

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

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

Vom 17. März 2016

Inhalt

| | |
|--|----------|
| 1. Rechtsgrundlage | 2 |
| 2. Eckpunkte der Entscheidung | 2 |
| 3. Bürokratiekostenermittlung..... | 8 |
| 4. Verfahrensablauf | 8 |
| 5. Fazit..... | 8 |
| 6. Zusammenfassende Dokumentation | 8 |

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 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 Abs. 1 und 136a Abs. 1 SGB V sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 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 Anlage 1 und der Anhang 2 zur Anlage 1 für das Berichtsjahr 2015 neu gefasst. Die nachfolgenden Tragenden Gründe erläutern solche Änderungen, die gegenüber der Anlage 1 und des Anhangs 2 zur Anlage 1 für das Berichtsjahr 2014 bestehen. Die Begründungen für die übrigen – gleichbleibenden - Passagen sind den Tragenden Gründen des G-BA zu den bisherigen Änderungen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu entnehmen. Diese Tragenden Gründe können auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den jeweiligen Beschlüssen unter folgendem Link eingesehen werden: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/#tab/beschluesse>.

Bereits während der Erarbeitung der Änderungen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) für das Berichtsjahr 2014 wurde in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) weiterer inhaltlicher und redaktioneller Überarbeitungsbedarf der Regelungen festgestellt.

Vor dem Hintergrund, dass der G-BA mit Beschluss vom 16. Mai 2013 auf die zusätzliche Übermittlung der Qualitätsberichte im PDF-Format verzichtet hat, wurden bereits im Rahmen der Neufassung der Anlage 1 für das Berichtsjahr 2014 in den Teilen A und B die dem PDF-Format geschuldeten umfangreichen gestalterischen Elemente entfernt, die in den bisherigen Ausfüllhinweisen enthaltenen normativen inhaltlichen Vorgaben in das entsprechende Kapitel übernommen und eine Straffung und Vereinheitlichung der Textierung vorgenommen.

Um den Zeitplan der Beschlussfassung für das Berichtsjahr 2014 nicht zu gefährden, wurde eine entsprechende Überarbeitung des C-Teils zurückgestellt. Dies wird nun in den Regelungen für das Berichtsjahr 2015 zur Wiederherstellung der formalen Konsistenz der inhaltlichen Beschreibungen in den Berichtsteilen nachgezogen.

2.1 Wesentliche Änderungen im Einzelnen:

Mit dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (GKV-FQWG) hat der G-BA im § 137a Abs. 1 SGB V die Aufgabe erhalten, ein fachlich unabhängiges wissenschaftliches Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen zu gründen. Hierzu ist am 21. August 2014 eine Stiftung des privaten Rechts gegründet worden, die Trägerin dieses Instituts ist. Damit sollte eine dauerhafte und verlässliche Unterstützung des G-BA durch ein unabhängiges Qualitätsinstitut geschaffen werden. Zudem wurden in § 137a Abs. 3 SGB V weitere Aufgabenfelder benannt, um die Qualitätsorientierung in der ambulanten und stationären Versorgung weiter zu stärken, um bei der Entwicklung und Durchführung der Qualitätssicherung den G-BA weiter zu unterstützen und eine stärkere Transparenz über die Behandlungsqualität für interessierte Patientinnen und Patienten zu schaffen.

Aus diesem Grund ist eine Angleichung des Begriffs „Institution“ durch „Institut“ an den aktuellen Gesetzeswortlaut und somit die entsprechende redaktionelle Anpassung der Regelungen zum Qualitätsbericht erforderlich.

Durch das Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Krankenhausstrukturgesetz – KHSG) am 1. Januar 2016 wurde eine redaktionelle Anpassung der Verweise in den Regelungen notwendig. In den Anlagen und ihren Anhängen, die sich auf das Berichtsjahr 2015 beziehen, wurde durch die Einfügung „(a.F.)“ klargestellt, dass hier auf die Rechtsgrundlagen des SGB V in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung Bezug genommen wird.

Regelungsrumpf

Die Ergänzung „für das jeweilige Berichtsjahr“ ermöglicht die parallele Darstellung der Anlagen zu unterschiedlichen Berichtsjahren. Damit soll den Anwendern der Regelungen ermöglicht werden, die Vorbereitungen für die Datenlieferungen eines Berichtsjahres durchzuführen, obwohl die Prozesse des vorigen Berichtsjahres noch nicht abgeschlossen sind und weiterhin Gültigkeit haben.

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

A-10: Änderung der Fallzählung

Zählung der vollstationären und teilstationären Fälle

Mit der Einführung der Optionsphase für das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen PEPP-System wurde eine Änderung zum Ausfüllhinweis zur Fallzählung notwendig. Nunmehr wird zwischen Krankenhäusern differenziert, die an der Optionsphase des PEPP-Systems teilnehmen und denen, die nicht teilnehmen.

A-11 und B-[X].11: Personal des Krankenhauses

Hier gibt das Krankenhaus seine personelle Ausstattung – analog zum Ausfüllhinweis 22 „Vollkräfte im Jahresdurchschnitt“ der von den Bundesländern zur Verfügung gestellten Fragebögen zur Krankenhausstatistik 2014 auf Grundlage der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) – als Vollkräfte umgerechnet auf den Jahresdurchschnitt an.

Umstellung der Zählweise auf den Jahresdurchschnitt

Um die Vergleichbarkeit von Personalzahlen in Qualitätsberichten verschiedener Krankenhäuser zu erhöhen, wird die Zählung des Personals von einer stichtagsbezogenen Zählung auf eine Zählung bezogen auf den Jahresdurchschnitt umgestellt. Dies erlaubt eine bessere Vergleichbarkeit der Abbildung von Personal, welches nicht dauerhaft oder nicht fest am Krankenhaus angestellt ist. Diese Zählweise gilt nun für das gesamte Personal, wobei einzig Beleg-Hebammen und -ärzte ausgenommen sind. Damit wird die Zählung an die Art der Zählung der Krankenhausstatistik angepasst, was zudem eine Vergleichbarkeit der Daten der Bundesstatistik mit den Daten der Qualitätsberichte ermöglicht. Darüber hinaus wird die maßgebliche tarifliche Arbeitszeit angegeben. Maßgeblich bezieht sich an dieser Stelle auf den Anteil der am häufigsten zur Anwendung kommenden tariflich vereinbarten Arbeitszeit. Auf eine Normierung der Arbeitszeit auf z.B. 40 Stunden wurde hier verzichtet, da innerhalb der Beschäftigten eines Krankenhauses unterschiedliche Tarifverträge mit unterschiedlichen tariflich vereinbarten Arbeitszeiten zur Anwendung kommen können. Dies würde bei Krankenhäusern zu erheblichen Aufwänden in der Erfassung und Übermittlung der Angaben führen bei fraglichem Zugewinn an Informationsgehalt.

Erfassung von Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis wird in durchschnittlich eingesetztes Personal umgerechnet. Entsteht hierbei allerdings ein unverhältnismäßig hoher Aufwand, ist dieser Personalanteil zu schätzen. Die Angaben für den Qualitätsbericht folgen hier den Ausfüllhinweisen zur Krankenhausstatistikverordnung.

Gesonderte Erfassung von Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet werden kann

Das Personal, welches keiner abgrenzbaren Fachabteilung im Sinne des Qualitätsberichts zugeordnet werden kann (z.B. Pool-Personal), wird nun gesondert ausgewiesen. Dies gilt gleichermaßen für Personal, welches in der stationären oder in der ambulanten Patientenversorgung eingesetzt wird. In der Vergangenheit brachte die Zuordnung von Personal, welches nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet werden kann, Probleme in der Zählung mit sich, so dass dieses Personal teilweise mehrfach gezählt wurde. Daher wurde eine neue Möglichkeit der Zählung für dieses Personal geschaffen, welches nun nicht mehr bei einzelnen Fachabteilungen, sondern nur über das ganze Krankenhaus respektive Standort gezählt wird. Krankenhäusern steht es frei, auch weiterhin fachabteilungsübergreifendes Personal einer Fachabteilung zuzuordnen, wenn dies aus Sicht des Krankenhauses sachgerecht ist. Allerdings muss ausgeschlossen werden, dass derselbe Stellenanteil mehrmals auf Fachabteilungen verteilt wird. Weist ein Krankenhaus das Personal, welches keiner Fachabteilung zugeordnet werden kann, gesondert aus, dürfen diese Stellen nicht zusätzlich bei den Fachabteilungen ausgewiesen werden.

Gesonderte Erfassung des Personals für Ambulanzen

Krankenhäuser und deren Fachabteilungen haben unterschiedliche Bedarfe an Ambulanzpersonal. Bislang war die Bezugsgröße ausschließlich der stationäre Fall. Nun ist bei der Angabe der Personalzahlen zwischen Personal für die stationäre und die ambulante Versorgung zu unterscheiden. Auch hier steht es den Krankenhäusern frei, Stellen anteilig auf ambulante oder stationäre Stellen zu verteilen, wenn dies aus Sicht des Krankenhauses sachgerecht ist. Allerdings muss auch hierbei ausgeschlossen werden, dass derselbe Stellenanteil mehrmals verteilt wird.

A-11.1 und B-[X].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Hier werden nun auch die Fachärztinnen und Fachärzte, die nicht einer Fachabteilung zugeordnet sind, gesondert gezählt. Das Personal wird differenziert nach Stellen mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis erfasst. Darüber hinaus ist zu erfassen, ob das ärztliche Personal für die stationäre oder ambulante Versorgung eingesetzt wird.

A-11.2 und B-[X].11.2 Pflegepersonal

Ergänzt wird die Auswahlliste um „Medizinische Fachangestellte“, um hier auch für diese Berufsgruppe eine entsprechende Auswahlmöglichkeit zu schaffen. Das Personal wird nach fachabteilungsbezogenem und nicht-fachabteilungsbezogenem Personal erfasst. Weiterhin wird das Personal differenziert nach Stellen mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis erfasst.

Bisher wird bei den Angaben zur Personalausstattung der Krankenhäuser nicht zwischen stationär tätigem Pflegepersonal und in Ambulanzen tätigem Pflegepersonal unterschieden. Zukünftig das Ambulanzpersonal zu erfassen bzw. extra auszuweisen, ermöglicht eine bessere Information darüber, wieviel Pflegepersonal in der stationären und ambulanten Versorgung tatsächlich zur Verfügung steht.

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

In Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik spielt das Angebot an therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten und die Betreuung durch Sozialarbeiter eine herausragende Rolle. Deshalb wurden neben den bisher bereits für diese Fachabteilungen anzugebenden Berufsgruppen der Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen, Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen, Psychologischen Psychotherapeuten und Psychologischen Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen nun weitere Berufsgruppen aufgeführt, die zukünftig in dem Umfang anzugeben sind, wie sie in den Abteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik eingesetzt werden. Die betroffenen Berufsgruppen sind:

- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter

Hiermit wird eine Angleichung an die Berufsgruppen erzielt, die auch in der Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (PsychPV) erfasst sind.

Im Gegensatz zu A-11.4 ist hier nur das Personal anzugeben, das in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik arbeitet, nicht aber das in anderen Fachabteilungen beschäftigte therapeutische Personal.

Zukünftig wird auch das psychotherapeutische Personal in Ausbildung während der Praktischen Tätigkeit gesondert erfasst.

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

In diesen Abschnitt werden relevante Informationen zur Hygiene und Infektionsprävention aufgenommen. Abgefragt wird, ob Standards zur Wundversorgung und Verbandswechsel, zur Hygiene bei ZVK-Anlage, zur rationalen Antibiotikatherapie sowie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe existieren. Der interne Standard kann sich z.B. an der Leitlinie „Wundmanagement“ des Universitätsspitals Basel (Stand: 2011) orientieren. „Standard“ bezeichnet dabei eine fachabteilungsübergreifende, für einen Krankenhausstandort einheitlich Vorgehensweise, die schriftlich festgelegt ist. Ggf. können fachabteilungsspezifische Vorgaben ergänzt werden. Weiterhin wird der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Milliliter pro Patiententag auf allen Allgemeinstationen sowie allen Intensivstationen erhoben. Diese Information dient allgemein als Surrogatparameter für die Händehygiene und kann im Zeitverlauf sowie durch Vergleich mit den Händedesinfektionsmittel-Verbräuchen anderer Krankenhäuser mit ähnlichem Leistungsspektrum einen Anstoß für Verbesserungsmaßnahmen geben (internes und externes Benchmarking). Darüber hinaus werden Maßnahmen der Krankenhäuser zur Prävention der Übertragung von (multi-) resistenten Erregern erhoben. Der Übersichtlichkeit halber und aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs wurden Informationen aus der Auswahlliste A-12.3 mit Angaben zur Hygiene hierher verschoben.

