leistungen erbringen, bis spätestens zum 1. Januar 2026 verbindlich im Standortverzeichnis zu kennzeichnen. Diese teilstationären Standorte erhalten eine Standortnummer, bei der die Stellen sieben bis neun den Wert „001“ aufweisen. Die

bisherige Definition des Begriffs „Krankenhausstandort“ im Sinne der Qb-R berücksichtigt diese Standorte noch nicht.

Weiterhin wird klargestellt, dass die geänderte Definition erstmals für die Erstellung und Übermittlung der Qualitätsberichte des Berichtsjahres 2026 angewendet wird. Damit erfolgt die Anpassung mit ausreichendem zeitlichem Vorlauf, so dass alle betroffenen Akteure die erforderlichen organisatorischen und technischen Maßnahmen zur Umsetzung treffen können.

Die verbindliche und differenzierte Ausweisung von teilstationären Krankenhausstandorten ermöglicht zudem für diese Standorte den Umfang der zu übermittelnden Inhalte spezifisch anzupassen. Die konkrete Ausgestaltung der Inhalte erfolgt erstmals in der Anlage der Qb-R für das Berichtsjahr 2026.

Zu § 17 Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie

Die Sonderregelung aufgrund der COVID-19-Pandemie wird gestrichen. Diese Regelung sah vor, dass die veröffentlichenden Stellen nach § 11 Qb-R in ihren Veröffentlichungen darauf hinweisen, dass die Qualitätsberichtsdaten der Berichtsjahre 2019 bis 2022 nur eingeschränkt mit den Vorjahren vergleichbar sind. Da die veröffentlichenden Stellen in der Regel die Daten des aktuellen Berichtsjahres veröffentlichen, ist diese Sonderregelung für das aktuelle Veröffentlichungsjahr obsolet.

Zudem ist weiterhin ein gleichlautender Hinweis auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit aufgrund der COVID-19-Pandemie in den zu veröffentlichenden Datensätzen der Qualitätsberichte der Berichtsjahre 2019 bis 2022 enthalten. Die Information geht also nicht verloren, es wird lediglich einer von zwei inhaltsgleichen zu veröffentlichenden Hinweisen gestrichen. Dadurch ist sichergestellt, dass auch nach der Streichung des § 17 adäquat auf mögliche Auswirkungen der COVID-19-Pandemie in den betroffenen Berichtsjahren hingewiesen wird.

2.2 Anlage für das Berichtsjahr 2025 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts)

Zu Kapitel Allgemeine Hinweise, 1 Erläuterungen zur Berichterstellung

Der Abschnitt „Benennung des Qualitätsberichts“ wird konkretisiert und inhaltlich erweitert. Dabei wird eine feststehende kurze Bezeichnung der von den unterschiedlichen Akteuren (Krankenhaus, DeQS-Datenannahmestelle und IQTIG) zu übermittelnden Datensätze eingeführt. Diese Bezeichnungen sollen Referenzierungen innerhalb der Regelungen sowie die Benennung von Servicedateien erleichtern. Dies betrifft insbesondere den vom Krankenhaus zu liefernden Datensatz. Dieser wird nun kurz als „Datensatz Krankenhaus“ bezeichnet, statt beispielsweise vom Teil A, B, C ohne C-1, C-6.2 und C-9 zu sprechen. Für die von den DeQS-Datenannahmestellen sowie dem IQTIG zu liefernden Datensätze werden analog Bezeichnungen normiert.

2.2.1 A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

Zu Kapitel A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses (Nummer I.4 und II.4)

Die Datenfelder für die Bezeichnungen der Leitungspositionen des Pflegedienstes und der Verwaltung werden umbenannt, um die entsprechenden Positionen mit den verschiedenen vorhandenen Bezeichnungen eindeutiger zu umfassen. Der Begriff „Leitung“ zielt auf die Funktion ab, unabhängig von der Benennung der Position.

Zu Kapitel A-10 Gesamtfallzahlen

Es werden Angaben zu den Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) ergänzt, um das Leistungsspektrum des Krankenhausstandorts umfassend darzustellen zu können. Dies umfasst neben dem neuen Kapitel B-[X].7 auch die Angabe zur Anzahl der am Krankenhausstandort als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle als Teil der Gesamtfallzahl am Standort.

