

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anpassungen für das Berichtsjahr 2018

Vom 20. Dezember 2018

### Inhalt

1.	Rechtsgrundlage .....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
	Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser .....	2
	Anlage 1 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines Strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018) .....	3
	Anhang 2 zu Anlage 1 (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2018) .....	7
3.	Bürokratiekostenermittlung .....	9
4.	Verfahrensablauf .....	9
5.	Fazit .....	9
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	9

## 1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 136b Abs. 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 Abs. 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 wird neben einer Anpassung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) die Anlage 1, der Anhang 2 zur Anlage 1 und die Anlage 2 der Qb-R für das Berichtsjahr 2018 neu gefasst. Die nachfolgenden Tragenden Gründe erläutern solche Änderungen, die gegenüber den aktuell geltenden Qb-R sowie der Anlage 1, des Anhangs 2 zur Anlage 1 und der Anlage 2 Qb-R für das Berichtsjahr 2017 bestehen. Die Begründungen für die übrigen – gleichbleibenden – Passagen sind den Tragenden Gründen des G-BA zu den bisherigen Änderungen der Qb-R 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/list/%2Finformationen%2Fbeschluesse%2Fzur-richtlinie%2F39%2Fmit%2F10%2Fals%2FGbaWebsiteBundle%3ABeschluss%3AAjaxListInRichtlinie.html.twig%2F/listContext/beschluesse>.

### Zu den Regelungen im Einzelnen:

Neben den für das Berichtsjahr 2018 erforderlichen redaktionellen Anpassungen der Verweise wurden insbesondere folgende Änderungen vorgenommen:

### Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser

Neben einer Anpassung in der Anlagenübersicht wurde der § 5 zu Frequenz und Bezugszeitraum des Qualitätsberichts um einen Abs. 2 ergänzt. Der neue Abs. 2 ist Folge der in Anlage 1 unter C-5.2 für das Berichtsjahr 2018 neu vorgesehenen Abbildung der Prognose gemäß den Mindestmengenregelungen. Dadurch kommt ein neuer Zeitraum hinzu, über den der Qualitätsbericht Aussagen trifft. Er trifft ab dem Berichtsjahr 2018 nicht mehr nur noch Aussagen über das Berichtsjahr selbst, sondern in Bezug auf die Prognose nach den Mindestmengenregelungen auch für das zweite auf das Berichtsjahr folgende Jahr, das Prognosejahr. Insofern stellt § 5 Abs. 1 nun klar, dass sich der Qualitätsbericht grundsätzlich auf das Berichtsjahr bezieht. Nach § 5 Abs. 2 bezieht sich die Berichterstellung über die Leistungsberechtigung gemäß den Mindestmengenregelungen dagegen auf das Prognosejahr. Nach § 5 Abs. 2 Satz 2 erfolgt erstmals für das Prognosejahr 2020 die Prognosedarstellung im Rahmen der Qualitätsberichtserstattung für das Berichtsjahr 2018.

## **Anlage 1 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines Strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018)**

### ***Kapitel A-10 „Gesamtfallzahlen“***

Mit der Änderung wird klargestellt, dass es sich auch bei der Angabe der ambulanten Gesamtfallzahl um eine Pflichtangabe handelt.

Das Abfragen der erbrachten ambulanten Fallzahl ist an keine Vorbedingung geknüpft. Krankenhausstandorte bzw. Einzelhäuser, die keine ambulanten Leistungen im Berichtsjahr erbracht haben, können dies kenntlich machen, indem sie „0“ Fälle angeben.

Mit der Klarstellung in der Formulierung in Anlage 1 werden potenzielle Missverständnisse der Berichterstellerinnen und Berichtersteller vermieden. Die Schemaprüfung gemäß Datensatzbeschreibung bleibt unverändert bestehen.

Zudem wurde mit einer weiteren Änderung klargestellt, wie die Zählung ambulanter Fälle erfolgt. Bislang wurde bei der Zählung der ambulanten Fälle ausgeführt, dass die Fallzählweise verwendet wird und jeder Kontakt zu zählen ist. Diese Formulierung war missverständlich, da ein „Fall“ in der medizinischen Versorgung in der Regel mehrere Kontakte in einem bestimmten Zeitraum beinhaltet und somit bei Fallzählweise Fälle und nicht einzelne Kontakte zu zählen sind. Insofern war die aufgeführte Definition der Zählweise als Fallzählweise missverständlich und wurde daher gestrichen.

### ***Kapitel A-12.5 „Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)“***

Im Kapitel A-12 werden die Themen zusammengefasst, die den Umgang von Krankenhäusern mit Risiken in der Patientenversorgung betreffen. Im Rahmen des Qualitäts- und Risikomanagements stellt die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) einen Anwendungsbereich dar (vgl. § 4 Abs. 2 Qualitätsmanagement-Richtlinie, QM-RL). Bislang fehlte die Zusammenfassung von Informationen im Qualitätsbericht für die Patientinnen und Patienten, die speziell Aspekte der AMTS darstellen. Konkrete Grundlage für die nun für das Berichtsjahr 2018 vorgenommene Einführung dieser Inhalte bildet § 136b Abs. 6 Satz 6 SGB V. Hier definiert der Gesetzgeber u. a. die AMTS als besonders patientenrelevant.

Die AMTS ist auch international eines der zentralen Themen der Patientensicherheit (vgl. „Medication Without Harm“, <http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/>). Auch auf nationaler Ebene gibt es entsprechende Initiativen (vgl. Aktionspläne zur AMTS des BMG, <https://www.akdae.de/AMTS/>). Bei der inhaltlichen Ausgestaltung wurde neben der QM-RL daher auf etablierte Festlegungen der Koordinierungsgruppe AMTS beim BMG für den Aktionsplan AMTS, z. B. für die in Kapitel A-12.5 einleitende Definition von AMTS, abgestellt. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) gibt verschiedene Handlungsempfehlungen zur AMTS bzw. Arzneimittelthemen heraus, die bei der Erarbeitung dieses Kapitels ebenfalls einbezogen wurden (<https://www.aps-ev.de/handlungsempfehlungen/>).

Die Darstellung des Themas folgt der grundsätzlichen Struktur des Gesamtkapitels 12 des Qualitätsberichts und greift, wo möglich und sinnvoll, auf bereits angegebene Informationen zurück.

In Kapitel A-12.5.1 und A-12.5.2 sind zunächst, soweit vorhanden, das für die AMTS verantwortliche Gremium sowie die für das Gremium verantwortliche Person zu benennen.

In Kapitel A-12.5.3 ist die Anzahl des pharmazeutischen Personals anzugeben. Hierzu zählt gemäß § 1a Abs. 2 Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) neben Apothekerinnen und Apothekern auch das weitere pharmazeutische Personal. Zum weiteren pharmazeutischen Personal gehören gemäß § 1a Abs. 2 ApBetrO pharmazeutisch-technische Assistenten, Apothekerassistenten, Pharmazieingenieure, Apothekenassistenten, pharmazeutische Assistenten sowie Personen, die sich in der Ausbildung zum Apothekerberuf oder zum Beruf des pharmazeutisch-technischen Assistenten befinden. Bei den Angaben zum

pharmazeutischen Personal sind auch Angestellte in krankenhausversorgenden Apotheken zu erfassen. Ergänzende Kommentare sind an dieser Stelle zur Konkretisierung möglich.

Im Anschluss folgt in Kapitel A-12.5.4 eine am Versorgungsprozess orientierte Darstellung relevanter versorgungs-, patienten- bzw. arzneimittelbezogener Maßnahmen und Instrumente zur Reduktion von Risiken in dem für die AMTS relevanten Medikationsprozess, die aus der Auswahlliste „Arzneimitteltherapiesicherheit“ des Anhangs 2 der Anlage 1 Qb-R ausgewählt werden können. Es ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei lediglich um eine Auswahl von AMTS-Maßnahmen handelt.