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

BÄK und DKG haben ihre Empfehlung zu Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten zum 17. September 2014 geändert. Damit sollen Zielvereinbarungen ausgeschlossen werden, die Leistungskomplexe oder Leistungsaggregationen oder Case-Mix-Volumina umfassen. Damit können diese Zielvereinbarungen nicht mehr über OPS-Codes erfasst werden, sondern werden nun über ein Freitextfeld erhoben.

Änderungen im Teil C-1:

Analog zur Überarbeitung in den Teilen A und B erfolgte eine Neustrukturierung und redaktionelle Bearbeitung des Teils C im Hinblick auf benötigte Informationen bzw. Daten, Verbindlichkeit und Plausibilisierung. Dazu wurden auch im Teil C die bisherigen „Allgemeinen Ausfüllhinweise“ in „Allgemeine Hinweise“ bzw. „Hinweise“ umbenannt.

Einleitend erfolgt die Beschreibung des Ablaufs der mit dem Berichtsjahr 2014 eingeführten Korrekturschleife im Rahmen des Anmeldeprozesses. Dies soll ein einheitliches und standardisiertes Vorgehen der auf Landes- und Bundesebene beauftragten Stellen in Zusammenarbeit mit der Annahmestelle sicherstellen.

Die Einfügung von Institutionskennzeichen und Standortnummer stellen die Zuordnung der im C-1 Teil enthaltenen Daten zu einem Krankenhaus bzw. einem Standort sicher. Dies soll die Plausibilisierung des Dateinamens, der auf Basis einer abstrakten Dateinamenskonvention entsteht, ermöglichen.

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Zur Sicherstellung der Konsistenz zwischen den Regelungsbereichen QSKH und Qb-R und zur Reduktion des jährlichen Aktualisierungsaufwands wird auf die komplette Übersicht der verpflichtenden Leistungsbereiche verzichtet. Stattdessen wird auf die einschlägige Richtlinie sowie die Angaben in der Sollstatistik verwiesen. Darüber hinaus erfolgt eine Neustrukturierung des Abschnitts C-1.1 „Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate“ mit dem Ziel, die Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsraten sowie die Übermittlung der Daten zu präzisieren und Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen darzustellen.

Es erfolgt die Klarstellung, dass sowohl Dokumentationsraten als auch Fallzahlen berichtet werden müssen: Die Veröffentlichung der Dokumentationsraten ist eine unverzichtbare Voraussetzung zur Bewertung der Belastbarkeit und Aussagekraft der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren. Niedrige Dokumentationsraten eines Krankenhauses in einem Leistungsbereich schränken die Aussagekraft der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren erheblich ein, da in einem solchen Fall nicht ausreichend beurteilbar ist, ob die durch das Krankenhaus übermittelten Daten repräsentativ sind.

Die Darstellung der Fallzahlen der Krankenhäuser in jedem Leistungsbereich ist ebenfalls erforderlich, um die Belastbarkeit und Aussagekraft der Qualitätsergebnisse bewerten zu können. Die Fallzahlen sind auch erforderlich, um die Dokumentationsraten interpretieren zu können. Insbesondere eine Kombination von beispielsweise niedrigen Dokumentationsraten bei hohen Fallzahlen stellt die Aussagekraft der Indikatoren-Ergebnisse erheblich in Frage.

Für eine sachgerechte Interpretation und Bewertung der Qualitätsergebnisse eines Krankenhauses sind daher Dokumentationsraten und Fallzahlen je Leistungsbereich erforderlich.

Zu den Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen:

Die Dokumentationsraten der Herzchirurgie werden zusammengefasst, da es aus methodischen Gründen problematisch wäre, für jeden der drei ausgewerteten Leistungsbereiche in der Herzchirurgie Ein- und Ausschlusskriterien zu definieren, die eine Ermittlung der Sollzahlen für jeden der drei Leistungsbereiche zulässt. Beispielsweise müssten für isolierte Aortenklappeneingriffe auch Eingriffe ausgeschlossen werden, die zur Behandlung von Komplikationen des Aortenklappeneingriffs erforderlich sind. Dadurch würden hoch selektiv besonders komplikationsanfällige Fälle ausgeschlossen, die für die Qualitätssicherung von besonderer Bedeutung sind. Ähnliches gilt für die Dokumentationsraten der Pankreas-Nierentransplantation.

Umgekehrt ist es jedoch unproblematisch für die kathetergestützte Implantation von Aortenklappen eine Differenzierung nach Zugangsweg (endovaskulär, transapikal) vorzunehmen, d.h. es ist ohne methodische Einschränkung möglich, eine Sollzahl zu ermitteln, die ergänzend zu der Gesamtdarstellung in der Herzchirurgie genutzt werden kann. Damit wird in einem derzeit stark wachsenden Leistungsbereich notwendige Transparenz über die dort erzielten Qualitätsergebnisse geschaffen.

Die vorgenommene Differenzierung in den Leistungsbereichen der Hüft- und Kniegelenksendoprothetik ist notwendig, da die meisten Qualitätsindikatoren sich entweder auf Erstimplantationen oder auf Wechseloperationen beziehen und somit die sachgerechte Interpretation dieser Ergebnisse differenzierte Sollzahlen und Dokumentationsraten voraussetzt.

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wurde die große Tabelle aufgelöst, der Fokus liegt nun auf der Beschreibung der darzustellenden Parameter und ihrer Ermittlung.

In diesem Zusammenhang erfolgte eine Konkretisierung der Darstellung des Krankenhausergebnisses (alt: „Zähler/Nenner“). Die Änderung in der Darstellung wurde vorgenommen, um den Besonderheiten von Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse mittels logistischer Regressionsmodelle risikoadjustiert werden, gerecht zu werden. Bei solchen

Indikatoren wird berechnet, wie viele durch den Indikator erfasste Ereignisse aufgrund des Risikoprofils aller in einem Krankenhaus im jeweiligen Leistungsbereich behandelten Patienten zu erwarten wären. Diesem „erwarteten Ergebnis“ (E = expected) wird dann die beobachtete Anzahl der Ereignisse gegenübergestellt (O = observed) und eine Verhältniszahl gebildet (O geteilt durch E). An dieser Zahl lässt sich ablesen, ob in einem Krankenhaus bezogen auf die von ihm behandelten Patienten mehr oder weniger von dem Indikator erfasste Ereignisse aufgetreten sind als erwartet.

Die bislang verwendete Bezeichnung „Zähler“ beschreibt die beobachteten Ereigniszahlen bei ratenbasierten Indikatoren. Die geänderten Bezeichnungen erlauben nun eine Darstellung der im Indikator erfassten Ereignisse sowohl für ratenbasierte Indikatoren als auch für Verhältniszahlen und somit auch für mittels logistischer Regression risikoadjustierte Qualitätsindikatoren.

Die Tabellen „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“ und „Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr“ wurden analog zur QSKH Richtlinie aktualisiert.

Während des Übergangs der Aufgaben vom AQUA-Institut an das neue Institut nach § 137a SGB V (IQTIG) bleiben die für den Qualitätsbericht relevanten Unterlagen und Servicedokumente über die Website des IQTIG (www.iqtig.org) zugänglich. Zur Sicherstellung der Erreichbarkeit werden die Inhalte von www.sgg.de mit Übergang an das IQTIG unverändert archiviert und eine Verknüpfung (Link) mit diesem Archiv an prominenter Stelle innerhalb von iqtig.org eingerichtet. Neue Inhalte werden ab 2016 sukzessive ausschließlich auf iqtig.org bereitgestellt.

Teil C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht

Hier erfolgte eine Ergänzung von standardisierten Auswahloptionen, um die Angaben der Krankenhäuser zu strukturieren und besser auswertbar zu machen.

Teil C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen

Es erfolgte die Aktualisierung der Angaben zu den für das Berichtsjahr 2015 gültigen Mindestmengen. Gemäß Beschluss vom 03.12.2014 wurde die Mindestmenge für die Knie-TEP mit Geltung ab 01.01.2015 wieder in Kraft gesetzt und ist damit im Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2015 wieder anzugeben.

Zu Anhang 2 Anlage 1 (Anpassung der Auswahllisten für das Berichtsjahr für das Berichtsjahr 2015)

Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal“ (A-11.4)

Die Kurzbezeichnung der Auswahlliste ändert sich aufgrund der Einfügung eines neuen Kapitels A-11.3 in Anlage 1.

Aufgrund der gesonderten Erfassung des psychotherapeutischen Personals in Ausbildung während der Praktischen Tätigkeit wird die Auswahlliste um eine entsprechende Zeile ergänzt.

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

Anpassung des Namens der Auswahlliste an den Titel des Kapitels in Anlage 1. Analog zur Erweiterung der Angaben dort werden die übernommenen Instrumente bzw. Maßnahmen HM 06, HM 07 und HM 08 aus der Liste gestrichen.

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

Erweiterung um die inzwischen beschlossene Konkretisierung der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 20. Februar 2014 zur Indikation „Marfan Syndrom“.

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

Ergänzung von standardisierten Auswahloptionen (Zusatzangaben), um die Angaben der Krankenhäuser zu strukturieren und besser auswertbar zu machen.

3. Bürokratiekostenermittlung

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 113.830 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 227.660 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 25. Februar 2015 begann die AG Qualitätsbericht mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In sechs Sitzungen 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 Abs. 5a SGB V wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BfDI) 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 7. Oktober 2015 wurde das Stellungnahmeverfahren am 12. Oktober 2015 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 9. November 2015.

Die BfDI hat mit Schreiben vom 9. November 2015 mitgeteilt, dass sie keine Stellungnahme abgeben werde (**Anlage 3**). Damit entfällt die Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. März 2016 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser für das Berichtsjahr 2015 zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt 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 BfDI versandter Beschlussentwurf zur Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser sowie versandte Tragenden Gründe

Anlage 3: Schreiben der BfDI vom 9. November 2015

Berlin, den 17. März 2016

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage 1 zu den Tragenden Gründen

Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Qb-R: Anpassungen für das Berichtsjahr 2015

Laut 1. Kapitel § 5a Abs. 1 VerfO ermittelt der Gemeinsame Bundesausschuss die infolge seiner Beschlüsse zu erwartenden Bürokratiekosten und stellt diese in den Beschlussunterlagen nachvollziehbar dar. Gemäß Anlage II 1. Kapitel VerfO identifiziert der G-BA hierzu die in seinen Beschlüssen 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 werden. Hierbei handelt es sich insbesondere um zusätzliche Angaben zum Personalbestand sowie um hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.

Es wird davon ausgegangen, dass jährlich insgesamt 2.263 Qualitätsberichte erstellt werden (Anzahl der für das Berichtsjahr 2014 abgegebenen Qualitätsberichte, Stand 15.12.2015).

Zudem wird davon ausgegangen, dass für die Erstellung der Qualitätsberichte hohes Qualifikationsniveau (50,30 Euro/h) erforderlich ist.

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 zwei Stunden geschätzt. Mithin resultieren daraus einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 100,60 Euro je Qualitätsbericht sowie insgesamt in Höhe von rund 227.660 Euro.

Jährliche Bürokratiekosten entstehen den Krankenhäusern insofern, als die jährliche Berichterstellung durch die nun zusätzlich vorzunehmenden Angaben einen höheren Zeitaufwand beansprucht. Dieser erhöhte Aufwand wird auf eine Stunde je Qualitätsbericht geschätzt. Die daraus resultierenden Bürokratiekosten belaufen sich je Qualitätsbericht somit auf 50,30 Euro sowie insgesamt auf 113.830 Euro.

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

Stand: 07.10.2015

Vom TT. Monat 201J

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat 201J beschlossen, die Regelungen gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 18. Juni 2015 (BAnz AT 20.07.2015 B1), wie folgt zu ändern:

I. Die Regelung wird wie folgt geändert:

1. In § 3 Absatz 2 Satz 1 werden nach der Angabe „Anlage 1“ die Wörter „für das jeweilige Berichtsjahr“ eingefügt.
2. In § 4 werden nach der Angabe „Anlage 1“ die Wörter „für das jeweilige Berichtsjahr“ eingefügt.
3. In § 6 Absatz 2 Satz 1 werden nach der Angabe „Anlage 1“ die Wörter „für das jeweilige Berichtsjahr“ eingefügt.