Zu Kapitel A-12.1.3 Befragungen

Das Kapitel „Befragungen“ wurde neu aufgenommen, um die Transparenz zu diesem Instrument des Qualitätsmanagements in den Krankenhäusern zu erhöhen.

Entsprechend § 4 der Qualitätsmanagement-Richtlinie (QM-RL) gehören Patienten- und Mitarbeiterbefragungen zu den Methoden und Instrumenten des Qualitätsmanagements. Angaben zu einzelnen Befragungen waren bisher gemäß Qb-R in mehreren Kapiteln oder Auswahllisten verortet. Die drei Aspekte Patientenbefragungen, Mitarbeiterbefragungen und Einweiserbefragungen werden in einem neuen Kapitel gesammelt erfasst, was eher der Zuordnung aus der QM-RL und dem Einsatz im Qualitätsmanagement der Krankenhäuser entspricht.

Zudem wird den Krankenhäusern ermöglicht, ergänzende Angaben zu weiteren Befragungen zu machen, die im Rahmen des Qualitätsmanagements genutzt werden. Dies können zum Beispiel Angehörigenbefragungen, Befragungen des Rettungsdienstes und Hebammenbefragungen sein.

Zu Kapitel A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Es handelt sich um eine redaktionelle Anpassung. Die Grundlage für die gelisteten Instrumente und Maßnahmen des klinischen Risikomanagements in dem Kapitel sind anerkannte Expertenstandards bzw. Leitlinien und Handlungsempfehlungen von relevanten nationalen Fachgesellschaften (zum Beispiel Aktionsbündnis Patientensicherheit).

Zu Kapitel A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsweginternen Fehlermeldesystems

DKG/GKV-SV	PatV
Das Feld wird sprachlich angepasst. So wird der Intention des § 4 QM-RL bezüglich der systematischen Bearbeitung der Meldungen und der daraus resultierenden Erkenntnisse adäquater entsprochen.	Das Feld wird beibehalten, um weiterhin die Bearbeitung von Fehlermeldungen und ihre konkrete Umsetzung erfassen zu können.

Zu Kapitel A-12.3.1 Hygienepersonal

Die Reihenfolge der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die mit der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention betraut sind, wurde entsprechend dem Umfang der hygienespezifischen Qualifikation angepasst. Hygienefachkräfte sind Pflegekräfte mit abgeschlossener Fachweiterbildung; hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte absolvieren Fortbildungen zur Übernahme der Beauftragung.

Zu Kapitel A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Zur Abfrage zu diesem Kapitel wird jetzt auf die bestehende Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) des Robert Koch-Instituts (RKI) verwiesen. Zentrale Aspekte aus der Empfehlung, die sich auf die unmittelbare Patientenversorgung beziehen, werden als Themen für den standortspezifischen Standard hervorgehoben. So kann das Krankenhaus seine Angaben unter Bezugnahme auf die nationale Empfehlung dokumentieren. Die Berücksichtigung der KRINKO-Empfehlung in dem

standortspezifischen Standard bezieht die wesentlichen Aspekte der Vermeidung von gefäßkatheterassoziierten Infektionen ein, ohne diese detailliert abzufragen.

Die Aufzählung der Berechtigten zur Autorisierung des Standards wird zur Vervollständigung um die ärztliche Leitung ergänzt.

Zu Kapitel A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Die Aufzählungen der Berechtigten zur Autorisierung der Leitlinie und des Standards werden zur Vervollständigung um die ärztliche Leitung ergänzt.

Zu Nummer 3:

DKG	GKV-SV/PatV
Die bisherige Formulierung entsprach nicht der QM-RL zum Einsatz von Checklisten, da dort nicht der Einsatz von Checklisten bei jedem zu operierenden Patienten gefordert ist. Zudem werden andere zweckmäßige Formen der Überprüfung, die Krankenhäuser etabliert haben, von dieser Abfrage nach Checklisten nicht umfasst. Die Formulierung zu dieser Angabe wird entsprechend angepasst, so dass Krankenhäuser alle Formen der Überprüfung einbeziehen können und eine entsprechend vollständige Darstellung in diesem Kapitel möglich ist.	<i>[Beibehaltung der bisherigen Formulierung in der Anlage]</i>

Zu Kapitel A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Zur Abfrage des Inhalts des standortspezifischen Standards wird eine Zusammenfassung zu den wesentlichen Aspekten der Wundversorgung unter Berücksichtigung von chronischen, traumatischen und postoperativen Wunden vorgenommen.