Da zudem kaum etablierte Standards oder gesetzliche Vorgaben zur AMTS in Deutschland vorliegen, wurde der Fokus auf die Aufnahme von Instrumenten und Maßnahmen mit der besten vorhandenen Evidenz zur AMTS gelegt bzw. auf solche, die sich aus den originären Prinzipien des Qualitätsmanagements ergeben.

Die Auswahl reicht von einfachen organisatorischen Maßnahmen bis zu komplexeren digitalen Anwendungen. Die große Heterogenität liegt insbesondere darin begründet, dass der erfolgreiche Einsatz von Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit eine krankenhausindividuelle Auswahl und sorgfältige Anpassung an die jeweiligen Rahmenbedingungen voraussetzt. Da die Rahmenbedingungen sehr verschieden sein können, sind die Darstellungsmöglichkeiten im Qualitätsbericht optional angelegt.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit ist die Darstellung der Instrumente und Maßnahmen gemäß dem Versorgungsprozess (Aufnahme – Medikationsprozess – Entlassung) gegliedert. Die einzelnen Prozessschritte werden dabei durch Kontexthinweise erläutert, um auch angemessen auf Patientinnen und Patienten ohne Vorkenntnisse zu diesem komplexen Themenfeld einzugehen. Diese Kontexthinweise werden automatisch in den strukturierten Qualitätsbericht eingebunden und sind insofern auch von den veröffentlichenden Stellen darzustellen – hierzu erfolgt eine automatische Übernahme der Texte in die XML-Struktur des Berichts.

#### ***Kapitel B-[X].1 „Name der Organisationseinheit/Fachabteilung“***

Durch die Änderung der Abfragefolge können neben den Chefärztinnen und Chefarzten nun auch Belegärztinnen und Belegärzte als ärztliche Leitung einer Organisationseinheit/Fachabteilung angegeben werden. Zur Abbildung von Strukturen mit „doppelten“ oder auf gleicher Ebene „geteilten“ Leitungsfunktionen können bis zu zwei Personen angegeben werden.

Stellvertretungen sind explizit nicht anzugeben.

#### ***Kapitel B-[X].6 „Hauptdiagnosen nach ICD“***

Zur Sicherstellung einer einheitlichen und nachvollziehbaren Darstellung der Hauptdiagnosen nach ICD-10 wird vorgegeben, dass alle Hauptdiagnosen mit der jeweiligen Fallzahl in absteigender Häufigkeit anzugeben sind.

Grundsätzlich ist für die Abbildung der Hauptdiagnosen die jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche ICD-10-GM-Version zu verwenden. Zur Abbildung von Überliegern wurde die Regelung dahingehend ergänzt, dass für diese auf die amtliche ICD-10-GM-Version des Vorjahres zurückgegriffen werden kann.

#### ***Kapitel B-[X].7 „Durchgeführte Prozeduren nach OPS“***

Zur Sicherstellung einer einheitlichen und nachvollziehbaren Darstellung der OPS-Ziffern wird vorgegeben, dass alle OPS-Ziffern mit der jeweiligen Fallzahl in absteigender Häufigkeit anzugeben sind.

Grundsätzlich ist für die Abbildung der durchgeführten Prozeduren der aktuelle amtliche OPS-Katalog zu verwenden. Zur Abbildung von Überliegern wurde die Regelung dahingehend ergänzt, dass für diese auf den amtlichen OPS-Katalog des Vorjahres zurückgegriffen werden kann.

## **Kapitel C-1 „Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V“**

Es wurden Änderungen vorgenommen, die sich aus dem IQTIG-Bericht „Umsetzung des Konzeptes zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen“ (Kennzahlenkonzept) vom 22. März 2018 ergeben. Dieses Konzept sieht eine Umsetzung in drei Stufen vor. Bei der Umsetzungsstufe 1 (Berichtsjahr 2017) handelte es sich um eine Interimslösung, die keine Anpassung der Anlage 1 erforderte. Im Berichtsjahr 2018 wird die Stufe 2 des Konzeptes umgesetzt. In dieser Stufe wird die Darstellung von Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifischen Kennzahlen ermöglicht. Die Umsetzung der dritten und letzten Stufe des Kennzahlenkonzeptes ist für das Berichtsjahr 2020 vorgesehen.

Hintergrund für die Erarbeitung des Kennzahlenkonzeptes war, dass in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG eine differenzierte Definition des Konstruktes Qualitätsindikator vorgenommen wurde.

Qualitätsindikatoren bestehen danach immer aus drei Komponenten:

- einem konkreten Ziel für die Versorgungsqualität,
- einem spezifischen Dokumentations- und Messverfahren für das Qualitätsmerkmal,
- einem Bewertungskonzept, das die Zielerreichung bewertet und einen Handlungsanschluss bietet.

In Folge dieser Definition wurden bisherige Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich aus dem Status „Qualitätsindikator“ herausgenommen, da sie keine (Be)wertung der Ergebnisse zulassen. Diese QS-Ergebnisse ohne Referenzbereich und somit ohne qualitative Bewertung, werden als Kennzahlen bezeichnet.

Für Kennzahlen war jedoch zu diesem Zeitpunkt keine Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten vorgesehen.

Um weiterhin relevante Informationen, die in den Kennzahlen enthalten sind, der Öffentlichkeit zur Kenntnis geben zu können, wurde das IQTIG am 20. Juli 2017 durch das Plenum des G-BA beauftragt, zu prüfen,

1. welche Kennzahlen aus den indikatorgestützten Verfahren zur Veröffentlichung im Qualitätsbericht geeignet sind,
2. mit welchen zusätzlichen Informationen, fachlichen Hinweisen oder Bewertungen diese zu ergänzen sind, und
3. wie sie – insbesondere in Bezug auf die dazugehörigen Qualitätsindikatoren – darzustellen sind und wie sie ggf. die Information der Qualitätsindikatoren ergänzen können.

Diese Fragestellungen hat das IQTIG mit dem Kennzahlenkonzept beantwortet.

Mit dem Berichtsjahr 2018 werden auf Grundlage dieses Konzeptes in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser erstmals Qualitätsindikatoren und Kennzahlen differenziert dargestellt.

Dies bedurfte zunächst einer Prüfung im Kapitel C-1, welche Angaben sich auf Qualitätsindikatoren und Kennzahlen beziehen. Nachfolgend wurde das Wort „Kennzahl(en)“ an den entsprechenden Stellen ergänzt. Zudem wurden, der Empfehlung des Kennzahlenkonzeptes folgend, zwei neue Parameter aufgenommen, welche verpflichtend für Qualitätsergebnisse angegeben werden müssen:

- Der Parameter „Art des Wertes“ ermöglicht es, zwischen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zu unterscheiden.
- Der Parameter „Bezug zum Verfahren“ zeigt an, auf Grundlage welcher Richtlinie oder Regelung des G-BA das Qualitätsergebnis ermittelt wurde.

Beide o. g. Parameter werden zudem in die Tabellen des Anhangs 3 zur Anlage 1 Qb-R aufgenommen.

Weiterhin erfolgte eine Unterteilung der verpflichtend anzugebenden Parameter in „Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ und „Nur für Qualitätsindikatoren“. Grund hierfür ist, dass einzelne Parameter aus methodischen bzw. systematischen Gründen für Kennzahlen nicht angegeben werden können bzw. eine Angabe nicht notwendig ist.

D. h. für Kennzahlen nicht anzugeben sind Parameter, welche im Zusammenhang mit der qualitativen Bewertung des rechnerischen Ergebnisses im Rahmen des strukturierten Dialoges bzw. des Stellungnahmeverfahrens stehen. Im Einzelnen betrifft dies die folgenden Parameter:

- Referenzbereich
- Entwicklung rechnerisches Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr
- Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr
- Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
- Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen (hier besteht für die beauftragten Stellen die Möglichkeit, eine Kommentierung zum Ergebnis des strukturierten Dialoges vorzunehmen)

Die Umsetzung der zweiten Stufe des Kennzahlenkonzeptes erfordert auch strukturelle Anpassungen im Anhang 1 zur Anlage 1 (Datensatzbeschreibung).