II. Für das Berichtsjahr 2015 wird eine Anlage 1 gemäß **Anlage 1** zum Beschluss gefasst.

III. Für das Berichtsjahr 2015 wird ein Anhang 2 zu Anlage 1 (Auswahllisten) gemäß **Anlage 2** zum Beschluss gefasst.

IV. Die Änderung der Regelungen tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Berlin, den TT. Monat 201J

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

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

Stand: 07.10.2015

Hinweis der G-BA Geschäftsstelle:

gelb markierte Passagen/Kommentare sind dissent

Inhalt

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

| | | |
|------------|---|-----------|
| A-12.1.2 | Lenkungsgremium | 16 |
| A-12.2 | Klinisches Risikomanagement..... | 16 |
| A-12.2.1 | Verantwortliche Person..... | 16 |
| A-12.2.2 | Lenkungsgremium | 17 |
| A-12.2.3 | Instrumente und Maßnahmen | 17 |
| A-12.2.3.1 | Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems..... | 18 |
| A-12.2.3.2 | Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen..... | 18 |
| A-12.3 | Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements | 19 |
| A-12.3.1 | Hygienepersonal | 19 |
| A-12.3.2 | Weitere Informationen zur Hygiene..... | 19 |
| A-12.4 | Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement..... | 24 |
| A-13 | Besondere apparative Ausstattung | 24 |
| B | Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen | 26 |
| B-[X].1 | Name der Organisationseinheit/Fachabteilung..... | 26 |
| B-[X].2 | Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen | 26 |
| B-[X].3 | Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung | 27 |
| B-[X].4 | Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung | 27 |
| B-[X].5 | Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung | 27 |
| B-[X].6 | Hauptdiagnosen nach ICD..... | 28 |
| B-[X].7 | Durchgeführte Prozeduren nach OPS..... | 29 |
| B-[X].8 | Ambulante Behandlungsmöglichkeiten | 29 |
| B-[X].9 | Ambulante Operationen nach § 115b SGB V | 30 |
| B-[X].10 | Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft | 31 |
| B-[X].11 | Personelle Ausstattung..... | 31 |
| B-[X].11.1 | Ärzte und Ärztinnen | 32 |
| B-[X].11.2 | Pflegepersonal | 33 |
| B-[X].11.3 | Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik | 34 |
| C | Qualitätssicherung..... | 36 |
| C-1 | Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V..... | 36 |
| C-1.1.[Y] | Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate | 37 |
| C-1.2.[Z] | Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL | 38 |
| C-2 | Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V | 44 |

| | | |
|-----|---|----|
| C-3 | Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V..... | 44 |
| C-4 | Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung | 44 |
| C-5 | Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V | 45 |
| C-6 | Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V | 45 |
| C-7 | Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V..... | 46 |

Allgemeine Hinweise

In diesem Dokument werden Inhalte, Umfang und Datenformat des strukturierten Qualitätsberichts nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 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 § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V über das Berichtsjahr [JJJJ]“ (jeweiliges Berichtsjahr). Das Datum der Erstellung ist aufzuführen.

Betroffene Krankenhäuser

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

Krankenhäuser mit mehreren Standorten

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

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

Ziel ist eine unverfälschte Darstellung des Krankenhauses und seiner Standorte als umfassende Informationsgrundlage für alle Interessierten.

Berichtszeitraum

Zu berichten ist immer nur über die Krankenhäuser, Krankenhausstandorte und Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen eines Krankenhauses, die am Ende des Jahres, über das berichtet wird (Berichtsjahr), an der Versorgung teilgenommen haben (Stichtagsprinzip). Abweichend davon muss für den Fall, dass ein Krankenhaus, ein Krankenhausstandort oder eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung eines Krankenhauses bis zum 30. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres geschlossen wird, für das betreffende Krankenhaus bzw. den Krankenhausstandort kein Qualitätsbericht erstellt bzw. die betreffende Organisationseinheit/Fachabteilung nicht im Qualitätsbericht des Krankenhauses berücksichtigt werden.

Alle im Bericht gemachten Angaben müssen sich auf die im Berichtsjahr gültigen Regelungen (z. B. Verträge, Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, Klassifikationen wie ICD, OPS) beziehen.

2. Umfang und Format des Qualitätsberichts

Format

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

Der Vermerk „[Version für die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen]“ kennzeichnet die Berichtsteile, die separat von den nach QSKH-RL (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern) auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an die Annahmestelle übermittelt werden.

Hierfür übermitteln die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (gemäß QSKH-RL) tabellarisch an das Krankenhaus zur Fehlerprüfung und Kommentierung.

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

Anforderungen zum Datenschutz

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

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

Umfang

Um den Umfang des Qualitätsberichts zweckmäßig zu begrenzen, sind an einigen Stellen Zeichenbegrenzungen vorgesehen. Es wird empfohlen, auf weitergehende Informationen bzw. andere Informationsquellen (z. B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage, Ansprechperson) zu verweisen, sofern das Krankenhaus hierzu Angaben machen möchte.

3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts

Gliederung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht besteht aus drei Teilen:

- Teil A über die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses,
- Teil B über die Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen,
- Teil C über die Qualitätssicherung.

Pflichtangaben versus freiwillige Angaben

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

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

Für alle Freitextangaben sollen möglichst umgangssprachliche Bezeichnungen verwendet werden.

Einige Kapitel des Qualitätsberichts müssen nur ausgefüllt werden, wenn diese auf das Krankenhaus zutreffen (z. B. C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V).

Um eine technisch möglichst einfache Struktur der Datenbankversion zu erreichen, sind die Hinweise „trifft nicht zu“/„entfällt“ in den meisten Fällen nicht explizit aufzunehmen, sondern über die technischen Vorgaben der XML-Struktur beschrieben.

Auswahllisten

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

Kontaktdaten

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

Das heißt im Einzelnen:

„Kontakt | Person lang“ enthält:

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

„Kontakt | Person kurz“ enthält:

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

„Kontakt | Adresse“ enthält:

- Straße
- Hausnummer (freiwillig)

alternativ: Postfach (freiwillig)

- Adresszusatz (freiwillig)
- Postleitzahl
- Ort

„Kontakt | Zugang“ enthält:

- Straße
- Hausnummer
- Postleitzahl

- Ort
- Adress-Link (freiwillig)

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

„Kontakt | Person lang“

„Kontakt | Person kurz“

„Kontakt | Adresse“

„Kontakt | Zugang“

Einleitung des Qualitätsberichts

Hier sind folgende Angaben zu machen:

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hier müssen vollständige Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden.

Verpflichtend sind folgende Kontaktdaten anzugeben:

I. Angaben zum Krankenhaus

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

1. Name und Hausanschrift des Krankenhauses [„Kontakt | Zugang“]; zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt | Adresse“]
2. Institutionskennzeichen
 - a. Institutionskennzeichen des Berichtsjahres
Hier ist das Institutionskennzeichen des Berichtsjahres anzugeben, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle als auch bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wurde. Liefert das Krankenhaus keine Daten für die externe vergleichende Qualitätssicherung, ist nur darauf zu achten, dass an dieser Stelle dasselbe Institutionskennzeichen angegeben wird, welches als Identifikation bei der Annahmestelle verwendet wird.
 - b. Weitere relevante Institutionskennzeichen
Hier können weitere, z. B. aktuellere Institutionskennzeichen angegeben werden.
3. Standortnummer
Bei Krankenhäusern mit nur einem Standort ist die Ziffer 00 anzugeben.
Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist die Ziffer 99 anzugeben.
4. Angaben zur Leitung des Krankenhauses: Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung mit Daten zur Erreichbarkeit [„Kontakt | Person lang“]

Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten zusätzlich:

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

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

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

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

III. Gesamtbericht

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

A-2 Name und Art des Krankenhasträgers

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

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus

(nur wenn zutreffend)

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

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

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

(nur wenn zutreffend)

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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

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

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

So ist beispielsweise unter der Schlüsselnummer NM54 „Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)“ zusätzlich anzugeben, welches konkrete Angebot (z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche) vorgehalten wird.

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

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

Beispiel:

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

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

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

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

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

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

Beispiel:

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

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

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

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

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

Reha-Betten werden nicht berücksichtigt.

A-10 Gesamtfallzahlen

Anzugeben sind:

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

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

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

Zählung der vollstationären Fälle:

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

Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres zählt jede abgerechnete vollstationäre DRG-Fallpauschale im Jahr der Entlassung als ein Fall. Bei der Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Krankenhaus ist hier jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung mit Stand vom 31. Dezember 2012 (BPfIV a. F.) fallen und das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-System) nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) noch nicht anwenden, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPfIV a. F.) und der Fußnote 4 zur Anlage „E1 Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für das Krankenhaus“ zur BPfIV. Für Krankenhausbereiche, die das PEPP-System anwenden, richtet sich die Fallzählung nach § 1 Absatz 5 der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV).

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

Zählung der teilstationären Fälle:

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

Die Fallzählung von teilstationären Fällen richtet sich für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der BPfIV fallen, nach der Fußnote 11a zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPfIV a. F.), sodass Patienten und Patientinnen, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, je Quartal als ein Fall gezählt werden. Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des PEPP-Systems fallen, richtet sich die Fallzählung von teilstationären Fällen nach § 1 Absatz 5 PEPPV.

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

Zählung der ambulanten Fälle:

Es können alle ambulanten Fälle – einschließlich der Fälle der Privatambulanz – angegeben werden. Vorstationäre, teilstationäre und nachstationäre Fälle sowie ambulante Operationen werden an dieser Stelle nicht mitgezählt. Ambulante Operationen werden in Kapitel B-[X].9 dargestellt.

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

A-11 Personal des Krankenhauses

Hier gibt das Krankenhaus die personelle Ausstattung des Krankenhauses – analog zum Ausfüllhinweis 22 „Vollkräfte im Jahresdurchschnitt“ der von den Bundesländern zur Verfö-

gung gestellten Fragebögen zur Krankenhausstatistik 2014 Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) – als Vollkräfte umgerechnet auf den Jahresdurchschnitt an. Dies gilt für die Kapitel A-11.1 bis A.11.3.

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 umgerechneten Teilzeitkräfte, der umgerechneten kurzfristig oder geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer, Arbeitnehmerinnen und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tariflicher Arbeitszeit eingesetzt waren. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung mit einbezogen.

Es wird nur das Personal, welches mittelbar oder unmittelbar in der Patientenversorgung tätig ist, gezählt. Personal in der Verwaltung zählt nicht dazu; Personal mit mittelbar pflegebezogenen organisatorischen Aufgaben, Stationsleitung etc. kann dagegen mitgezählt werden (analog dem Ausfüllhinweis der Krankenhausstatistik).

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

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

Die Kosten für nicht fest angestelltes Personal werden in durchschnittlich eingesetztes Personal umgerechnet. Hierfür wird analog zu den Regeln zur Ermittlung der hauptamtlich Beschäftigten zur Krankenhausstatistik verfahren. Sie werden nach den gleichen Regeln wie die hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt umgerechnet. Nichthauptamtliche Ärzte und Ärztinnen (Beleg- und Konsiliarärzte) sind nicht einzubeziehen. Analog werden das nicht fest angestellte Pflegepersonal und sonstige Personalzahlen nicht fest angestellter Personen umgerechnet.

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

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

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

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

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

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzugeben ist die Anzahl der:

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

- Ärzte und Ärztinnen sowie Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

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

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

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

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

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

A-11.2 Pflegepersonal

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

Anzugeben ist die Anzahl der:

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

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

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

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

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

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

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

Beispiel:

| Vollstationäre Versorgung | Vollkräfte/ Personen | Vollkräfte/ Personen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind (Summe) | Vollkräfte/ Personen mit direktem Beschäftigungsverhältnis | Vollkräfte/ Personen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | Kommentar |
|--|----------------------|--|--|---|-----------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | Anzahl | Anzahl | Anzahl | Anzahl | |

| Ambulante und andere Versorgungsformen | Vollkräfte/ Personen | Vollkräfte/ Personen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind (Summe) | Vollkräfte/ Personen mit direktem Beschäftigungsverhältnis | Vollkräfte/ Personen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis | Kommentar |
|--|----------------------|--|--|---|-----------|
| Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen | Anzahl | Anzahl | Anzahl | Anzahl | |

| Votum DKG und GKV-SV | Votum Patientenvertretung |
|--|---|
| A-11.3 Psychologisches/Psychotherapeutisches Personal in Psychiatrie und Psychosomatik | A-11.3 Angaben zu Ausgewähltem therapeutischem Personal |

Anzugeben ist die Anzahl der:

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

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

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

Kommentar [WA1]: **Votum der Patientenvertretung:**

Ergänzend zu den hier aufgeführten Berufsgruppen plädiert die Patientenvertretung für die verpflichtende Angabe von:

- Ergotherapeuten
- Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
- Logopäden
- Ernährungsberater

In der der Auswahlliste „spezielles therapeutisches Personal“ entsprechende Formulierung.

[Erläuterung: Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen entstammen der PsychPV]

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Die entsprechenden Personalqualifikationen sind aus der Auswahlliste „spezielles therapeutisches Personal“ (A-11.4) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Anzugeben ist jeweils die Anzahl in Vollkräften zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

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

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche
Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)
- Tagungsfrequenz des Gremiums
Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

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

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Hier ist die für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person anzugeben.

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

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

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

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

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

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

- Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche
Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)
- Tagungsfrequenz des Gremiums
Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

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

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

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines 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,

- o Tagungsfrequenz des Gremiums

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

- Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Diese Angaben sind auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

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

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

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

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

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

Darüber hinaus ist anzugeben, ob eine Hygienekommission eingerichtet wurde:

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Angabe des oder der Kommissionsvorsitzenden [„Kontakt | Person kurz“]
 - Tagungsfrequenz des Gremiums
- Auswahloptionen: monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

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

Der Ärztliche Direktor ist als Teil der Geschäftsführung anzusehen.