Die Berücksichtigung der KRINKO-Empfehlung zur Prävention postoperativer Wundinfektionen in dem standortspezifischen Standard bezieht die wesentlichen Aspekte

DKG/GKV-SV	PatV
zur Wundversorgung akuter Wunden ein,	zur Prävention von Wundinfektionen und zur Wundversorgung akuter Wunden einschließlich entsprechender Patienteninformation ein,

ohne diese detailliert abzufragen. Die Empfehlungen der KRINKO zur Basishygiene umfassen die Aspekte der Hände- und Flächenhygiene, die in der Wundversorgung relevant sind. Die moderne Wundversorgung von chronischen und akuten Wunden unterscheidet sich, so dass dies in einem standortspezifischen Standard thematisiert werden sollte, ebenso wie die entsprechende Art der Wundbehandlung und -abdeckung.

DKG/GKV-SV	PatV
<i>[keine Übernahme]</i>	Zudem werden im standortspezifischen Standard die konkreten Melde- und Dokumentationsabläufe bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion konkretisiert.

Eine detaillierte Abfrage ist in dieser Zusammenfassung und mit den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nicht notwendig.

Die Bezeichnung „interner Standard“ wird zur Präzisierung zu „standortspezifischer Standard“ geändert. Die Aufzählung der Berechtigten zur Autorisierung des Standards wird zur Vervollständigung um die ärztliche Leitung ergänzt.

Zu Kapitel A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Die Abfragen zum standortspezifischen Standard und Aufnahmescreening werden zusammengefasst, indem ein Verweis auf die Berücksichtigung der KRINKO-Empfehlung zur „Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ formuliert wurde.

Aus der Abfrage zu den Schulungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird der Begriff „Noro-Viren“ entfernt, da sich das Kapitel auf bakterielle Erreger bezieht.

Zu Kapitel A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Der Abschnitt wird um redundante Inhalte bereinigt, da mit den verbleibenden Angaben die wesentlichen Inhalte zum Lob- und Beschwerdemanagement abgebildet werden.

Zusätzlich können ergänzende Freitextangaben zu den Beschwerdewegen erfolgen, um den Zugang zum Beschwerdemanagement des Krankenhauses zu erleichtern.

Die Frage nach der anonymen Eingabemöglichkeit von Beschwerden wird gestrichen, da der persönliche Kontakt im Rahmen der Beschwerdebearbeitung ein wesentliches Element ist.

Angaben zu Patientenbefragungen und Einweiserbefragungen werden künftig in Kapitel A-12.1.3 zu den Befragungen erfasst und entfallen daher aus dem Kapitel A-12.4.

2.2.2 B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Zu Kapitel B-[X].4 [unbesetzt]

Besetzung des Kapitels, in der Folge werden die Kapitel neu nummeriert.

Zu Kapitel B-[X].4 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Es werden Angaben zu den Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) ergänzt, um das Leistungsspektrum des Krankenhausstandorts umfassend darzustellen zu können. Dies umfasst neben dem neuen Kapitel B-[X].7 auch die Angabe zur Anzahl der in der Organisationseinheit/Fachabteilung als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle.

Zu Kapitel B-[X].5 Hauptdiagnosen nach ICD und B-[X].6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Die Vorgabe, dass ICD- und OPS-Ziffern in absteigender Häufigkeit anzugeben sind, entfällt. Die Angaben können auch in einer alternativen Reihenfolge erfolgen, die bspw. medizinisch-fachliche Schwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung übersichtlicher darstellt.

Zu Kapitel B-[X].7 Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)

Es werden Angaben zu den Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG) ergänzt, um das Leistungsspektrum des Krankenhausstandorts umfassend darstellen zu können. Da diese Fälle nicht den bisher im Qualitätsbericht dargestellten Kategorien von stationären Fällen, ambulanten Behandlungsmöglichkeiten oder ambulanten Operationen nach § 115b SGB V zuzuordnen sind, werden sie in einem eigenen, spezifischen Kapitel dargestellt. Die Fallzahlen in den Kapiteln A-10 und B-[X].4 werden jeweils gesondert ausgewiesen. Analog zur Darstellung der stationären Fälle (vgl. Kapitel B-[X].5 und B-[X].6) und ambulanten Operationen (vgl. Kapitel B-[X].9) werden für die Hybrid-DRG-Fälle

der Organisationseinheit/Fachabteilung Hauptdiagnosen und durchgeführte Prozeduren mit ihrer Bezeichnung und jeweiligen Anzahl ausgewiesen.