#### ***Kapitel C-5 „Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V“***

Ab dem Berichtsjahr 2018 erfolgt die Berichterstattung über die Mindestmenge für zwei Zeiträume. Zum einen wird weiterhin retrospektiv über die Erfüllung der Mindestmenge im Berichtsjahr berichtet. Zum anderen soll prospektiv über die Berechtigung zur Leistungserbringung im sogenannten „Prognosejahr“ informiert werden. Dies macht eine entsprechende Untergliederung des Kapitels C-5 in C-5.1 „Umsetzung der Mindestmengenregelung im Berichtsjahr“ und C-5.2 „Leistungsberechtigung für das Prognosejahr“ [hier: Kalenderjahr 2020] erforderlich.

Mit Beschluss vom 17. November 2017 (BANz AT 28.12.2017 B5) wurden die Mindestmengenregelungen des G-BA (Mm-R) grundlegend überarbeitet. Eine wesentliche Neuerung betrifft die sogenannte Prognosedarlegung der Krankenhäuser gemäß § 4 Abs. 1 Mm-R, wonach die Zulässigkeit der Leistungserbringung gemäß § 136b Abs. 4 Satz 3 SGB V voraussetzt, dass der Krankenhausträger gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen jährlich darlegt, dass die in der Mm-R festgelegten Mindestmengen im jeweils nächsten Kalenderjahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreicht werden (Prognose). Die Information zur Zulässigkeit der Leistungserbringung soll Patientinnen und Patienten und zuweisenden Ärztinnen und Ärzten adressatengerecht und aktuell zur Verfügung gestellt werden, so dass eine Auswahlentscheidung bzw. Empfehlung eines Krankenhauses sinnvoll daran orientiert werden kann.

Hierzu lässt sich das Qb-Verfahren zur Datenübermittlung nutzen, um die Ergebnisse der Prognoseermittlung rechtzeitig für anstehende Auswahlentscheidungen zu veröffentlichen.

Für den jeweiligen Krankenhausstandort, an dem im Prognosejahr Mindestmengen-Leistungen erbracht werden sollen, ist verpflichtend darzustellen, ob der Standort zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt ist. Im Anschluss sind die Ergebnisse der einzelnen Prognoseschritte gemäß Mm-R anzugeben. Dadurch wird es Patientinnen und Patienten ermöglicht, nachzuvollziehen, ob die Berechtigung zur Leistungserbringung auf der Prognose im Sinne von § 4 Abs. 1 Mm-R, auf Ausnahmen im Sinne von § 6 Mm-R oder einer Sondergenehmigung durch die Landesbehörden gemäß § 136b Abs. 5 SGB V beruht.

Zunächst werden Angaben zur Prognosedarlegung des Krankenhausträgers erfasst. Hierzu zählen die Leistungsmengen, welche der Prognosedarlegung der Krankenhäuser zu Grunde gelegt wurden. Gemäß Mm-R sind hierzu zwei Zeiträume zu betrachten: die Leistungsmenge im Berichtsjahr (Zeitraum nach § 4 Abs. 2 Satz 1 Mm-R) sowie die Leistungsmenge in den

letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und in den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres (Zeitraum nach § 4 Abs. 2 Satz 2 Mm-R). D. h. für das Prognosejahr 2020 wird die Leistungsmenge aus dem Kalenderjahr 2018 herangezogen. Dieses entspricht dem Berichtsjahr 2018 gemäß Qb-R. Es ist also sicherzustellen, dass die Leistungsmengen, die im Kapitel C-5.1 erfasst werden mit denen übereinstimmen, die im Kapitel C-5.2 anzugeben sind. Zusätzlich wird die Leistungsmenge der letzten beiden Quartale des Berichtsjahres 2018 und der ersten beiden Quartale des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres 2019 angegeben.

Die Daten sollen durch die Erfassungssysteme für die Qualitätsberichte automatisch übernommen werden, so dass es keinen zusätzlichen Aufwand für die Krankenhäuser gibt und Übertragungsfehler vermieden werden.

Des Weiteren ist anzugeben, ob die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognosedarlegung widerlegt haben und ggf. ein Rechtsstreit anhängig ist, ob ein Ausnahmetatbestand nach § 7 Mm-R geltend gemacht wurde, ob eine Sondergenehmigung der jeweiligen Landesbehörde im Sinne von § 136b Abs. 5 SGB V vorliegt oder ob die Übergangsregelung nach § 8 Mm-R greift.

## **Anhang 2 zu Anlage 1 (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2018)**

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

Zur Vermeidung von Redundanzen wurden die Auswahllisten aus den anderen Unterkapiteln mit denen zur AMTS abgeglichen. In der Auswahlliste 12.2.3 wurde deshalb die Nummer RM11 gestrichen.

### ***Auswahlliste „Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)“ (Kapitel A-12.5)***

Die Einfügung dieser Auswahlliste wird mit Einführung des Kapitels A-12.5.4 in Anlage 1 notwendig. Dort sind Maßnahmen und Instrumente zur Minimierung der Risiken im Rahmen der Arzneimittelversorgung zur individuellen Auswahl anzugeben.

Analog zur Systematik im korrespondierenden Kapitel der Anlage 1 erfolgt hier die am Versorgungsprozess orientierte Darstellung von Maßnahmen und Instrumenten der AMTS.

Inhaltliche Doppelungen mit anderen Auswahllisten oder Regelungsbereichen wurden hierbei vermieden.

Bei den aufgeführten Maßnahmen und Instrumenten handelt es sich um eine optionale Auswahl, die nicht als zur Umsetzung verbindlich zu verstehen ist, sondern die Möglichkeit bieten soll, strukturiert und aufwandsarm die krankenhausesindividuell umgesetzten Maßnahmen und Instrumente der AMTS darzustellen.

Priorisiert wurde die Aufnahme von Maßnahmen und Instrumenten der AMTS, die durch Krankenhäuser operationalisierbar und patientenorientiert erscheinen.

Für eine angemessene Darstellung sind die ausgewählten Maßnahmen und Instrumente zum Teil durch Zusatzangaben zu konkretisieren. Ergänzende Freitextfelder stehen bei einigen Instrumenten und Maßnahmen zur Verfügung, um krankenhausesindividuelle Vorgehensweisen oder Strukturen abbilden zu können.

Im Hinblick auf das Auswahlfeld AS13 „Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung“ ist zu berücksichtigen, dass verbindliche Vorgaben für die Krankenhäuser zum Entlassmanagement gelten, vgl. insbesondere § 39 Abs. 1a SGB V i.V.m. § 8 Abs. 3a Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) sowie den Rahmenvertrag gemäß § 39 Abs. 1a Satz 9 SGB V.

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

Die Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ (Kapitel B-[X].8) wurde an die Änderungen in der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) und der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL) angepasst.

Die Bestimmungen zur „Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Tuberkulose“ (Anlage 3 Nr. 13 ABK-RL) finden auf Grund der dreijährigen Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V keine Anwendung mehr in der ABK-RL und wurden aus der o. g. Auswahlliste entfernt.

Überdies findet auch die „Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ mit Ablauf des 25. Juli 2017 keine Anwendung mehr in der ABK-RL, so dass nicht mehr die gesamte Nr. 1 der Anlage 3 ABK-RL in die Auswahlliste aufzunehmen ist, sondern lediglich die Tumorgruppen 2 bis 11.

In der Auswahlliste zur ASV-RL wurden auf Grund von Änderungen an der ASV-RL vier Leistungen ergänzt (Anlage 1.1 b „Rheumatologische Erkrankungen“, Anlage 1.1 b „onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 3: urologische Tumoren“, Anlage 2 h „Morbus Wilson“, Anlage 2 o „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“).