Die Maßnahmen im Einzelnen:

Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein. Werden am Standort keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, ist „trifft nicht zu“ anzugeben

1. Der Standard thematisiert insbesondere ..:

- a) Hygienische Händedesinfektion
- b) Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum
- c) Beachtung der Einwirkzeit
- d) Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:

- sterile Handschuhe
- steriler Kittel
- Kopfhaube
- Mund-Nasen-Schutz
- steriles Abdecktuch

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

1. Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahloptionen: ja; nein

Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Die Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie dürfen in einer gemeinsamen internen Leitlinie geregelt sein. Als Orientierung können die Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesell-

schaften und insbesondere Kapitel 2.1 der S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ der Paul-Ehrlich-Gesellschaft oder die Leitlinie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft (www.chemotherapiejournal.de/archiv/artikel/2010/03/301.html) 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

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

Auswahloptionen: ja; nein

- 2.

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

1. Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

Umgang mit Wunden

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

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein. Wird am Standort keine Wundversorgung durchgeführt, ist „trifft nicht zu“ anzugeben.

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

Händedesinfektion

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

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

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

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

Als Intensivstation zählen alle Bereiche mit „Betten zur intensivmedizinischen Versorgung“. Zur Abgrenzung einer Station von Einzelbetten ist es erforderlich, dass eine eigene interne

Kostenstelle für diesen Bereich geführt wird, die es u.a. erlaubt, die Bestell-/Liefermenge des Händedesinfektionsmittels aus der Abrechnung zu identifizieren.

Knochenmarktransplantationsstationen werden den Intensivstationen zugeordnet.

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

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen

Einheit: ml/Patiententag

Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgeminstationen

Einheit: ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen.

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Hier erfolgen Angaben zum Lob- und Beschwerdemanagement:

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

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

Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden

Auswahloptionen: ja; nein

Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Hier erfolgt die Darstellung der besonderen Geräteausstattung der Einrichtung auf Basis der Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung“ (A-13) des Anhangs 2. Dort sind die ent-

sprechenden Geräte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer und umgangssprachlichen Bezeichnung in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

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

Der Schwerpunkt liegt auf Geräten, die nicht zur üblichen apparativen Ausstattung eines Krankenhauses gehören. Es können auch Geräte angegeben werden, die nicht vom Krankenhaus betrieben werden, auf die das Krankenhaus aber ständigen Zugriff hat. In diesem Fall ist ein entsprechender Kommentar aufzunehmen.

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

Beispiel:

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

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

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

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

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

Fachabteilungsschlüssel (mindestens ein Schlüssel / vierstellig)

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

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

Auswahloptionen:

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

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

Hier ist verpflichtend anzugeben, ob sich das Krankenhaus bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 136a SGB V 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, so wie in der Zielvereinbarung verabredet, allgemeinverständlich anzugeben.

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

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

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

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

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

Die Gliederung der Auswahlliste in Fachgebiete dient ausschließlich der besseren Übersichtlichkeit. Eine Organisationseinheit/Fachabteilung kann hier aus allen Fachgebieten, d. h. aus der gesamten Auswahlliste zu B-[X].3, ihre individuellen Versorgungsschwerpunkte auswählen.

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

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

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

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

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

Angegeben werden müssen:

- a) Vollstationäre Fallzahl
- b) Teilstationäre Fallzahl

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

Zählung der vollstationären Fälle:

Für Fachabteilungen und Organisationseinheiten, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) des jeweiligen Berichtsjahres.

Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres zählt jede abgerechnete vollstationäre DRG-Fallpauschale im Jahr der Entlassung als ein Fall. Bei der Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Krankenhaus ist hier jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird.

Für Fachabteilungen und Organisationseinheiten, die unter den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung mit Stand vom 31. Dezember 2012 (BPfIV a. F.) fallen und das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-System) nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) noch nicht anwenden, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPfIV a. F.) und der Fußnote 4 zur Anlage „E1 Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für das Krankenhaus“ zur BPfIV. Für Fachabteilungen und Organisationseinheiten, die das PEPP-System anwenden, richtet sich die Fallzählung nach § 1 Absatz 5 der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV).

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

Zählung der teilstationären Fälle:

Für Fachabteilungen und Organisationseinheiten, die unter den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres.

Die Fallzählung von teilstationären Fällen richtet sich für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der BPfIV fallen, nach der Fußnote 11a zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPfIV a. F.), sodass Patienten und Patientinnen, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, je Quartal als ein Fall gezählt werden. Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des PEPP-Systems fallen, richtet sich die Fallzählung von teilstationären Fällen nach § 1 Absatz 5 PEPPV.

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

B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, sind die Hauptdiagnosen gemäß ICD-10-GM nach den Deutschen Kodierrichtlinien anzugeben. Im BPfIV-Bereich ist die Hauptdiagnose diejenige, die bei der Abrechnung eines Falles angegeben wurde. Es sind hier nur vollstationäre Fälle zu berücksichtigen. Die Hauptdiagnose eines Falles ist von der Organisationseinheit/Fachabteilung anzugeben, die den Fall gemäß der Zuordnung der Fallzahlen unter B-[X].5 zählt.

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

B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

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

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

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

Die Häufigkeit einer OPS-Ziffer in einer Fachabteilung ergibt sich daraus, wie oft die entsprechende Prozedur von der Fachabteilung im Berichtsjahr erbracht wurde. Die OPS-Zählung erfolgt demnach immer bei der Fachabteilung, die die Leistung erbracht hat. Dieses 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 unter A-10 gezählt werden. OPS-Ziffern, die im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen erfasst wurden, sind hier nicht anzugeben. Verbringungsleistungen sind nicht vom beauftragenden Krankenhaus darzustellen, da sie nicht von diesem unmittelbar durchgeführt wurden. Im Qualitätsbericht des beauftragten Krankenhauses hingegen können sie an entsprechender Stelle aufgenommen werden.

B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

Beispiel:

| Nr. | Art der Ambulanz | Bezeichnung | Nr. der Leistung | Angebotene Leistungen | Kommentar |
|------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|------------------------------|------------------|
|------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|------------------------------|------------------|

| | | | | | |
|------|--|------------------------|------|---|-----------------------------|
| AM04 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | Diabetes-Ambulanz | VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen | z. B. Diabetes, Schilddrüse |
| | | | ... | ... | |
| AM04 | Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen) | Schrittmacher-Ambulanz | VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | |
| | | | ... | ... | |
| AM06 | Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V | | LK03 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose | |
| ... | ... | ... | ... | ... | |

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

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

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

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

Die Häufigkeit der jeweiligen OPS-Ziffer in der jeweiligen Fachabteilung ergibt sich daraus, wie oft die jeweilige Prozedur von der Fachabteilung im Berichtsjahr erbracht wurde. Die OPS-Zählung erfolgt demnach immer in der Fachabteilung, von der die Leistung erbracht wurde. Dieses Verfahren dient dazu, das tatsächliche Leistungsgeschehen der Fachabteilung möglichst realistisch abzubilden.

Die OPS-Prozeduren sind gemäß der jeweils für das Berichtsjahr geltenden Fassung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (der Anlage des Vertrags nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationärer ersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag)) anzugeben. Berücksichtigt werden hier nur die OPS-Ziffern, die in Abschnitt 1 und 2 des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (der Anlage des AOP-Vertrags) aufgeführt sind.

Die Leistungen des Abschnitts 3 des Katalogs (ohne OPS-Zuordnung) können unter B-[X].8 dargestellt werden.

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja ist anzugeben, ob

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

B-[X].11 Personelle Ausstattung

Hier gibt das Krankenhaus die personelle Ausstattung der jeweiligen Organisationseinheit/Fachabteilung – analog zum Ausfüllhinweis 22 „Vollkräfte im Jahresdurchschnitt“ der von den Bundesländern zur Verfügung gestellten Fragebögen zur Krankenhausstatistik 2014 (KHStatV) – 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 umgerechneten Teilzeitkräfte, der umgerechneten kurzfristig oder geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer, Arbeitnehmerinnen und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tariflicher Arbeitszeit eingesetzt waren. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung mit einbezogen.

Es wird nur das Personal, welches mittelbar oder unmittelbar in der Patientenversorgung tätig ist, gezählt. Personal in der Verwaltung zählt nicht dazu; Personal mit mittelbar pflegebezogenen organisatorischen Aufgaben, Stationsleitung etc. kann dagegen mitgezählt werden (analog dem Ausfüllhinweis der Krankenhausstatistik).

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

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

Die Kosten für nicht fest angestelltes Personal werden in durchschnittlich eingesetztes Personal umgerechnet. Hierfür wird analog zu den Regeln zur Ermittlung der hauptamtlich Beschäftigten zur Krankenhausstatistik verfahren. Sie werden nach den gleichen Regeln wie die hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt umgerechnet. Nichthauptamtliche Ärzte und Ärztinnen (Beleg- und Konsiliarärzte) sind nicht einzubeziehen. Analog werden das nicht fest angestellte Pflegepersonal und sonstige Personalzahlen nicht fest angestellter Personen umgerechnet.

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

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

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

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

-

B-[X].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Hier ist nur das ärztliche Personal zu erfassen, das dieser Abteilung zugeordnet werden kann. Ärztliches Personal, welches nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet ist oder zugeordnet werden kann, ist in A-11.1 „Ärztliches Personal in die Spalte A-11.1 „Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind“ einzutragen. Als Plausibilitätsprüfung muss dann die Personalzahl in den jeweiligen Zeilen die Summe aller jeweiligen Vollkräfte aller Abteilungen aus B-[X] und der Anzahl der Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, ergeben. Es ist sicherzustellen, dass das jeweilige ärztliche Personal nur einmal gezählt wird.

Anzugeben ist die Anzahl der:

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Unter „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ sollen die Facharztqualifikationen und Zusatz-Weiterbildungen gemäß den Auswahllisten zu B-[X].11.1 in Anhang 2 angegeben werden. Die vorliegenden Facharztqualifikationen und Zusatz-Weiterbildungen sind aus diesen Listen auszuwählen und mit ihren Nummern in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Es soll hier nicht die Anzahl der Qualifikationen, sondern nur deren Vorliegen in der Abteilung (als Expertise) angegeben werden.

Die Schlüssel in der Auswahlliste orientieren sich an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO in der im jeweiligen Berichtsjahr gültigen Fassung) und bilden die „offiziellen“ Facharztbezeichnungen mit Schwerpunkten und die derzeit gültigen Zusatz-Weiterbildungen ab. Fachkundenachweise, Weiterbildungskurse etc. sollen hier nicht abgebildet werden. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Facharztbezeichnungen) sollen sinngemäß zugeordnet werden.

Beispiele:

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

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

B-[X].11.2 Pflegepersonal

Hier ist nur das Pflegepersonal zu erfassen, das dieser Abteilung zugeordnet werden kann. Pool-Personal, welches fachabteilungs- und oder stationsübergreifend eingesetzt wird und weiteres Personal, wie z. B. aus Intensivstationen, Ambulanzen, OP-Personal, Funktionspersonal, Radiologie, etc. sofern es nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet ist oder zugeordnet werden kann, ist in A-11.2 Pflegepersonal in die Spalte A-11.2 Pflegepersonal „Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind“ einzutragen. Als Plausibilitätsprüfung muss dann die Personalzahl in den jeweiligen Zeilen, z.B. Gesundheits- und Krankenpfleger/pflegerinnen, die Summe aller jeweiligen Vollkräfte aller Abteilungen aus B-[X] und der Anzahl der Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, ergeben.

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

Anzugeben ist die Anzahl der:

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

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

Die Erfassung des pflegerischen Personals erfolgt getrennt nach stationärer und ambulanter Versorgung.

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

Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen können unter „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ angegeben werden.