Zu Kapitel B-[X].11.1 Ärztinnen und Ärzte, B-[X].11.2 Pflegepersonal und B-[X].11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Es erfolgen Aktualisierungen der Verweise aufgrund der Besetzung des Kapitels B-[X].4.

2.2.3 C Qualitätssicherung

Zu Kapitel C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung

Die Ergebnisse gemäß der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) stehen nicht mehr zur Verfügung, da nach Beschluss des G-BA vom 16. Januar 2025 die plan. QI-RL mit Wirkung vom 12. Dezember 2024 außer Kraft getreten ist.

Zu Kapitel C-1.2.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Der Abschnitt „Sortierung“ wird aus der Auflistung der darzustellenden Inhalte gestrichen, da die laufende Nummer der Sortierung nicht als eigenes Datenfeld in den Qualitätsberichten dargestellt werden soll. Entsprechende inhaltliche Festlegungen werden stattdessen im Abschnitt „Bezug zu anderen QS-Ergebnissen“ ergänzt.

PatV	DKG/GKV-SV
Es wird eine neue Kategorie der Einstufung „P“ und damit ein neues Kategorienschema speziell für Patientenbefragungen ergänzt, um den besonderen Anforderungen der QI der Patientenbefragung hinsichtlich der qualitativen Bewertung zu begegnen. Die qualitative Bewertung „P0“ fungiert analog zur Kategorie „N01“, da die Auffälligkeitseinstufung je QI ausschließlich bei mindestens vier gültigen, zurückgeschickten Fragebögen je Leistungserbringer erfolgt. Ist dies nicht gegeben, kann ein Leistungserbringer nicht rechnerisch eingestuft und somit nicht bewertet werden. Die qualitative Bewertung „P1“ wird gewählt, wenn das Ergebnis eines Leistungserbringers keine rechnerische Auffälligkeit aufweist, da das Ergebnis der aggregierten Patientenantworten mit dem zugehörigen Vertrauensintervall innerhalb des Referenzbereichs liegt. Für die Auslösung von Stellungnahmeverfahren zu Ergebnissen der Patientenbefragung werden gemäß DeQS-RL Qualitätsindikatoren gruppiert, die gleiche oder ähnliche Versorgungsprozesse adressieren. „P2“ wird für diejenigen Qualitätsindikatoren gewählt, deren	Der Aufnahme von neuen Kategorien zur qualitativen Bewertung von Qualitätsindikatorergebnissen aus Patientenbefragungen in die Anlage der Qb-R wird nicht zugestimmt. Die Einführung der Kategorien zum jetzigen Zeitpunkt ist aus methodischen Gründen noch nicht möglich. Dem bislang fachlich noch nicht beratenen Vorschlag liegt zugrunde, dass zur Auslösung von Stellungnahmeverfahren eine Gruppierung von Qualitätsindikatoren stattfindet. Dieser Ansatz wird erstmalig im Auswertungsjahr 2025 auf freiwilliger Basis erprobt, so dass noch keine Ergebnisse vorliegen. Die Ergebnisse der Erprobung sind abzuwarten und fachlich zu beraten, bevor weitere Festlegungen in einer Richtlinie erfolgen können. Weiterhin werden Patientenbefragungen im Rahmen der DeQS-RL sektorenübergreifend eingesetzt. Damit die Ergebnisse aus dem vertragsärztlichen und stationären Sektor vergleichbar sind, sollte ein gemeinsames Kategorienschema zur Anwendung kommen. Eine Verortung des Kategorienschemas ausschließlich in den Qb-R, die nur im stationären Sektor Anwendung findet, erschwert bzw.