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

In der Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ (Kapitel B-[X].11.2) wurden redaktionelle Anpassungen vorgenommen. Zudem wurden in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ Beispiele ergänzt.

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

Die Auswahlliste „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht“ (Kapitel C-2) wurde auf der Grundlage von geänderten Vorgaben in einzelnen Bundesländern angepasst.

### **Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Ausnahmen“ (Kapitel C-5)**

Die Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Ausnahmen“ (Kapitel C-5) wurde auf Grund der am 17. November 2017 beschlossenen Änderung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) teilweise angepasst. Mit dieser Änderung wurde die bisherige Anlage 2 der Mm-R (Allgemeine Ausnahmetatbestände gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V) aufgehoben und deren Inhalte modifiziert in den Normtext selbst aufgenommen.

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

In der Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V“ (Kapitel C-6) wurden folgende Änderungen vorgenommen:

- Aktualisierung der gesetzlichen Grundlage zu den „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Abs. 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V“ (CQ08)
- Anpassung des Titels „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie“ (CQ18) gemäß Beschluss vom 15. Februar 2015
- Ergänzung der „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom“, die am 19. Januar 2017 vom G-BA beschlossen worden sind (CQ24)
- Ergänzung der „Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser“ (CQ25)



### **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 276.627 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 276.627 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

### **4. Verfahrensablauf**

Am 12. Juni 2018 begann die AG Qualitätsbericht mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In sechs Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss beraten.

An den Sitzungen der AG und des Unterausschusses wurden gemäß § 136b Abs. 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 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 5. September 2018 wurde das Stellungnahmeverfahren am 6. September 2018 eingeleitet. Die der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 4. Oktober 2018. Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 2. Oktober 2018 mit, keine Stellungnahme zu dem vorgelegten Beschlussentwurf abzugeben (**Anlage 3**).

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde mit Schreiben vom 6. September 2018 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen.

### **5. Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Dezember 2018 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

Die Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V tragen den Beschluss mit.

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

### **6. Zusammenfassende Dokumentation**

Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung

Anlage 2: An die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser sowie versandte Tragende Gründe

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

Berlin, den 20. Dezember 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## **Bürokratiekostenermittlung zum Beschluss über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anpassungen für das Berichtsjahr 2018**

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

Mit dem vorliegenden Beschluss wird die bestehende Informationspflicht für die Krankenhäuser, jährlich einen standortbezogenen Qualitätsbericht zu erstellen und zu übermitteln, insofern ergänzt als insbesondere neue Berichtsinhalte zur Arzneimitteltherapiesicherheit (im Abschnitt A-12.5) sowie zur Umsetzung der Mindestmengenregelungen (im Abschnitt C-5) ergänzt werden. Zudem werden insbesondere die Auswahllisten „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“, „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Ausnahmen“ sowie „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V“ um weitere Auswahlmöglichkeiten ergänzt.

Für die hier vorliegende Schätzung der mit diesen Änderungen einhergehenden Bürokratiekosten wird davon ausgegangen, dass jährlich 2.595 Qualitätsberichte erstellt und geliefert werden (Anzahl der für das Berichtsjahr 2016 gelieferten Berichte) und dass für die Erstellung der Qualitätsberichte hohes Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h) erforderlich ist.

Einmalige Bürokratiekosten entstehen den adressierten Krankenhäusern zunächst aus der Einarbeitung in die geänderten Vorgaben der Regelungen zum Qualitätsbericht. Der hierfür je Bericht erforderliche Zeitaufwand wird auf zwei Stunden geschätzt. Mithin resultieren aus der Einarbeitung einmalige Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 106,60 Euro (53,30 Euro/h x 2 h) sowie insgesamt Bürokratiekosten in Höhe von geschätzt 276.627 Euro (106,60 Euro x 2.595 Berichte).

Jährliche Bürokratiekosten entstehen den Krankenhäusern insofern, als die jährliche Berichterstellung durch die nun zusätzlich vorzunehmenden Angaben – insbesondere für die Themen Arzneimitteltherapiesicherheit und Umsetzung der Mindestmengenregelungen – einen höheren Zeitaufwand als bislang beansprucht. Dieser erhöhte Aufwand wird auf zwei Stunden je Qualitätsbericht geschätzt. Die daraus resultierenden jährlichen Bürokratiekosten belaufen sich je Qualitätsbericht auf geschätzt 106,60 Euro (53,30 Euro/h x 2 h) sowie insgesamt auf geschätzt 276.627 Euro (106,60 Euro x 2.595 Berichte).

# Beschlussentwurf



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anpassungen für das Berichtsjahr 2018

Vom 20. Dezember 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. Dezember 2018 beschlossen, die Regelungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BANz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 5. September 2018 (BANz AT TT.MM.JJJJ BX), wie folgt zu ändern:

I. Die Qb-R werden wie folgt geändert:

1. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) Der Satz „Die Berichterstellung hat jährlich in dem Erstellungsjahr über das abgeschlossene Vorjahr (Berichtsjahr) zu erfolgen.“ wird zu Absatz 1.
- b) Nach Absatz 1 wird folgender Absatz 2 eingefügt: „Eine Berichterstellung über die Leistungsberechtigung gemäß der Mindestmengenregelungen hat jährlich für das zweite auf das Berichtsjahr folgende Jahr (Prognosejahr) [GKV-SV/PatV: in einem separaten Berichtsteil] zu erfolgen. Das Krankenhaus erstellt und übermittelt standortbezogen die Angaben nach Maßgabe der Anlage 1 beginnend mit den Prognoseergebnissen für das Jahr 2020 im Rahmen der Qualitätsberichterstattung für das Berichtsjahr 2018. [GKV-SV/PatV: Alle Angaben aus dem Berichtsteil nach Satz 1 werden unverzüglich nach Übermittlung gemäß § 6 Abs. 4 durch den G-BA extrahiert und zu einer maschinenlesbaren Gesamtliste konsolidiert. Bis zum 15. Januar des dem Erstellungsjahr folgenden Jahres werden die Angaben standortbezogen unter Nennung des Standortnamens und des Standort-Kennzeichens durch den G-BA veröffentlicht.]“

2. In der Anlagenübersicht wird die Angabe „Anlage 3: Verfahren zur Erstellung der Liste nach § 8 Absatz 1“ durch die Angabe „Anlage 3: Verfahren zur Veröffentlichung der Berichtspflicht und zur Erstellung einer Liste nach § 8 Absatz 1 ab dem Berichtsjahr 2015“ ersetzt.

II. Für das Berichtsjahr 2018 wird eine Anlage 1 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018) gemäß **Anlage 1** zum Beschluss eingefügt.

III. Für das Berichtsjahr 2018 wird ein Anhang 2 zu Anlage 1 (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2018) gemäß **Anlage 2** zum Beschluss eingefügt.

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](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 20. Dezember 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

## **Anlage 1 Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018**

### **Inhalt**

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

## Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

A-11	Personal des Krankenhauses .....	15
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	16
A-11.2	Pflegepersonal.....	16
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik .....	17
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal .....	18
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	19
A-12.1	Qualitätsmanagement.....	19
A-12.1.1	Verantwortliche Person.....	19
A-12.1.2	Lenkungsgremium .....	19
A-12.2	Klinisches Risikomanagement .....	19
A-12.2.1	Verantwortliche Person.....	19
A-12.2.2	Lenkungsgremium .....	20
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen.....	20
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems.....	20
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen .....	21
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte .....	22
A-12.3.1	Hygienepersonal.....	22
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene.....	23
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen .....	23
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie.....	24
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden .....	25
A-12.3.2.4	Händedesinfektion.....	25

## Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) .....	26
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement.....	27
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	27
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	28
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	32
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....</b>	<b>34</b>
B-[X].1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	34
B-[X].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen .....	35
B-[X].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	35
B-[X].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	35
B-[X].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	36
B-[X].6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	36
B-[X].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	37
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten .....	37
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	40
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	40
B-[X].11	Personelle Ausstattung.....	40
B-[X].11.1	Ärzte und Ärztinnen .....	41
B-[X].11.2	Pflegepersonal.....	42
B-[X].11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik .....	44
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung.....</b>	<b>46</b>



## Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	46
C-1.1.[Y]	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate .....	47
C-1.1.1	Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten.....	47
C-1.1.2	Übermittlung der Daten.....	48
C-1.1.3	Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL: .....	48
C-1.2.[Z]	Ergebnisse der Qualitätssicherung .....	49
C-1.2.1	Übermittlungswege.....	49
C-1.2.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.....	50
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V .....	55
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V.....	56
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	56
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	57
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V.....	61
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V .....	63

## **Allgemeine Hinweise**

In diesem Dokument werden Inhalte, Umfang und Datenformat des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V beschrieben.