Bei der Darstellung des Pflegepersonals ist nur das in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen eingesetzte Pflegepersonal, d. h. nicht die Mitglieder der Pflegedienstleitung, der Verwaltung, des Qualitätsmanagements oder der innerbetrieblichen Krankentransporte, zu berücksichtigen. Bei einer interdisziplinär belegten Station, d. h. einer Station, auf der Patienten oder Patientinnen mehrerer Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen liegen (z. B. interdisziplinäre Intensivstation) und die nicht als eigene Organisations-

einheit/Fachabteilung dargestellt wird, erfolgt die Darstellung des Personals anteilmäßig bezogen auf die jeweilige Organisationseinheit bzw. Fachabteilung. Pflegerisches Personal, das in der direkten Patientenversorgung tätig ist, jedoch in keiner eigenen Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird (z. B. „OP-Personal“ oder „Personal der Radiologie“), kann einer passenden Fachabteilung zugeordnet oder in A-11.2 eingetragen werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

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

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

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

| Votum DKG und GKV-SV | Votum Patientenvertretung |
|---|--|
| B-[X].11.3 Psychologisches/Psychotherapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik | B-[X].11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischem Personal |

| Votum DKG und GKV-SV | Votum Patientenvertretung |
|--|---|
| Die Angaben zur personellen Ausstattung in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik beziehen sich ebenfalls auf den Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres. | Die Angaben zur personellen Ausstattung beziehen sich ebenfalls auf den Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres. |

Die Personalkategorien sind:

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

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

Kommentar [WA2]: **Votum der Patientenvertretung:**

Die Personalkategorien sind:

- Ergotherapeuten
- Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
- Logopäden
- Ernährungsberater

In der der Auswahlliste „spezielles therapeutisches Personal“ entsprechenden Formulierung.
 [Erläuterung: Ergotherapeuten, Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen entstammen der PsychPV

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

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

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

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

C Qualitätssicherung

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

Hinweis:

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

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

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

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

- Registrierungsdatum

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

Nur die Krankenhäuser selbst können die notwendigen Korrekturen vornehmen.

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

Angaben zum Krankenhaus bzw. Standort:

- Institutionskennzeichen
- Standortnummer

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

Hinweis zum Datenschutz:

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

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

Die Übermittlung der Daten im Kapitel „Dokumentationsraten“ zu C-1.1 erfolgt durch die nach QSKH-RL auf Landesebene beauftragten Stellen.

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

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

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

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

Die Daten werden wie folgt übermittelt:

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

Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL:

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

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

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

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

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

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

Folgende Fälle sind für die Darstellung der Ergebnisse zu unterscheiden:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Einordnung erfolgt auf Basis folgender Matrix:

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar |
| U | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar | unverändert | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar | unverändert | verschlechtert | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar |
| A | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar | verbessert | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar | verbessert | unverändert | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar |
| D | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar | verbessert | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar | unverändert | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar |
| S | eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar |
| <p>Lesbeispiel: 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“.</p> | | | | | | | |

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

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

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

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

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

„Grundgesamtheit / Fallzahl: Hier ist die Grundgesamtheit (Anzahl der Patienten und Patientinnen, für die der Qualitätsindikator untersucht wurde) einzutragen. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt die Angabe entsprechend den Vorgaben zum Datenschutz.

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

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

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

Die Angaben zu

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

finden sich im Downloadbereich „Indikatorenübersicht“ unter www.sgg.de.

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

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3

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

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

Auswahloptionen: ja; nein;

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

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

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

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

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

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.

DMP gibt es zu folgenden Indikationen:

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

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

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

Folgende Aspekte sind dabei zu berücksichtigen:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

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

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

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

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

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

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

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

Anzugeben ist die Anzahl der Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ unterliegen (siehe www.g-ba.de).

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

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

Beispiel:

| | | Anzahl |
|----|---|---------------|
| 1. | Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psycho- |Personen |

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

Anhänge

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

Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2014~~2015

Stand: 07.10.2015

Änderungsmodus: *Kenntlich gemachte Änderungen durch in der derzeit geltenden Fassung der Qb-R***Auswahlliste „Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote“ (A-5)**

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

| | | |
|------|---|---|
| | | <i>Ultraschalltherapie, Elektrotherapie</i> |
| MP32 | Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie | <i>z. B. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie</i> |
| MP33 | Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse | <i>z. B. Nichtraucher/innen-Kurse, Koronarsportgruppe</i> |
| MP60 | Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF) | |
| MP34 | Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst | <i>z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie</i> |
| MP61 | Redressionstherapie | |
| MP35 | Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik | |
| MP36 | Säuglingspflegekurse | |
| MP37 | Schmerztherapie/-management | |
| MP38 | Sehschule/Orthoptik | |
| MP62 | Snoezelen | |
| MP63 | Sozialdienst | |
| MP64 | Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit | <i>z. B. Besichtigungen und Führungen (Kreißaal, Hospiz etc.), Vorträge, Informationsveranstaltungen</i> |
| MP39 | Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen | <i>z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe</i> |
| MP05 | Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern | <i>z. B. Babyschwimmen, Babymassage, PEKiP</i> |
| MP40 | Spezielle Entspannungstherapie | <i>z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais</i> |
| MP13 | Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen | |
| MP65 | Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien | <i>z. B. Schreiambulanz, Tragetuchkurs, Babymassagekurs, Elterncafé, Erziehungsberatung</i> |
| MP66 | Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen | <i>z. B. Forced-Use-Therapie, Taub'sche Therapie, Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie</i> |
| MP41 | Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen | <i>z. B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote</i> |
| MP42 | Spezielles pflegerisches Leistungsangebot | <i>z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Brustschwester</i> |
| MP43 | Stillberatung | |
| MP44 | Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie | |
| MP45 | Stomatherapie/-beratung | |
| MP46 | Traditionelle Chinesische Medizin | |
| MP47 | Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik | |
| MP67 | Vojtathherapie für Erwachsene und/oder Kinder | |
| MP48 | Wärme- und Kälteanwendungen | |
| MP50 | Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik | |
| MP51 | Wundmanagement | <i>z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris</i> |
| MP68 | Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege | |
| MP52 | Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen | |

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

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

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

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

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

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

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

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

Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal“ (A-11.3)4)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (A-12.3.2)

| Nr. | Instrument bzw. Maßnahme | Zusatzangaben |
|-----------------|--|--|
| HM01 | Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten | Link angeben |
| HM02 | Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen | <u>Auswahloptionen/Module:</u> -AMBU-KISS -CDAD-KISS -DEVICE-KISS -HAND-KISS -ITS-KISS -MRSA-KISS -NEO-KISS -ONKO-KISS -OP-KISS -STATIONS-KISS -SARI (Mehrfachangaben möglich) |
| HM03 | Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen | Name (Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen) |
| HM04 | Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH) | <u>Auswahloptionen:</u> -Teilnahme (ohne Zertifikat) -Zertifikat Bronze -Zertifikat Silber -Zertifikat Gold |
| HM05 | Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten | |
| HM06 | Regelmäßig tagende Hygienekommission | <u>Auswahloptionen:</u> -monatlich -quartalsweise -halbjährlich -jährlich -bei Bedarf |
| HM07 | Risikoadaptiertes MRSA-Aufnahmescreening | |
| HM08 | Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten | |
| HM09 | Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen | |

Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung“ (A-13)

| Nr. | Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend) | Umgangssprachliche Bezeichnung | Zusatzangabe: 24h-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 Potentiale 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 | | |

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

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

| | | |
|------|---|--|
| VC13 | Operationen wegen Thoraxtrauma | |
| VC14 | Speiseröhrenchirurgie | |
| VC15 | Thorakoskopische Eingriffe | |
| VC59 | Mediastinoskopie | |
| | Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie | |
| VC16 | Aortenaneurysmachirurgie | |
| VC17 | Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen | <i>z. B. Carotischirurgie</i> |
| VC18 | Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen | |
| VC19 | Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen | <i>z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)</i> |
| VC20 | Nierenchirurgie | |
| VC21 | Endokrine Chirurgie | <i>z. B. Schilddrüsenchirurgie</i> |
| VC22 | Magen-Darm-Chirurgie | <i>z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie</i> |
| VC23 | Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie | |
| VC24 | Tumorchirurgie | |
| VC25 | Transplantationschirurgie | |
| VC60 | Adipositaschirurgie | |
| VC61 | Dialyseshuntchirurgie | |
| VC62 | Portimplantation | |
| VC68 | Mammachirurgie | |
| | Unfall- und Wiederherstellungschirurgie | |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen | |
| VC27 | Bandrekonstruktionen/Plastiken | |
| VC28 | Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik | |
| VC29 | Behandlung von Dekubitalgeschwüren | |
| VC30 | Septische Knochenchirurgie | |
| VC31 | Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen | |
| VC32 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes | |
| VC33 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses | |
| VC34 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax | |
| VC35 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens | |
| VC36 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes | |
| VC37 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes | |
| VC38 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand | |
| VC39 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels | |
| VC40 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels | |
| VC41 | Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes | |
| VC42 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen | |
| VC63 | Amputationschirurgie | |
| VC64 | Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VO16 | Handchirurgie | |
| VO19 | Schulterchirurgie | |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie | |
| VC65 | Wirbelsäulenchirurgie | |
| VC69 | Verbrennungschirurgie | |
| | Neurochirurgie | |
| VC43 | Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis) | |
| VC44 | Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen | <i>z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome</i> |
| VC45 | Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- | <i>z. B. Vertebroplastie</i> |

| | | |
|------------|--|--|
| | und Lendenwirbelsäule | |
| VC46 | Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark | |
| VC47 | Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels | |
| VC48 | Chirurgie der intraspinalen Tumoren | |
| VC49 | Chirurgie der Bewegungsstörungen | |
| VC50 | Chirurgie der peripheren Nerven | |
| VC51 | Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen | <i>z. B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronische Wirbelsäulenschmerzen</i> |
| VC52 | Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie") | |
| VC53 | Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen | |
| VC54 | Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie | |
| VC65 | Wirbelsäulen Chirurgie | |
| VC70 | Kinderneurochirurgie | |
| | Allgemein | |
| VC55 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VC56 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | <i>z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)</i> |
| VC57 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe | |
| VC58 | Spezialsprechstunde | |
| VC66 | Arthroskopische Operationen | |
| VC67 | Chirurgische Intensivmedizin | |
| VC71 | Notfallmedizin | |
| VC00 | („Sonstiges“) | |
| Nr. | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie | Kommentar/Erläuterung |
| VD01 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VD02 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen | |
| VD03 | Diagnostik und Therapie von Hauttumoren | <i>z. B. Photodynamische Tumortherapie</i> |
| VD04 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut | |
| VD05 | Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen | |
| VD06 | Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten | |
| VD07 | Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen | |
| VD08 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung | |
| VD09 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde | <i>z. B. Schweiß- und Talgdrüsenkrankungen</i> |
| VD10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut | <i>z. B. auch Kollagenosen, altersbedingte Hautveränderungen</i> |
| VD11 | Spezialsprechstunde | |
| VD12 | Dermatochirurgie | <i>z. B. auch ästhetische Dermatochirurgie</i> |
| VD13 | Ästhetische Dermatologie | |
| VD14 | Andrologie | |
| VD15 | Dermatohistologie | |
| VD16 | Dermatologische Lichttherapie | |
| VD17 | Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen | <i>z. B. auch Extrakorporale Photopherese</i> |
| VD18 | Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen | |
| VD19 | Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie) | |
| VD20 | Wundheilungsstörungen | |
| VD00 | („Sonstiges“) | |
| Nr. | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe | Kommentar/Erläuterung |
| VG01 | Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse | |
| VG02 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse | |
| VG03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse | |
| VG04 | Kosmetische/Plastische Mammachirurgie | |

| | | |
|------------|--|--|
| VG05 | Endoskopische Operationen | <i>z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie</i> |
| VG06 | Gynäkologische Chirurgie | |
| VG07 | Inkontinenzchirurgie | |
| VG08 | Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren | <i>z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom</i> |
| VG09 | Pränataldiagnostik und -therapie | |
| VG10 | Betreuung von Risikoschwangerschaften | |
| VG11 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes | |
| VG12 | Geburtshilfliche Operationen | |
| VG13 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane | |
| VG14 | Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes | <i>z. B. Endometriose</i> |
| VG15 | Spezialsprechstunde | |
| VG16 | Urogynäkologie | |
| VG17 | Reproduktionsmedizin | |
| VG18 | Gynäkologische Endokrinologie | |
| VG19 | Ambulante Entbindung | |
| VG00 | („Sonstiges“) | |
| Nr. | Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO | Kommentar/Erläuterung |
| | Ohr | |
| VH01 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres | |
| VH02 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes | |
| VH03 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres | |
| VH04 | Mittelohrchirurgie | <i>z. B. Hörverbesserung, implantierbare Hörgeräte</i> |
| VH05 | Cochlearimplantation | |
| VH06 | Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres | |
| VH07 | Schwindeldiagnostik/-therapie | |
| VH27 | Pädaudiologie | |
| | Nase | |
| VH08 | Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege | |
| VH09 | Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege | |
| VH10 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen | |
| VH11 | Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln | |
| VH12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege | |
| VH13 | Plastisch-rekonstruktive Chirurgie | |
| VI 32 | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin | |
| | Mund/Hals | |
| VH14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle | |
| VH15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen | |
| VH16 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes | <i>z. B. auch Stimmstörungen</i> |
| VH17 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea | |
| VH24 | Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen | |
| VH25 | Schnarchoperationen | |
| | Onkologie | |
| VH18 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich | |
| VH19 | Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren | |
| VH20 | Interdisziplinäre Tumornachsorge | |
| | Rekonstruktive Chirurgie | |
| VH21 | Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich | |
| VH22 | Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren | |
| | Allgemein | |
| VH23 | Spezialsprechstunde | |
| VH26 | Laserchirurgie | |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VH00 | („Sonstiges“) | |