Ergebnisse auf eine rechnerische Auffälligkeit und mithin auf ein Qualitätsdefizit hindeuten, aber durch die Empfehlung der Gruppierung als auslösendes Moment eines Stellungnahmeverfahrens nicht zu einem solchen führen. Die Leistungserbringer können in eigener Initiative eine Ursachen- und Ausmaßanalyse durchführen, um die Verstärkung systematischer Auffälligkeiten vorzubeugen und gleichzeitig die hinter dem Ergebnis stehende Versorgungs- und Prozesslandschaft zu adjustieren. Kategorie P3 ist zu für diejenigen Qualitätsindikatoren gewählt, die in der Kombination anderer, thematisch verwandter Qualitätsindikatoren ihrer Gruppe eine Auffälligkeit aufweisen und zu einem Stellungnahmeverfahren führen.	verhindert eine sektorenübergreifende Beratung und Festlegung. Insofern wird perspektivisch eine Verortung der Bewertungsprozesse und der abschließenden Bewertungskategorien in der DeQS-RL angestrebt. Die dort festgelegten Kategorien werden danach entsprechend in die Qb-R übernommen.
--	---

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

Die Liste der Indikationen zu den DMP wird um Adipositas Kinder/Jugendliche ergänzt. Das Inkrafttreten ist am 1. Juli 2025 erfolgt.

Zu Kapitel C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

DKG/GKV-SV	PatV
Die Angaben zu den freiwilligen Qualitätssicherungsverfahren werden auf die wesentlichen Inhalte beschränkt, da eine Auflistung aller Indikatoren aus den Verfahren für die Krankenhäuser aufgrund der hohen Anzahl von Indikatoren in einem Verfahren häufig nicht praktikabel ist. Freiwillige Verfahren, wie zum Beispiel die German Inpatient Quality Indicators (G-IQI) umfassen Indikatoren aus mehr als 60 Leistungsbereichen. Die Auswahl der Krankenhäuser, welche Indikatoren hier aufgenommen werden, ist freigestellt und kann keine Vergleichbarkeit herstellen. Die Angaben, welchem freiwilligen Verfahren sich ein Krankenhaus angeschlossen hat, über welchen Zeitraum und auf welcher Grundlage die Daten erhoben werden, sind hier aussagekräftiger. Für weiterführende Informationen zu Methodik und Ergebnissen kann auf die Dokumentation des Verfahrens und gegebenenfalls veröffentlichte Ergebnisse verwiesen werden, so dass	<i>[im Wesentlichen Beibehaltung der bisherigen Formulierung in der Anlage]</i>

Transparenz über das gesamte Verfahren und die Ergebnisse gewährleistet ist.	
--	--

Zu Kapitel C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Für folgende Leistungsbereiche, für die im Berichtsjahr 2025 und im Prognosejahr 2027 die Mm-R gelten, erfolgen Anpassungen:

- Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene:
Erhöhung der Mindestmenge im Berichtsjahr 2025 von 15 auf 20
- Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen:
Erhöhung der Mindestmenge im Berichtsjahr 2025 von 25 auf 40
- Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie):
Erhöhung der Mindestmenge im Berichtsjahr 2025 von 50 auf 100
- Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen:
Erhöhung der Mindestmenge im Berichtsjahr 2025 von 40 auf 75
- Ergänzung des Leistungsbereichs Chirurgische Behandlung bösartiger Neubildungen des Kolons (Kolonkarzinomchirurgie), für den im Berichtsjahr 2025 keine Mindestmenge und im Prognosejahr eine Mindestmenge von 20 gilt
- Ergänzung des Leistungsbereichs Chirurgische Behandlung bösartiger Neubildungen am Rektum und am Übergang vom Rektum zum Sigmadarm (Rektumkarzinomchirurgie), für den im Berichtsjahr 2025 keine Mindestmenge und im Prognosejahr eine Mindestmenge von 15 gilt

Zu Kapitel C-8 – Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr

Aufgrund der jährlichen Aktualisierung der Verordnung zur Festlegung von Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen in Krankenhäusern (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung – PpUGV vom 9. November 2020) bedarf es für das Berichtsjahr 2025 redaktioneller Anpassungen. Konkret wird eine Aktualisierung der Verweise vorgenommen.

Zu Kapitel C-9 – Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)

Das Kapitel wird an die Änderungen in der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V angepasst (Hinweistext, Abschnitt C-9.3.3.1 und C-9.3.3.2).

In Abschnitt C-9.2 (Vollständige und fristgerechte Nachweisführung) wird zudem die sprachliche Anpassung vorgenommen, dass nunmehr auf das „Ende der Korrekturfrist des jeweiligen Quartals“ Bezug genommen wird, nicht mehr auf das „Ende der Korrekturfrist zum 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres“. Hintergrund ist, dass die Nachweisdaten gemäß PPP-RL quartalsweise übermittelt werden.