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

### **1. Erläuterungen zur Berichterstellung**

#### **Benennung des Qualitätsberichts**

Der Qualitätsbericht trägt die Bezeichnung „Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über das Berichtsjahr [JJJJ]“ (jeweiliges Berichtsjahr). Das Datum der Erstellung ist aufzuführen.

#### **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 (BPfIV) oder dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-System) abrechnen.

#### **Krankenhäuser mit mehreren Standorten**

Der Qualitätsbericht ist von einem Krankenhaus zu erstellen und nicht beispielsweise von einer Trägerschaft gemeinsam für mehrere Krankenhäuser. Bei einem nach § 108 SGB V 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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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 G-BA, 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 Leistungsbezug), 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. Kapitel 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 § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sind als Mindestanforderungen zu verstehen. Bei darüber hinausgehenden freiwilligen Angaben ist darauf zu achten, dass die 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. Kapitel C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V).

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

#### Auswahllisten

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

#### Kontaktdaten

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

Das heißt im Einzelnen:

„Kontakt/Person lang“ enthält:

- Name
- Vorname
- Titel (freiwillig)

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

- 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“

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

„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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

### 3. Standortnummer

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

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

## III. Gesamtbericht

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

### **A-2 Name und Art des Krankenhausträgers**

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

### **A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus (nur wenn zutreffend)**

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

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

### **A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie (nur wenn zutreffend)**

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

### **A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses**

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



Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

### **A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses**

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

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

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

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

Beispiel:

<b>Nr.</b>	<b>Leistungsangebot</b>	<b>Zusatzangaben</b>	<b>Kommentar</b>
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	vegane Küche	Rezepte auf Internetseite

### **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. In Kapitel 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 in Kapitel A-7 angegeben werden, nicht in Kapitel B-[X].4 wiederholt werden dürfen.

Die Angaben sind aus der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (Kapitel 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.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

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

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

Beispiel:

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

## **A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses**

### **A-8.1 Forschung und akademische Lehre**

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

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

### **A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen**

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

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

**A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus**

Hier gibt das Krankenhaus die Anzahl der Akut-Betten nach den §§ 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 den Buchstaben a, b, c). Für die Regelung zur Fallzählung werden die gesetzlichen Vorgaben und Bundesvereinbarungen zu den Abrechnungsbestimmungen zugrunde gelegt:

**Zählung der voll- und teilstationären Fälle:**

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

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

### **Zählung der ambulanten Fälle:**

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

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

### **A-11 Personal des Krankenhauses**

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

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

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

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

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

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

Die Kosten für nicht fest angestelltes Personal werden in durchschnittlich eingesetztes Personal umgerechnet und gesondert ausgewiesen. Sie werden nach den gleichen Regeln wie die hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen in 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.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

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

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

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

### **A-11.1 Ärzte und Ärztinnen**

Anzugeben ist die Zahl der:

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

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

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

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

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

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

### **A-11.2 Pflegepersonal**

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

Anzugeben ist die Zahl der:

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkranken-pflegerinnen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

- Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften
- Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

- Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

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

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

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

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

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

#### **A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal**

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

In Kapitel A-11.4 ist das in Kapitel A-11.3 erfasste Personal ebenfalls zu zählen.

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

## **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 Kapitel A-12.1.1 übernommen.



Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

### **A-12.2.2 Lenkungsgremium**

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

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

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

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

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

### **A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen**

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

Grundlage der dort gelisteten Instrumente und Maßnahmen des klinischen Risikomanagements sind anerkannte Expertenstandards bzw. Leitlinien und Handlungsempfehlungen von relevanten nationalen (z. B. Aktionsbündnis Patientensicherheit) oder internationalen Fachgesellschaften. Diese werden an die Besonderheiten der eigenen Organisation angepasst, schriftlich dokumentiert, an die beteiligten 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 einrichtungsinternen Fehlermeldesystems**

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

Wenn ja,

- Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums

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

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

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

#### **A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen**

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

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Angabe des genutzten Systems gemäß Auswahlliste Kapitel A-12.2.3.2 des Anhangs 2. Nimmt eine Einrichtung an verschiedenen (z. B. fachlich spezialisierten) Systemen teil, können mehrere angegeben werden.
- Ist das eingesetzte System nicht in der Auswahlliste enthalten, kann es unter „Sonstiges“ frei angegeben werden. Diese Angaben sind auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

- 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 des Infektionsschutzgesetzes (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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

### **A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene**

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

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

Die Maßnahmen im Einzelnen:

#### **A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen**

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

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

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

Wenn ja:

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

- steriles Abdecktuch

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

#### **A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie**

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

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein.

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

1. Der Standard thematisiert insbesondere:

- a) Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe

- b) Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

### A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

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

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

### A-12.3.2.4 Händedesinfektion

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

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

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

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

Knochenmarktransplantationsstationen werden den Intensivstationen zugeordnet.

Aufwachbereiche/-stationen oder Intermediate Care Stationen (Stroke Unit, oder andere) zählen als 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

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

#### **A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement**

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

Zusätzliche Angaben sind aus der Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (Kapitel A-12.3.2.6) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Soweit in der Auswahlliste vorgesehen, sind zusätzliche Angaben zur Durchführung der entsprechenden Maßnahme zu machen. Zusätzlich können zu jedem Aspekt freiwillige Erläuterungen ergänzt werden. Diese Kommentare sind auf jeweils 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

#### **A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement**

Hier erfolgen Angaben zum Lob- und Beschwerdemanagement:

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.



Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

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

Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden

Auswahloptionen: ja; nein

Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

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

### A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

AMTS ist die Gesamtheit der Maßnahmen zur Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, Medikationsfehler und damit vermeidbare Risiken für Patientinnen und Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern.

DKG	GKV-SV
[streichen]	<p><b>A-12.5.1 Verantwortliche Person</b>                      Hier ist die für das Gremium der Arzneimitteltherapiesicherheit verantwortliche Person anzugeben.</p> <p>Auswahloptionen: entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement; eigenständige Position für das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit; keine Person benannt</p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

	<p>Ist das Qualitätsmanagement gemäß Stellen- bzw. Aufgabenprofil auch für die Arzneimitteltherapiesicherheit verantwortlich, werden die Kontaktdaten durch die Software aus Kapitel A-12.1.1 übernommen.</p> <p>Handelt es sich um eine eigenständige Position, sind die entsprechenden Kontaktdaten anzugeben [„Kontakt/Person lang“].</p>
--	--

**A-12.5.[DKG: 1; GKV-SV: 2] Verantwortliches Gremium**

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

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

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

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

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

<b>DKG</b>	<b>GKV-SV/PatV</b>
[streichen]	<p>Tagungsfrequenz des Gremiums</p> <p>Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz</p>

**A-12.5.[DKG: 2; GKV-SV: 3] Pharmazeutisches Personal**

Anzugeben ist hier die Anzahl

- der Apothekerinnen und Apotheker (Anzahl Personen)
- des weiteren pharmazeutischen Personals (Anzahl Personen)