| Nr. | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin | Kommentar/Erläuterung |
|------------|--|---|
| VI01 | Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten | <i>z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)</i> |
| VI02 | Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes | |
| VI03 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit | |
| VI04 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren | |
| VI05 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten | |
| VI06 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten | |
| VI07 | Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit) | |
| VI08 | Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen | |
| VI09 | Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen | |
| VI10 | Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | <i>z. B. Diabetes, Schilddrüse</i> |
| VI11 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie) | |
| VI12 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs | |
| VI13 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums | |
| VI14 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas | |
| VI15 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | |
| VI16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura | |
| VI17 | Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen | |
| VI18 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen | <i>z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs</i> |
| VI19 | Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten | |
| VI20 | Intensivmedizin | |
| VI21 | Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation | |
| VI22 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VI23 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) | |
| VI24 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VI25 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen | |
| VI26 | Naturheilkunde | |
| VI27 | Spezialsprechstunde | |
| VI28 | Anthroposophische Medizin | |
| VI29 | Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis | |
| VI30 | Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen | |
| VI31 | Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen | |
| VI32 | Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin | |
| VI33 | Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen | |
| VI34 | Elektrophysiologie | |
| VI35 | Endoskopie | <i>z. B. auch Kapselendoskopie</i> |
| VI36 | Mukoviszidosezentrum | |
| VI37 | Onkologische Tagesklinik | |
| VI38 | Palliativmedizin | |
| VI39 | Physikalische Therapie | |
| VI40 | Schmerztherapie | |
| VI41 | Shuntzentrum | |
| VI42 | Transfusionsmedizin | |
| VI43 | Chronisch entzündliche Darmerkrankungen | <i>z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn</i> |
| VI44 | Geriatrische Tagesklinik | |
| VI45 | Stammzelltransplantation | |
| VI00 | („Sonstiges“) | |
| Nr. | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie | Kommentar/Erläuterung |
| VN01 | Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen | |

| | | |
|------------|---|--------------------------------|
| VN02 | Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen | |
| VN03 | Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen | |
| VN04 | Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen | |
| VN05 | Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden | |
| VN06 | Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns | |
| VN07 | Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns | |
| VN08 | Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute | |
| VN09 | Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation | |
| VN10 | Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen | |
| VN11 | Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen | |
| VN12 | Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems | |
| VN13 | Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems | <i>z. B. Multiple Sklerose</i> |
| VN14 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus | <i>z. B. von Hirnnerven</i> |
| VN15 | Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems | |
| VN16 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels | |
| VN17 | Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen | |
| VN18 | Neurologische Notfall- und Intensivmedizin | |
| VN19 | Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen | |
| VN20 | Spezialsprechstunde | |
| VN21 | Neurologische Frührehabilitation | |
| VN22 | Schlafmedizin | |
| VN23 | Schmerztherapie | |
| VN24 | Stroke Unit | |
| VN00 | („Sonstiges“) | |
| Nr. | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie | Kommentar/Erläuterung |
| VO01 | Diagnostik und Therapie von Arthropathien | |
| VO02 | Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes | |
| VO03 | Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO04 | Diagnostik und Therapie von Spondylopathien | |
| VO05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | |
| VO06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln | |
| VO07 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen | |
| VO08 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes | |
| VO09 | Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien | |
| VO10 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes | |
| VO11 | Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane | |
| VO12 | Kinderorthopädie | |
| VO13 | Spezialsprechstunde | |
| VO14 | Endoprothetik | |
| VO15 | Fußchirurgie | |
| VO16 | Handchirurgie | |
| VO17 | Rheumachirurgie | |
| VO18 | Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie | |
| VO19 | Schulterchirurgie | |
| VO20 | Sportmedizin/Sporttraumatologie | |
| VC26 | Metall-/Fremdkörperentfernungen | |

| | | |
|------------|--|---|
| VC65 | Wirbelsäulen Chirurgie | |
| VC66 | Arthroskopische Operationen | |
| VO21 | Traumatologie | |
| VO00 | („Sonstiges“) | |
| Nr. | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie | Kommentar/Erläuterung |
| VK01 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen | |
| VK02 | Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation | |
| VK03 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen | |
| VK04 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen | |
| VK05 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes) | |
| VK06 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes | |
| VK07 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas | |
| VK08 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge | |
| VK09 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen | |
| VK10 | Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen | |
| VK11 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen | |
| VK12 | Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin | |
| VK13 | Diagnostik und Therapie von Allergien | |
| VK14 | Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS) | |
| VK15 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen | |
| VK16 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen | |
| VK17 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen | |
| VK18 | Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen | |
| VK20 | Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen | |
| VK21 | Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien | <i>z. B. Ullrich-Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Marfan-Syndrom)</i> |
| VK22 | Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener | |
| VK23 | Versorgung von Mehrlingen | |
| VK24 | Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen | |
| VK25 | Neugeborenen screening | <i>z. B. Hypothyreose, Adrenogenitales Syndrom (AGS)</i> |
| VK26 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter | |
| VK27 | Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes | |
| VK28 | Pädiatrische Psychologie | |
| VK29 | Spezialsprechstunde | |
| VK30 | Immunologie | |
| VK31 | Kinderchirurgie | |
| VK32 | Kindertraumatologie | |
| VK33 | Mukoviszidosezentrum | |
| VK34 | Neuropädiatrie | |
| VK35 | Sozialpädiatrisches Zentrum | |
| VK36 | Neonatologie | |
| VK37 | Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen | |
| VK00 | („Sonstiges“) | |
| Nr. | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik | Kommentar/Erläuterung |

| | | |
|------------|---|---|
| VP01 | Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen | <i>z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel</i> |
| VP02 | Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen | |
| VP03 | Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen | |
| VP04 | Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen | |
| VP05 | Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren | |
| VP06 | Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen | |
| VP07 | Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen | |
| VP08 | Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen | |
| VP09 | Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | |
| VP10 | Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen | |
| VP11 | Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter | |
| VP12 | Spezialsprechstunde | |
| VP13 | Psychosomatische Komplexbehandlung | |
| VP14 | Psychoonkologie | |
| VP15 | Psychiatrische Tagesklinik | |
| VP16 | Psychosomatische Tagesklinik | |
| VP00 | („Sonstiges“) | |
| Nr. | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie | Kommentar/Erläuterung |
| VR01 | Konventionelle Röntgenaufnahmen | |
| | Ultraschalluntersuchungen | |
| VR02 | Native Sonographie | |
| VR03 | Eindimensionale Dopplersonographie | |
| VR04 | Duplexsonographie | |
| VR05 | Sonographie mit Kontrastmittel | |
| VR06 | Endosonographie | |
| | Projektionsradiographie | |
| VR07 | Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie) | |
| VR08 | Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung | |
| VR09 | Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren | <i>z. B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie</i> |
| | Computertomographie (CT) | |
| VR10 | Computertomographie (CT), nativ | |
| VR11 | Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel | |
| VR12 | Computertomographie (CT), Spezialverfahren | |
| VR13 | Elektronenstrahltomographie (EBT) | |
| | Optische Verfahren | |
| VR14 | Optische laserbasierte Verfahren | |
| | Darstellung des Gefäßsystems | |
| VR15 | Arteriographie | |
| VR16 | Phlebographie | |
| VR17 | Lymphographie | |
| | Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren | |
| VR18 | Szintigraphie | |
| VR19 | Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT) | |
| VR20 | Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner | |
| VR21 | Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen | |
| | Magnetresonanztomographie (MRT) | |
| VR22 | Magnetresonanztomographie (MRT), nativ | |
| VR23 | Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel | |

| | | |
|------------|---|---|
| VR24 | Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren | |
| | Andere bildgebende Verfahren | |
| VR25 | Knochendichtemessung (alle Verfahren) | |
| | Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren | |
| VR26 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung | |
| VR27 | Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung | |
| VR28 | Intraoperative Anwendung der Verfahren | |
| VR29 | Quantitative Bestimmung von Parametern | |
| | Strahlentherapie | |
| VR30 | Oberflächenstrahlentherapie | |
| VR31 | Orthovoltstrahlentherapie | |
| VR32 | Hochvoltstrahlentherapie | <i>z. B. Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)</i> |
| VR33 | Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden | |
| VR34 | Radioaktive Moulagen | |
| VR35 | Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie | |
| VR36 | Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie | |
| VR37 | Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie | |
| | Nuklearmedizinische Therapie | |
| VR38 | Therapie mit offenen Radionukliden | |
| VR39 | Radiojodtherapie | |
| | Allgemein | |
| VR40 | Spezialsprechstunde | |
| VR41 | Interventionelle Radiologie | |
| VR42 | Kinderradiologie | |
| VR43 | Neuroradiologie | |
| VR44 | Teleradiologie | |
| VR45 | Intraoperative Bestrahlung | |
| VR46 | Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen | |
| VR47 | Tumorembolisation | |
| VR00 | („Sonstiges“) | |
| Nr. | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie und Nephrologie | Kommentar/Erläuterung |
| VU01 | Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten | |
| VU02 | Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz | |
| VU03 | Diagnostik und Therapie von Urolithiasis | |
| VU04 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters | |
| VU05 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems | |
| VU06 | Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane | |
| VU07 | Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems | |
| VU08 | Kinderurologie | |
| VU09 | Neuro-Urologie | |
| VU10 | Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase | |
| VU11 | Minimalinvasive laparoskopische Operationen | |
| VU12 | Minimalinvasive endoskopische Operationen | |
| VU13 | Tumorchirurgie | |
| VU14 | Spezialsprechstunde | |
| VU15 | Dialyse | |
| VU16 | Nierentransplantation | |
| VU17 | Prostatazentrum | |
| VU18 | Schmerztherapie | |
| VU19 | Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik | |
| VG16 | Urogynäkologie | |
| VU00 | („Sonstiges“) | |
| Nr. | Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | Kommentar/Erläuterung |
| VZ01 | Akute und sekundäre Traumatologie | |

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

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

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

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

| Nr. | Nr. der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 20. Februar 2014 | Angebotene Leistungen | Kommentar/Erläuterung |
|------|---|--|-----------------------|
| LK01 | Anlage 1 Nr. 1 | CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen | |
| LK02 | Anlage 1 Nr. 2 | Brachytherapie | |
| LK03 | Anlage 2 Nr. 1 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose | |
| LK04 | Anlage 2 Nr. 2 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie) | |
| LK05 | Anlage 2 Nr. 3 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen | |
| LK06 | Anlage 2 Nr. 4 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen | |
| LK07 | Anlage 2 Nr. 5 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems) | |
| LK08 | Anlage 2 Nr. 6 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit biliärer Zirrhose | |
| LK09 | Anlage 2 Nr. 7 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit primär sklerosierender Cholangitis | |
| LK10 | Anlage 2 Nr. 8 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Morbus Wilson | |
| LK11 | Anlage 2 Nr. 9 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Transsexualismus | |
| LK12 | Anlage 2 Nr. 10 | Diagnostik und Versorgung von Kindern mit folgenden angeborenen Stoffwechselstörungen: a) Adrenogenitales Syndrom b) Hypothyreose c) Phenylketonurie d) Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel) e) Galactosaemie | |
| LK13 | Anlage 2 Nr. 11 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Marfan-Syndrom | |
| LK14 | Anlage 2 Nr. 12 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit pulmonaler Hypertonie | |
| LK25 | Anlage 2 Nr. 13 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Tuberkulose | |
| LK26 | Anlage 2 Nr. 14 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit neuromuskulären Erkrankungen | |
| LK27 | Anlage 2 Nr. 15 | Diagnostik und Therapie von Patienten und Patientinnen mit Kurzdarmsyndrom | |
| LK28 | Anlage 2 Nr. 16 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen vor oder nach Lebertransplantation | |
| LK15 | Anlage 3 Nr. 1 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen | |
| LK16 | Anlage 3 Nr. 2 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit HIV/AIDS | |
| LK17 | Anlage 3 Nr. 3 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schweren Verlaufsformen | |

| | | | |
|-------|--|--|---------------------------|
| | | rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche) | |
| LK18 | Anlage 3 Nr. 4 | Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3-4) | |
| LK20 | Anlage 3 Nr. 6 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Multipler Sklerose | |
| LK21 | Anlage 3 Nr. 7 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Anfallsleiden | |
| LK22 | Anlage 3 Nr. 8 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie | |
| LK23 | Anlage 3 Nr. 9 | Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden | |
| LK24 | Anlage 3 Nr. 10 | Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen | |
| Nr. | Nr. der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 20. Februar 2014 | Angebote Leistungen | Kommentar/ Erläuterung |
| LK29 | Anlage 1 a) | onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle | |
| LK30 | Anlage 2 a) | Tuberkulose und atypische Mykobakteriose | |
| LK 31 | | | |