Des Weiteren wird in Abschnitt C-9.3.3.4 (Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung im Nachtdienst) der Hinweis dahingehend konkretisiert, welche Angaben für die Psychosomatik sowie Einrichtungen ohne Intensivpatientinnen und Intensivpatienten entfallen. Hintergrund ist, dass für die zuvor genannten Einrichtungen gemäß § 6 Absatz 7 Nummer 4 PPP-RL keine Mindestvorgaben für den Nachtdienst festgelegt sind, sie jedoch Angaben zur tatsächlichen Personalausstattung im Nachtdienst übermitteln.

2.3 Anhang 2 für das Berichtsjahr 2025 (Auswahllisten)

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

Die Berufsbezeichnungen in den Elementen HB12 und HB05 wurden an die Änderung des Gesetzes über die Berufe in der medizinischen Technologie (MT-Berufe-Gesetz - MTBG) vom 12. Dezember 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 359) angepasst. Die Berufsbezeichnung im Element HB03 „Krankengymnastin/Krankengymnast“ ist veraltet und wird gestrichen.

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

Im Element SP23 wird die den Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen äquivalente Qualifikation „Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.)“ ergänzt.

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

Das Element „Mitarbeiterbefragungen“ wird nun in Kapitel 12.1.3 abgefragt und wird daher aus der Auswahlliste entfernt.

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

Es werden in Folge des KHVVG die Auswahlelemente AM20 „Bundeswehrambulanz nach § 117a SGB V“ und AM21 „Pädiatrische Institutsambulanz nach § 118b SGB V“ ergänzt.

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

Diese Auswahlliste wird an die Änderungen in der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) und der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL) angepasst.

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

Es erfolgen Anpassungen in Bezug auf die Gültigkeit der Auswahlelemente CQ24 „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom“ und CQ29 „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung (T-Zell-Depletion über Positivanreicherung oder Negativselektion) des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie (ALL) und akuter myeloischer Leukämie (AML) bei Erwachsenen“.

2.3.7 Auswahlliste „Arzneimittel für neuartige Therapien“ (Kapitel C-10)

Da zur Richtlinie zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien gemäß § 136a Absatz 5 SGB V (ATMP-QS-RL) mittlerweile zwei weitere Anlagen bestehen, wird die Auswahlliste um die entsprechenden Auswahlelemente ANT05 „Eladocagene exuparvovec bei Aromatische-L-Aminosäure-Decarboxylase (AADC)-Mangel (Anlage V der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)“ und ANT06 „Exagamglogen autotemcel bei Beta-Thalassämie und Sichelzellerkrankung (Anlage VI der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)“ ergänzt.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

oder

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von XX Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 21. Mai 2025 begann die Arbeitsgruppe Qualitätsbericht mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In drei Sitzungen und weiteren schriftlichen Abstimmungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer beteiligt.

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 10. September 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren am 18. September 2025 eingeleitet. Die der stellungnahmeberechtigten Organisation vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 16. Oktober 2025.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte ihre Stellungnahme fristgerecht zum 1. Oktober 2025 vor (**Anlage 3**).

oder:

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 1. Oktober 2025 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage 3**).

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 15. Oktober 2025 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 5. November 2025 durchgeführt (**Anlage 4**).

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde am 18. September 2025 fristgerecht zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 18. Dezember 2025 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung **tragen** den Beschluss **nicht**/mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer äußerten **keine** Bedenken.

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 3: Stellungnahme *[auch dann, wenn nur der Verzicht erklärt wird]* der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Anlage 4: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 18. Dezember 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

BfDI | Postfach 1468 | 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Qualitätssicherung

ausschließlich per E-Mail an:
qs@g-ba.de

Ihr Kontakt:

Herr Oster

Telefon: +49 228 997799 1310

E-Mail: Referat13@bfdi.bund.de

Aktenz.: 13-315/072#1557

(bitte immer angeben)

Dok.: 101463/2025

Anlage:

Bonn, 07.10.2025

Beschlussentwurf über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Sehr geehrte Frau Maag,
sehr geehrte Frau Starke,
sehr geehrte Damen und Herren,

ich danke Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Ich sehe in dieser Angelegenheit von einer Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Oster

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.