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

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

DKG	GKV-SV
<p><b>A-12.5.3 Instrumente und Maßnahmen</b> Die Angaben zu den Instrumenten und Maßnahmen zur Förderung der Arzneimitteltherapiesicherheit sind aus der Auswahlliste [Kapitel A-12.5.3] des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben – um die jeweils aufgeführten Zusatzangaben zu ergänzen.</p>	<p><b>A-12.5.4 Schulung und Information der Mitarbeiter</b> Es erfolgen regelmäßige Schulungen und Information der Mitarbeiter zu Themen der AMTS, z.B. indem auf aktuelle Risiken hingewiesen wird oder (krankenhausinterne) Strategien zur Verbesserung der AMTS vorgestellt werden. Auswahloptionen: ja; nein Wenn ja, in welcher zeitlichen Frequenz? Auswahloptionen: quartalsweise; halbjährlich, jährlich; andere Frequenz</p> <p><b>A-12.5.5 Information und Einbeziehung der Patienten</b> Es gibt ein Konzept, das Patienten aktiv in den Medikationsprozess mit einbezieht und als wichtige Partner für die AMTS wahrnimmt. Die Anforderungen an Patienten werden mit Hilfe themenspezifischer Medien kommuniziert, z.B. anhand von Broschüren wie „Reden ist Gold“ des Aktionsbündnisses Patientensicherheit. Auswahloptionen: ja; nein</p> <p><b>A-12.5.6 Instrumente und Maßnahmen</b> Die Angaben zu den Instrumenten und Maßnahmen zur Gewährleistung der Arzneimitteltherapiesicherheit sind aus der Auswahlliste [Kapitel A-12.5.6] des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben – um die jeweils aufgeführten verpflichtenden Zusatzangaben zu ergänzen.</p> <p>Die Instrumente und Maßnahmen zur Fehlervermeidung werden strukturiert mit Fokus auf den typischen Ablauf der stationären Patientenversorgung, d.h. von der Aufnahme über die Behandlung bis zur Entlassung dargestellt. D.h. entlang des Medikationsprozesses werden besonders risikobehaftete Prozessschritte aufgezeigt und typische Risikosituationen, die einer Lösung bedürfen bzw. anerkannte Maßnahmen zur Fehlervermeidung zur Auswahl angeboten. Das Krankenhaus</p>

	<p>kann auf diese Weise darstellen, mit welchen Aspekten es sich bereits auseinandergesetzt, bzw. welche Maßnahmen es umgesetzt hat.</p> <p>Die relevanten Prozessschritte sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufnahme ins Krankenhaus – Dokumentation und Umstellung der Arzneimitteltherapie (I) Bei Krankenhausaufnahme muss zunächst die aktuelle Medikation des Patienten erfasst und überprüft werden. Typischerweise werden mehrere Quellen herangezogen, um die sogenannte „Best Possible Medication History“ zu definieren. Anschließend wird die Therapie auch vor dem Hintergrund der aktuellen klinischen Situation bewertet und auf die im Krankenhaus verfügbaren Arzneimittel umgestellt (sogenannte Umstellung auf die Hausliste). Risiken in diesem Prozessschritt liegen sowohl in einer lückenhaften oder falschen Erfassung der best possible medication history, einer lückenhaften oder falschen Bewertung oder einer lückenhaften oder falschen umgestellten Medikation.</li> <li>- Verordnungsprozess im Krankenhaus (II) Zum Verordnungsprozess im Krankenhaus zählt im engeren Sinn die korrekte, präzise, eindeutige und lesbare Verordnung von Arzneimitteln, im weiteren Sinne auch die korrekte Auswahl und das richtige Monitoring von Arzneimitteln. Risiken in diesem Prozessschritt liegen in einer (therapeutisch) falschen Verordnung, wenn z.B. Effektivität, Kontraindikationen, Wechselwirkungen nicht beachtet werden sowie in einer (formal) inkorrekten Verordnung, wenn die Verordnung unleserlich, uneindeutig oder nicht vollständig ist. Eine formal inkorrekte Verordnung kann dazu führen, dass die Therapie in der Folge nicht richtig umgesetzt wird.</li> <li>- Arzneimittellogistik im Krankenhaus (III) Die Arzneimittellogistik im Krankenhaus muss sicherstellen, dass das gewünschte Arzneimittel zur richtigen Zeit beim richtigen Pati-</li> </ul>
--	--

	<p>enten vor Ort ist. Dazu zählt sowohl die Logistik in der Krankenhausapotheke als auch die Verteilung der Arzneimittel auf Station. Risiken in diesem Prozessschritt liegen in einer fehlerhaften oder zu späten Bereitstellung der Arzneimittel am Patientenbett.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zubereitung und Verabreichung (IV) Die Zubereitung und Verabreichung auf Station ist der letzte Schritt mit dem das Arzneimittel den Patienten erreicht. Risiken in diesem Prozessschritt liegen in einer fehlerhaften Zubereitung (z.B. falsche Konzentration) oder in einer fehlerhaften Verabreichung am Patienten, z.B. weil der falsche Applikationsweg oder die falsche Technik gewählt wurde.</li> <li>- Entlassung (V) Bei Entlassung wurden durch den Rahmenvertrag Entlassmanagement Mindestanforderungen zur Weitergabe von Informationen (Medikationsübersicht im Arztbrief, Medikationsplan für den Patienten) und zur Arzneimittelversorgung bei Versorgungslücken (Rezeptanschreibung, Mitgabe) definiert.</li> </ul> <p><b>Hinweis:</b> Die Kurzbeschreibungen zu den o.g. Prozessschritten sind von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen. Die aus den jeweiligen Abschnitten der Auswahlliste „Arzneimitteltherapiesicherheit“ ausgewählten Instrumente und Maßnahmen inklusive der verpflichtend anzugebenden Zusatzangaben sind entsprechend zuzuordnen.</p>
--	---

### A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

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

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

Beispiel:

<b>Nr.</b>	<b>Vorhandene Geräte</b> (X = Zusatzangabe verpflichtend)	<b>Umgangssprachliche Bezeichnung</b>	<b>Zusatzangabe: 24 Stunden-Notfallverfügbarkeit</b>	<b>Kommentar</b>
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	<b>Ja/Nein</b>	
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)

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

Auswahloptionen:

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

Ärztliche Leitung

Auswahloptionen:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

Besteht die ärztliche Leitung aus mehr als einer Person können jeweils maximal zwei Personen angegeben werden. Die Stellvertretung ist nicht anzugeben.

### **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 § 135c SGB V hält.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Vereinbarung geschlossen

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

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

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

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

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

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

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

### **B-[X].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 in Kapitel A-7 für das gesamte Krankenhaus dargestellt wurden. Das bedeutet, die Elemente der Barrierefreiheit, die schon in Kapitel A-7 angegeben werden, dürfen nicht in Kapitel B-[X].4 wiederholt werden.



Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

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

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

Angegeben werden müssen:

- a) Vollstationäre Fallzahl
- b) Teilstationäre Fallzahl

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

#### **Zählung der voll- und teilstationären Fälle:**

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

Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres zählt jede abgerechnete vollstationäre DRG-Fallpauschale im Jahr der Entlassung als ein Fall. Bei der Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Krankenhaus ist hier jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird. Bei internen Verlegungen in verschiedene Organisationseinheiten/Fachabteilungen bzw. der bei der Teilnahme an der medizinischen Versorgung durch nicht-bettenführende Abteilungen wird der Fall derjenigen Fachabteilung zugeordnet, aus der der Patient oder die Patientin nach extern entlassen/verlegt wird.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche im Anwendungsbereich der BpflV, die nicht das PEPP-System nach § 17d KHG, sondern die BpflV mit Stand vom 31. Dezember 2012 (BpflV alte Fassung) anwenden, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BpflV alte Fassung). Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die das PEPP-System anwenden, richtet sich die Fallzählung nach § 1 Absatz 5 der Vereinbarung über die PEPPV des jeweiligen Berichtsjahres.