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

| Nr. | Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen) | Kommentar/Erläuterung (z. B. Weiterbildungsbefugnisse) |
|------|---|--|
| AQ06 | Allgemeinchirurgie | |
| AQ63 | Allgemeinmedizin | |
| AQ01 | Anästhesiologie | |
| AQ02 | Anatomie | |
| AQ03 | Arbeitsmedizin | |
| AQ04 | Augenheilkunde | |
| AQ05 | Biochemie | |
| AQ14 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe | |
| AQ15 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin | |
| AQ16 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie | |
| AQ17 | Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin | |
| AQ07 | Gefäßchirurgie | |
| AQ18 | Hals-Nasen-Ohrenheilkunde | |
| AQ20 | Haut- und Geschlechtskrankheiten | |
| AQ08 | Herzchirurgie | |
| AQ21 | Humangenetik | |
| AQ22 | Hygiene und Umweltmedizin | |

| | | |
|------------|---|------------------------------|
| AQ23 | Innere Medizin | |
| AQ24 | Innere Medizin und SP Angiologie | |
| AQ25 | Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie | |
| AQ26 | Innere Medizin und SP Gastroenterologie | |
| AQ27 | Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie | |
| AQ28 | Innere Medizin und SP Kardiologie | |
| AQ29 | Innere Medizin und SP Nephrologie | |
| AQ30 | Innere Medizin und SP Pneumologie | |
| AQ31 | Innere Medizin und SP Rheumatologie | |
| AQ65 | Kieferorthopädie | |
| AQ32 | Kinder- und Jugendmedizin | |
| AQ33 | Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie | |
| AQ34 | Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie | |
| AQ35 | Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie | |
| AQ36 | Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie | |
| AQ37 | Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | |
| AQ09 | Kinderchirurgie | |
| AQ47 | Klinische Pharmakologie | |
| AQ38 | Laboratoriumsmedizin | |
| AQ39 | Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie | |
| AQ40 | Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie | |
| AQ41 | Neurochirurgie | |
| AQ42 | Neurologie | |
| AQ43 | Neuropathologie | |
| AQ44 | Nuklearmedizin | |
| AQ45 | Öffentliches Gesundheitswesen | |
| AQ66 | Oralchirurgie | |
| AQ61 | Orthopädie | |
| AQ10 | Orthopädie und Unfallchirurgie | |
| AQ46 | Pathologie | |
| AQ48 | Pharmakologie und Toxikologie | |
| AQ49 | Physikalische und Rehabilitative Medizin | |
| AQ50 | Physiologie | |
| AQ11 | Plastische und Ästhetische Chirurgie | |
| AQ51 | Psychiatrie und Psychotherapie | |
| AQ52 | Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie | |
| AQ53 | Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | |
| AQ54 | Radiologie | |
| AQ55 | Radiologie, SP Kinderradiologie | |
| AQ56 | Radiologie, SP Neuroradiologie | |
| AQ57 | Rechtsmedizin | |
| AQ19 | Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen | |
| AQ58 | Strahlentherapie | |
| AQ12 | Thoraxchirurgie | |
| AQ59 | Transfusionsmedizin | |
| AQ62 | Unfallchirurgie | |
| AQ60 | Urologie | |
| AQ13 | Viszeralchirurgie | |
| AQ64 | Zahnmedizin | |
| Nr. | Zusatz-Weiterbildung | Kommentar/Erläuterung |
| ZF01 | Ärztliches Qualitätsmanagement | |
| ZF02 | Akupunktur | |
| ZF03 | Allergologie | |
| ZF04 | Andrologie | |
| ZF05 | Betriebsmedizin | |
| ZF06 | Dermatohistologie | |
| ZF07 | Diabetologie | |
| ZF08 | Flugmedizin | |

| | | |
|------|--|--|
| ZF09 | Geriatric | |
| ZF10 | Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie | |
| ZF11 | Hämostaseologie | |
| ZF12 | Handchirurgie | |
| ZF13 | Homöopathie | |
| ZF14 | Infektiologie | |
| ZF15 | Intensivmedizin | |
| ZF16 | Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie | |
| ZF17 | Kinder-Gastroenterologie | |
| ZF18 | Kinder-Nephrologie | |
| ZF19 | Kinder-Orthopädie | |
| ZF20 | Kinder-Pneumologie | |
| ZF21 | Kinder-Rheumatologie | |
| ZF22 | Labordiagnostik – fachgebunden – | |
| ZF23 | Magnetresonanztomographie – fachgebunden – | |
| ZF24 | Manuelle Medizin/Chirotherapie | |
| ZF25 | Medikamentöse Tumortherapie | |
| ZF26 | Medizinische Informatik | |
| ZF27 | Naturheilverfahren | |
| ZF28 | Notfallmedizin | |
| ZF29 | Orthopädische Rheumatologie | |
| ZF30 | Palliativmedizin | |
| ZF31 | Phlebologie | |
| ZF32 | Physikalische Therapie und Balneologie | |
| ZF33 | Plastische Operationen | |
| ZF34 | Proktologie | |
| ZF35 | Psychoanalyse | |
| ZF36 | Psychotherapie – fachgebunden – | |
| ZF37 | Rehabilitationswesen | |
| ZF38 | Röntgendiagnostik – fachgebunden – | |
| ZF39 | Schlafmedizin | |
| ZF40 | Sozialmedizin | |
| ZF41 | Spezielle Orthopädische Chirurgie | |
| ZF42 | Spezielle Schmerztherapie | |
| ZF43 | Spezielle Unfallchirurgie | |
| ZF49 | Spezielle Viszeralchirurgie | |
| ZF44 | Sportmedizin | |
| ZF45 | Suchtmedizinische Grundversorgung | |
| ZF46 | Tropenmedizin | |

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

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

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

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

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

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

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

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

Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V“ (C-6)

| Nr. | Beschluss | Kommentar/Erläuterung |
|------|--|-----------------------|
| CQ01 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma | |

| | | |
|------|--|--|
| CQ02 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten | |
| CQ03 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde | |
| CQ04 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Protonentherapie in Krankenhäusern bei der Indikation Rektumkarzinom | |
| CQ05 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1 | |
| CQ06 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 2 | |
| CQ07 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinataler Schwerpunkt | |
| CQ08 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V | |
| CQ09 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und periostgedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk | |
| CQ10 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk | |
| CQ11 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patienten und Patientinnen mit inoperablem hepatozellulärem Karzinom (HCC) | |
| CQ12 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms | |
| CQ13 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Kontakt-Laserablation der Prostata (CLAP) | |
| CQ14 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Visuelle Laserablation der Prostata (VLAP) | |
| CQ15 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP) | |
| CQ16 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Thulium-Laserresektion der Prostata (TmLRP) | |
| CQ17 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Transurethrale Mikrowellentherapie (TUMT) | |
| CQ18 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patienten und Patientinnen mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach zwei bis vier Zyklen Chemotherapie / Chemoimmuntherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Chemotherapie / Chemoimmuntherapie | |
| CQ19 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patienten und Patientinnen mit inoperablem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) der UICC Stadien I-III | |
| CQ20 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Enukleation der Prostata mittels Thulium-Laser (TmLEP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS) | |
| CQ21 | Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit Ösophaguskarzinom | |

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

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

Stand: 07.10.2015

Vom Beschlussdatum

Inhalt

| | |
|--|----------|
| 1. Rechtsgrundlage | 2 |
| 2. Eckpunkte der Entscheidung | 2 |
| 3. Bürokratiekostenermittlung | 7 |
| 4. Verfahrensablauf | 7 |
| 5. Fazit | 7 |

1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 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 § 137 Abs. 1 und 1a SGB V sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nrn. 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 Anlage 1 und der Anhang 2 zur Anlage 1 für das Berichtsjahr 2015 neu gefasst. Die nachfolgenden Tragenden Gründe erläutern solche Änderungen, die gegenüber der Anlage 1 und des Anhangs 2 zur Anlage 1 für das Berichtsjahr 2014 bestehen. Die Begründungen für die übrigen – gleichbleibenden - Passagen sind den Tragenden Gründen des G-BA zu den bisherigen Änderungen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu entnehmen. Diese Tragenden Gründe können auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den jeweiligen Beschlüssen unter folgendem Link eingesehen werden: <https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/39/#tab/beschluesse>.

Bereits während der Erarbeitung der Änderungen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) für das Berichtsjahr 2014 wurde in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) weiterer inhaltlicher und redaktioneller Überarbeitungsbedarf der Regelungen festgestellt.

Vor dem Hintergrund, dass der G-BA mit Beschluss vom 16. Mai 2013 auf die zusätzliche Übermittlung der Qualitätsberichte im PDF-Format verzichtet hat, wurden bereits im Rahmen der Neufassung der Anlage 1 für das Berichtsjahr 2014 in den Teilen A und B die dem PDF-Format geschuldeten umfangreichen gestalterischen Elemente entfernt, die in den bisherigen Ausfüllhinweisen enthaltenen normativen inhaltlichen Vorgaben in das entsprechende Kapitel übernommen und eine Straffung und Vereinheitlichung der Textierung vorgenommen.

Um den Zeitplan der Beschlussfassung für das Berichtsjahr 2014 nicht zu gefährden, wurde eine entsprechende Überarbeitung des C-Teils zurückgestellt. Dies wird nun in der Regelung für das Berichtsjahr 2015 zur Wiederherstellung der formalen Konsistenz der inhaltlichen Beschreibungen in den Berichtsteilen nachgezogen.

2.1 Wesentliche Änderungen im Einzelnen:

Regelungsrumpf

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

Analog zur Überarbeitung in den Teilen A und B erfolgte eine Neustrukturierung und redaktionelle Bearbeitung im Hinblick auf die Kriterien benötigte Informationen bzw. Daten, Verbindlichkeit und Plausibilisierung. Dazu wurden auch im Teil C die bisherigen „Allgemeinen Ausfüllhinweise“ in „Allgemeine Hinweise“ bzw. „Hinweise“ umbenannt.

A-10: Änderung der Fallzählung.

Zählung der vollstationären und teilstationären Fälle

Mit der Einführung der Optionsphase für das pauschalierende Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP)-System wurde eine Änderung zum Ausfüllhinweis zur Fallzählung notwendig. Nunmehr wird zwischen Krankenhäusern differenziert, die an der Optionsphase des (PEPP)-Systems teilnehmen und denen, die nicht teilnehmen.

A-11: Personal des Krankenhauses

Umstellung der Zählweise auf den Jahresdurchschnitt

Um die Vergleichbarkeit von Personalzahlen in Qualitätsberichten verschiedener Krankenhäuser zu erhöhen, wird die Zählung des Personals von einer stichtagsbezogenen Zählung auf eine Zählung bezogen auf den Jahresdurchschnitt umgestellt. Dies erlaubt eine bessere Vergleichbarkeit der Abbildung von Personal, welches nicht dauerhaft oder nicht fest am Krankenhaus angestellt ist. Diese Zählweise gilt nun für das gesamte Personal, wobei einzig Hebammen und Belegärzte ausgenommen sind. Damit wird die Zählung an die Art der Zählung der Krankenhausstatistik angepasst, was eine Vergleichbarkeit der Daten der Bundesstatistik mit den Daten der Qualitätsberichte ermöglicht. Darüber hinaus wird die maßgebliche tarifliche Arbeitszeit angegeben. Maßgeblich bezieht sich an dieser Stelle auf den Anteil der am häufigsten zur Anwendung kommenden tariflich vereinbarten Arbeitszeit. Auf eine Normierung der Arbeitszeit auf z.B. 40 Stunden wurde hier verzichtet, da innerhalb der Beschäftigten eines Krankenhauses unterschiedliche Tarifverträge mit unterschiedlichen tariflich vereinbarten Arbeitszeiten zur Anwendung kommen können. Dies bei Krankenhäusern zu erheblichen Aufwänden in der Erfassung und Übermittlung der Angaben führen bei fraglichem Zugewinn an Informationsgehalt.

Erfassung von Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis:

Personal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis wird in durchschnittlich eingesetztes Personal umgerechnet. Entsteht hierbei allerdings ein unverhältnismäßig hoher Aufwand, ist dieser Personalanteil zu schätzen. Die Ausfüllhinweise für den Qualitätsbericht folgen hier den Ausfüllhinweisen zur Krankenhausstatistikverordnung.