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

### **B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD**

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

Alle ICD-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind vierstellig (z. B. G20.2) und mit Fallzahl (Zahl >0) anzugeben. Es ist die jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche ICD-10-GM-Version zu verwenden. In Ausnahmefällen kann für die Abbildung von Überliegern die amtliche ICD-10-GM-Version des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.

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

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

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

Es ist der jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche OPS-Katalog zu verwenden. In Ausnahmefällen kann für die Abbildung von Überliegern der amtliche OPS-Katalog des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.

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

Es werden nur die OPS-Ziffern der voll- und teilstationären Fälle berücksichtigt, die auch in Kapitel A-10 gezählt werden. OPS-Ziffern, die im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen erfasst wurden, sind hier nicht anzugeben. Verbringungsleistungen sind nicht vom beauftragenden Krankenhaus darzustellen, da sie nicht von diesem unmittelbar durchgeführt wurden. Im Qualitätsbericht des beauftragten Krankenhauses hingegen können sie an entsprechender Stelle aufgenommen werden.

### **B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten**

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

Abweichend davon sind die angebotenen Leistungen für die Ambulanzart AM06 „Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V“ und AM17 „Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V“ aus dem entsprechenden Abschnitt der Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ zu Kapitel B-[X].8 in Anhang 2 auszuwählen und mit den jeweiligen Nummern anzugeben.

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

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

Beispiel:

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

## Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

	satz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)		...	...	
...	...	...	...	...	

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

Beispiele für die Ambulanzart AM06 und AM17:

Nummer	Art der Ambulanz	Bezeichnung	Nr. der Leistung	Angebotene Leistungen	Kommentar
AM06	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	Angebote zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt)	LK01	CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	
			...	...	
AM17	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	Beteiligung an einem Team zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (neu)	LK29	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	

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

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

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

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

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

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

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja ist anzugeben, ob

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

**B-[X].11 Personelle Ausstattung**

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

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

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

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

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

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

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

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

### **B-[X].11.1    Ärzte und Ärztinnen**

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

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

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

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

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

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

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

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

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

Beispiele:

- 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 Kapitel A-11.2 Pflegepersonal in Kapitel A-

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

11.2 Pflegepersonal „Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind“ zu erfassen. Die Gesamtzahl der pflegerischen Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl der pflegerischen Vollkräfte aller Organisationseinheiten/Fachabteilungen (Kapitel B-[X].11.2) addiert mit der Anzahl pflegerischer Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen.

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

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

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

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

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

Bei der Darstellung des Pflegepersonals ist nur das in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen eingesetzte Pflegepersonal, d. h. nicht die Mitglieder der Pflegedienstleitung, der Verwaltung, des Qualitätsmanagements oder der innerbetrieblichen Krankentransporte zu berücksichtigen. Bei einer interdisziplinär belegten Station, d. h. einer Station, auf der Patienten oder Patientinnen mehrerer Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen liegen (z. B. interdisziplinäre Intensivstation) und die nicht als eigene Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird, erfolgt die Darstellung des Personals anteilmäßig bezogen auf die jeweilige Organisationseinheit bzw. Fachabteilung. Pflegerisches Personal, das in der direkten Patientenversorgung tätig ist, jedoch in keiner eigenen Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird (z. B. „OP-Personal“ oder „Personal der Radiologie“), kann einer passenden Fachabteilung zugeordnet oder in Kapitel A-11.2 eingetragen werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen.



### **Pflegerische Fachexpertise der Abteilung**

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

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

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

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

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

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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 Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V**

Hinweis:

Die Übermittlung der Angaben zu C-1.1[Y] und zu C-1.2[Z] für die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Anhangs 3 erfolgt direkt durch die nach QSKH-RL und plan. QI-RL auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen. Hierzu stellen sie den Krankenhäusern die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (gemäß QSKH-RL) bzw. nach Abschluss des Stimmungsnahmeverfahrens (gemäß plan. QI-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 datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung ab.

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

Nur die Krankenhäuser selbst können die notwendigen Korrekturen vornehmen.

Der zeitliche Ablauf dieses Verfahrens wird in Form eines Zeitstrahls auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://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 Anforderungen zum Datenschutz sind erfüllt, wenn die „Grundgesamtheit/Fallzahl“ oder „beobachtete Ereignisse/beobachtet“ zwischen 1 und einschließlich 3 liegen.

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

Die Übermittlung der Daten zu 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.

#### **C-1.1.1 Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten**

Folgende Anforderungen sind zu beachten:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

- 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.

### **C-1.1.2 Übermittlung der Daten**

Die Daten werden wie folgt übermittelt:

- Die Daten sind gemäß „Aufstellung der Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll)“ gemäß § 23 Absatz 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) (Meldung zur Sollstatistik) für bundesweit verpflichtende Leistungsbereiche des jeweiligen Berichtsjahres zu übermitteln. Für Leistungsbereiche, für die in der Sollstatistik aufgrund von Überliegern zwei Fallzahlen angegeben werden, ist die Summe aus beiden zu bilden und anzugeben.
- „Leistungsbereich“: Hier sind das Kürzel und die Bezeichnung der Leistungsbereiche aus der Tabelle in Anhang 1 Ziffer 9.1 zu übernehmen.
- „Fallzahl“: Hier ist die Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll) anzugeben. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.
- „Dokumentationsrate“: Hier ist die Dokumentationsrate im Leistungsbereich in Prozent (%) anzugeben. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Dokumentationsrate nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen. Aufgrund der Systematik des Verfahrens können Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden.
- „Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses“: Hier ist, soweit vorhanden, der Kommentar des Krankenhauses anzugeben. Die Angaben sind auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

### **C-1.1.3 Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen 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“.
2. Für die Leistungsbereiche der Hüft- und Kniegelenksendoprothetik (HEP, KEP) erfolgt eine weitere Differenzierung der Fallzahlen (Soll) für Erstimplantationen („HEP IMP“, „KEP IMP“) und Wechseleingriffe („HEP WE“, „KEP WE“).

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

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

### **C-1.2.[Z] Ergebnisse der Qualitätssicherung**

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

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

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

#### **C-1.2.1 Übermittlungswege**

Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen gemäß QSKH-RL werden die Ergebnisse der Leistungsbereiche der direkten Verfahren durch die auf Bundesebene beauftragte Stelle und die Ergebnisse der Leistungsbereiche der indirekten Verfahren durch die auf Landesebene beauftragte Stelle übermittelt.

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

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

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

### **C-1.2.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Sofern den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen Daten zu den im Anhang 3 aufgeführten Leistungsbereichen der verpflichtend zu übermittelnden Qualitätsindikatoren und Kennzahlen (Tabelle A) vorliegen, sind die Ergebnisse der entsprechenden Indikatoren und Kennzahlen 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 bzw. zu einer bestimmten Kennzahl, erfolgt für diesen Qualitätsindikator bzw. Kennzahl keine Angabe zu „Rechnerisches Ergebnis“, „Vertrauensbereich (Krankenhaus)“, „Entwicklung Rechnerisches Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr“, „beobachtete Ereignisse/beobachtet“, „erwartete Ereignisse/erwartet“, „Grundgesamtheit/Fallzahl“.
- Für jedes Krankenhaus mit nur einem Standort wird ein Ergebnis je Qualitätsindikator bzw. Kennzahl übermittelt, das anzugeben ist.
- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, für den die Auswertung vorgenommen wurde.
- Liegen für ein Krankenhaus oder einen Krankenhausstandort mehrere Ergebnisse je Qualitätsindikator bzw. je Kennzahl vor (z. B. beim Vorhandensein verschiedener Fachabteilungen/Organisationseinheiten mit eigener Auswertung), ist das entsprechende Ergebnis unter der Auflistung der Auswertungseinheiten anzugeben. Für die Auswertungseinheiten ist eine fortlaufende Nummerierung und eindeutige Benennung anzugeben.
- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte werden im Gesamtbericht die Auswertungen der einzelnen Standorte als Auswertungseinheit aufgeführt.