Gesonderte Erfassung von Personal, das keiner Fachabteilung zugeordnet werden kann:

Das Personal, welches keiner abgrenzbaren Fachabteilung im Sinne des Qualitätsberichts zugeordnet werden kann (z.B. Pool-Personal), wird nun gesondert ausgewiesen. Dies gilt gleichermaßen für Personal, welches in der stationären oder in der ambulanten Patientenversorgung eingesetzt wird. In der Vergangenheit brachte die Zuordnung von Personal, welches nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet werden kann, Probleme in der Zählung mit sich, so dass dieses Personal teilweise mehrfach gezählt wurde. Daher wurde eine neue Möglichkeit der Zählung für dieses Personal geschaffen, welches nun nicht mehr bei einzelnen Fachabteilungen, sondern nur über das ganze Krankenhaus respektive Standort gezählt wird. Krankenhäusern steht es frei, auch weiterhin fachabteilungsübergreifendes Personal einer Fachabteilung zuzuordnen, wenn dies aus Sicht des Krankenhauses sachgerecht ist. Allerdings muss ausgeschlossen werden, dass derselbe Stellenanteil mehrmals auf Fachabteilungen verteilt wird. Weist ein Krankenhaus das Personal, welches keiner Fachabteilung zugeordnet werden kann, gesondert aus, dürfen diese Stellen nicht zusätzlich bei den Fachabteilungen ausgewiesen werden.

Gesonderte Erfassung des Personals für Ambulanzen

Krankenhäuser und deren Fachabteilungen haben unterschiedliche Bedarfe an Ambulanzpersonal. Da die Bezugsgröße insbesondere für die Anzahl des Pflegepersonals der stationäre Fall ist, wurde eine Möglichkeit geschaffen, zwischen Personal für die stationäre Versorgung und für die ambulante Versorgung zu unterscheiden. Auch hier steht es den Krankenhäusern frei, Stellen anteilig auf ambulante oder stationäre Stellen zu

verteilen, wenn dies aus Sicht des Krankenhauses sachgerecht ist. Allerdings muss auch hierbei ausgeschlossen werden, dass derselbe Stellenanteil mehrmals verteilt wird.

A-11.1 und B-[X]11.1 Ärzte und Ärztinnen

Hier werden nun auch die Fachärztinnen und Fachärzte, die nicht einer Fachabteilung zugeordnet sind, gesondert gezählt. Das Personal wird differenziert nach Stellen mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis erfasst.

A-11.2 Pflegepersonal

Ergänzt wird die Auswahlliste um „Medizinische Fachangestellte“, um hier auch für diese Berufsgruppe eine entsprechende Auswahlmöglichkeit zu schaffen. Das Personal wird nach fachabteilungsbezogenem und nicht-fachabteilungsbezogenem Personal erfasst. Weiterhin wird das Personal differenziert nach Stellen mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis erfasst.

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

In diesen Abschnitt werden relevante Informationen zur Hygiene und Infektionsprävention aufgenommen. Abgefragt wird, ob Standards zur Wundversorgung und Verbandswechsel, zur Hygiene bei ZVK-Anlage, zur rationalen Antibiotikatherapie sowie zur perioperativen Antibiotikaphylaxe existieren. Der interne Standard kann sich z.B. an der Leitlinie „Wundmanagement“ des Universitätsspitals Basel orientieren. „Standard“ bezeichnet dabei eine fachabteilungsübergreifende, für einen Krankenhausstandort einheitlich vorgehensweise, die schriftlich festgelegt ist. Ggf. können fachabteilungsspezifische Vorgaben ergänzt werden. Weiterhin wird der Händedesinfektionsmittelverbrauch in Milliliter pro Patiententag auf allen Allgemeinstationen sowie allen Intensivstationen erhoben. Diese Information dient allgemein als Surrogatparameter für die Händehygiene und kann im Zeitverlauf sowie durch Vergleich mit den Händedesinfektionsmittel-Verbräuchen anderer Krankenhäuser mit ähnlichem Leistungsspektrum einen Anstoß für Verbesserungsmaßnahmen geben (internes und externes Benchmarking). Darüber hinaus werden Maßnahmen der Krankenhäuser zur Prävention der Übertragung von (multi-)resistenten Erregern erhoben. Der Übersichtlichkeit halber und aufgrund des inhaltlichen Zusammenhangs wurden Informationen aus der Auswahlliste A-12.3 mit Angaben zur Hygiene hierher verschoben.

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

BÄK und DKG haben ihre Empfehlung zu Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten zum 17. September 2014 geändert. Damit sollen Zielvereinbarungen ausgeschlossen werden, die Leistungskomplexe oder Leistungsaggregationen oder Case-Mix-Volumina umfassen. Damit können diese Zielvereinbarungen nicht mehr über OPS-Codes erfasst werden, sondern werden nun über ein Freitextfeld erhoben.

B-[X].7 - Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Der Satz zur freiwilligen Übermittlung der OPS-Ziffern durch die Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik entfällt, da es keine sachlichen Gründe gibt, hier einen Unterschied zwischen den somatischen und den psychiatrischen Fachabteilungen zu machen.

B(X)11.1 – Ärztinnen und Ärzte

B(X)11.2 – Pflegepersonal

B(X) 11.3 – Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Bisher wird bei den Angaben zur Personalausstattung der Krankenhäuser nicht zwischen stationär tätigem Personal und Ambulanzpersonal unterschieden. Zukünftig das Ambulanzpersonal zu erfassen, bzw. extra auszuweisen, ermöglicht eine bessere Information darüber, wieviel Personal in der stationären Versorgung tatsächlich zur Verfügung steht.

Um insbesondere in den Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik möglichst genaue Informationen zum eingesetzten therapeutischen Personal zu haben, ist eine Angabe zum Anteil der Mitarbeiter, die in den Institutsambulanzen nach §118, SGB V und den Hochschulambulanzen nach §117, SGB V eingesetzt werden, von besonderem Interesse. Da in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik sowohl Hochschulambulanzen nach §117 SGB als auch Psychiatrische Institutsambulanzen nach §118 SGB V angegliedert sind, wäre es sinnvoll, zwischen diesen beiden Ambulanzarten zu unterscheiden.

B-[X].11.3

Zukünftig wird auch das psychotherapeutische Personal in Weiterbildung zusätzlich erfasst.

Änderungen im Teil C-1:

Einleitend erfolgt die Beschreibung des Ablaufs der mit dem Berichtsjahr 2014 eingeführten Korrekturschleife im Rahmen des Anmeldeprozesses. Dies soll ein einheitliches und standardisiertes Vorgehen der auf Landes- und Bundesebene beauftragten Stellen in Zusammenarbeit mit der Annahmestelle sicherstellen.

Einfügung von Krankenhausnamen, Institutionskennzeichen und Standortnummer zur Sicherstellung der Zuordnung der im C-1 Teil enthaltenen Daten zu einem Krankenhaus bzw. einem Standort. Dies soll die Plausibilisierung des Dateinamens, der auf Basis einer abstrakten Dateinamenskonvention entsteht, ermöglichen.

C-1.1 Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Zur Sicherstellung der Konsistenz zwischen den Regelungsbereichen QSKH und Qb-R und zur Reduktion des jährlichen Aktualisierungsaufwands wird auf die komplette Übersicht der verpflichtenden Leistungsbereiche verzichtet. Stattdessen wird auf die einschlägigen Richtlinien sowie die Angaben in der Sollstatistik verwiesen. Darüber hinaus erfolgt eine Neustrukturierung des Abschnitts C1-1 „Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate“ mit dem Ziel, die Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsraten sowie die Übermittlung der Daten zu präzisieren und Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen darzustellen.

Es erfolgt die Klarstellung, dass sowohl Dokumentationsraten als auch Fallzahlen berichtet werden müssen: Die Veröffentlichung der Dokumentationsraten ist eine unverzichtbare Voraussetzung zur Bewertung der Belastbarkeit und Aussagekraft der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren. Niedrige Dokumentationsraten eines Krankenhauses in einem Leistungsbereich schränken die Aussagekraft der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren erheblich ein, da in einem solchen Fall nicht ausreichend beurteilbar ist, ob die durch das Krankenhaus übermittelten Daten repräsentativ sind.

Die Darstellung der Fallzahlen der Krankenhäuser in jedem Leistungsbereich ist ebenfalls erforderlich, um die Belastbarkeit und Aussagekraft der Qualitätsergebnisse bewerten zu können. Die Fallzahlen sind auch erforderlich, um die Dokumentationsraten interpretieren zu können. Insbesondere eine Kombination von beispielsweise niedrigen Dokumentationsraten bei hohen Fallzahlen stellt die Aussagekraft der Indikatoren-Ergebnisse erheblich in Frage.

Für eine sachgerechte Interpretation und Bewertung der Qualitätsergebnisse eines Krankenhauses sind daher Dokumentationsraten und Fallzahlen je Leistungsbereich erforderlich.

Zu den Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen:

Die Dokumentationsraten der Herzchirurgie werden zusammengefasst, da es aus methodischen Gründen problematisch wäre, für jeden der drei ausgewerteten Leistungsbereiche in der Herzchirurgie Ein- und Ausschlusskriterien zu definieren, die eine Ermittlung der Sollzahlen für jeden der drei Leistungsbereiche zulässt. Beispielsweise müssten für isolierte Aortenklappeneingriffe auch Eingriffe ausgeschlossen werden, die zur Behandlung von Komplikationen des Aortenklappeneingriffs erforderlich sind. Dadurch würden hoch selektiv besonders komplikationsanfällige Fälle ausgeschlossen, die für die Qualitätssicherung von besonderer Bedeutung sind. Ähnliches gilt für die Dokumentationsraten der Pankreas-Nierentransplantation.

Umgekehrt ist es jedoch unproblematisch für die kathetergestützte Implantation von Aortenklappen eine Differenzierung nach Zugangsweg (endovaskulär, transapikal) vorzunehmen, d.h. es ist ohne methodische Einschränkung möglich, eine Sollzahl zu ermitteln, die ergänzend zu der Gesamtdarstellung in der Herzchirurgie genutzt werden kann. Damit wird in einem derzeit stark wachsenden Leistungsbereich notwendige Transparenz über die dort erzielten Qualitätsergebnisse geschaffen.

Die vorgenommene Differenzierung in den Leistungsbereichen der Hüft- und Kniegelenksendoprothetik

ist notwendig, da die meisten Qualitätsindikatoren sich entweder auf Erstimplantationen oder auf Wechseloperationen beziehen und somit die sachgerechte Interpretation dieser Ergebnisse differenzierte Sollzahlen und Dokumentationsraten voraussetzt.

C-1.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit wurde die große Tabelle aufgelöst, der Fokus liegt nun auf der Beschreibung der darzustellenden Parameter und ihrer Ermittlung.

In diesem Zusammenhang erfolgte eine Konkretisierung der Darstellung des Krankenhausergebnisses (alt: „Zähler/Nenner“). Die Änderung in der Darstellung wurde vorgenommen, um den Besonderheiten von Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse als mittels logistischer Regressionsmodelle risikoadjustiert werden, gerecht zu werden. Bei solchen Indikatoren wird berechnet, wie viele durch den Indikator erfasste Ereignisse aufgrund des Risikoprofils aller in einem Krankenhaus im jeweiligen Leistungsbereich behandelten Patienten zu erwarten wären. Diesem „erwarteten Ergebnis“ (E = expected) wird dann die beobachtete Anzahl der Ereignisse gegenübergestellt (O = observed) und eine Verhältniszahl gebildet (O geteilt durch E). An dieser Zahl lässt sich ablesen, ob in einem Krankenhaus bezogen auf die von ihm behandelten Patienten mehr oder weniger von dem Indikator erfasste Ereignisse aufgetreten sind als erwartet.

Die bislang verwendete Bezeichnung „Zähler“ beschreibt die beobachteten Ereigniszahlen bei ratenbasierten Indikatoren. Die geänderten Bezeichnungen erlauben nun eine Darstellung der im Indikator erfassten Ereignisse sowohl für ratenbasierte Indikatoren als auch für Verhältniszahlen und somit auch für mittels logistischer Regression risikoadjustierte Qualitätsindikatoren.

Die Tabellen „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“ und „Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr“ wurden analog zur QSKH Richtlinie aktualisiert.

Änderungen im Teil C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht

Ergänzung von standardisierten Auswahloptionen, um die Angaben der Krankenhäuser zu strukturieren und besser auswertbar zu machen.

Änderungen im Teil C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen

Es erfolgte die Aktualisierung der Angaben zu den für das Berichtsjahr 2015 gültigen Mindestmengen. Gemäß Beschluss vom 03.12.2014 wurde die Mindestmenge für die Knie-TEP mit Geltung ab 01.01.2015 wieder in Kraft gesetzt und ist damit im Qualitätsbericht für das Berichtsjahr 2015 wieder anzugeben.

Zu Anhang 2 Anlage 1 (Anpassung der Auswahllisten für das Berichtsjahr für das Berichtsjahr 2015)

3. Bürokratiekostenermittlung

4. Verfahrensablauf

5. Fazit

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Die Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss
Wegelystraße 8
10623 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-312
TELEFAX (0228) 997799-550
E-MAIL ref1@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Alexander Wierichs

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 09.11.2015

GESCHÄFTSZ. **III-315/072#0808**

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Beschlussentwurf über die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R); Anpassungen für das Berichtsjahr 2015**
BEZUG Ihr Schreiben vom 12. Oktober 2015 (AW/MM)

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V danke ich. Zu diesem Beschlussentwurf gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Wierichs

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