Die Übermittlung der Ergebnisse der Qualitätssicherungsverfahren erfolgt gemäß Anhang 1. Es werden folgende Parameter dargestellt:

#### **Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

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

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

„Fachlicher Hinweis des IQTIG“: Hier ist die Angabe „Fachlicher Hinweis des IQTIG“ aus dem Bericht „Öffentliche Berichterstattung von Ergebnissen der externen stationären Qualitätssicherung in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser“ des Institutes nach § 137a SGB V anzugeben. Dieser wird von dem Institut nach § 137a SGB V jährlich zum 31. März für das Berichtsjahr dem G-BA vorgelegt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**Nur für Qualitätsindikatoren:**

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

„Entwicklung Rechnerisches Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr“: Hier ist anzugeben, ob sich das Ergebnis statistisch signifikant gegenüber dem Ergebnis des vorherigen Berichtsjahres „verbessert“ oder „verschlechtert“ hat, ob es „unverändert“ oder „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ ist. Ein statistisch signifikanter Unterschied liegt vor, wenn sich die Vertrauensbereiche der jeweiligen Ergebnisse nicht überschneiden. Zur Berechnung der Vertrauensbereiche sind die bundeseinheitlichen Rechenregeln gemäß § 8 QSKH-RL 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 und Kennzahlen“ (dort im Anhang „Historie der Qualitätsindikatoren“) unter <https://www.iqtig.org> als „eingeschränkt vergleichbar“ mit dem Vorjahr eingestuft ist. Für den Vorjahresvergleich der Indikatoren gemäß plan. QI-RL ist sicherzustellen, dass den auf Bundes- und auf Landesebene beauftragten Stellen die jeweiligen Vorjahresdaten zur Verfügung stehen.

„Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“: Hier ist die Bewertung des Strukturierten Dialogs gemäß QSKH-RL bzw. des Stellungnahmeverfahrens gemäß plan. QI-RL ebenso wie die nicht vorgesehene Bewertung (Kategorie N) verpflichtend darzustellen. Aus der folgenden Liste sind die zutreffenden Kombinationen aus der Kategorie der Einstufung und aus der Begründung einzutragen (z. B. Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig – Besondere klinische Situation -> U31)

Kategorie	Einstufung	Ziffer	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 Strukturiertes 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/Stellungnahmeverfahren 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)

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

		34	Ausnahmetatbestände erklären statistisch auffälliges Ergebnis bei einem planungsrelevanten Qualitätsindikator
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		43	Unzureichende Qualität bei einem planungsrelevanten Qualitätsindikator
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige 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/des Stellungnahmeverfahrens im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht „verbessert“, „unverändert“, „verschlechtert“ oder „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ ist. Für den Vorjahresvergleich der Qualitätsindikatoren gemäß plan. QI-RL ist sicherzustellen, dass den auf Bundes- und auf Landesebene beauftragten Stellen die jeweiligen Vorjahresdaten zur Verfügung stehen.

Die Einordnung erfolgt auf Basis folgender Matrix:

Bewertung Erfassungsjahr gemäß QSKH-RL und gemäß plan. QI-RL								
Kategorien		N	R	H	U	A	D	S
Bewer-	N	eingeschränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/nicht vergleichbar

## Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

<b>R</b>	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
<b>H</b>	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
<b>U</b>	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
<b>A</b>	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	verbessert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	verbessert	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
<b>D</b>	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	verbessert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
<b>S</b>	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar

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

„Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen“: Hier ist die über die „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“ hinausgehende Kommentierung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zum Ergebnis des Strukturier-ten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen. Hier ist einer der Kommentare gemäß § 11 Absatz 9 der plan. QI-RL einzufügen.

Die Angaben zu

- Leistungsbereich-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs,
- Ergebnis-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl,
- Art des Wertes,

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

- Bezug zum Verfahren,
- Ergebnis mit Bezug zu Infektionen,
- Fachlicher Hinweis des IQTIG,
- Einheit,
- Bundesergebnis,
- Vertrauensbereich (Bundesergebnis) und
- Referenzbereich

finden sich auf der Internetseite des Instituts nach § 137a SGB V, [www.iqtig.org](http://www.iqtig.org).

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

Informationen zur Zuordnung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu den unter C-1.1 darzustellenden Leistungsbereichen finden Sie in der Tabelle D in Anhang 3.

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3

Tabelle D: siehe Anhang 3

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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:

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

Werden Ergebnisse von Qualitätssicherungsmaßnahmen angegeben, ist das Zustandekommen der Ergebnisse verständlich und kurz zu erläutern (gegebenenfalls 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 Qualitäts-indikatoren-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 § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

### **C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr**

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

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Mindestmenge</b>
Lebertransplantation	20
Nierentransplantation	25
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

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

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

Krankenhäuser, die mindestmengenrelevante Leistungen erbringen, geben für diese Leistungsbereiche die jeweils im Berichtsjahr tatsächlich erbrachte Menge an. Bei Unterschreitung der Mindestmenge ist die jeweilige [GKV-SV/PatV: begründende] Ausnahme aus der Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Ausnahmen“ (C-5) auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zusätzlich ist dazu anzugeben, seit wann diese Ausnahmetatbestände bestehen. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

#### C-5.2 Prognose-Ergebnisse gemäß § 4 der Mindestmengenregelungen für das Berichtsjahr plus zwei Jahre

Für alle Leistungsbereiche gemäß Mm-R nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sind ab dem Kalenderjahr 2019 die Prognose-Ergebnisse gemäß § 4 Mm-R [GKV-SV/PatV: in einem gesonderten Berichtsteil] zu veröffentlichen. Ziel ist, prospektiv darüber zu informieren, ob ein Krankenhaus an seinem Standort / an seinen Standorten zur Erbringung von mindestmengenpflichtigen Leistungen berechtigt ist.

Abweichend von den anderen Kapiteln des Qualitätsberichts werden hierzu Daten erfasst, die sich nicht auf das Berichtsjahr beziehen, sondern den Zeitraum „Berichtsjahr plus zwei Jahre“ betreffen.

DKG	GKV-SV/PatV
[streichen]	Aus diesem Grund ist eine separate XML-Datei zu erstellen und gemäß Dateinamenskennung zu benennen. Diese Daten sind von den veröffentlichenden Stellen nach § 9 Qb-R sowie vom G-BA im Rahmen der standortbezogenen Aufbereitung der Daten für die Referenzdatenbank speziell zu kennzeichnen, um sicherzustellen, dass die unterschiedlichen zeitlichen Bezugsgrößen (Berichtsjahr nach Qb-R bzw. Prognosejahr nach Mm-R) eindeutig voneinander abgegrenzt werden können.

<b>DKG</b>	<b>GKV-SV/PatV</b>
Zu jedem Leistungsbereich in C-5.1 sind folgende Angaben zu machen:	Zu jedem Leistungsbereich sind standortbezogen folgende Angaben zu machen:

<b>DKG</b>	<b>GKV-SV/PatV</b>
<i>[streichen]</i>	<p>C-5.2.1 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Im vorausgegangenen Kalenderjahr erreichte Leistungsmenge</li> <li>- Anzahl der an der Erbringung der Leistung beteiligten erste Operateure</li> <li>- in den letzten vier Quartalen vor der Prognoseermittlung erreichte Leistungsmenge</li> <li>- Anzahl der an der Erbringung der Leistung beteiligten erste Operateure</li> </ul> <p>Hinweis: für die „Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ und „Stammzelltransplantation“ sind die an der Erbringung der Leistung beteiligten Fachärzte und Fachärztinnen <b>nicht</b> anzugeben</p>

<b>DKG</b>	<b>GKV-SV/PatV</b>
<i>[streichen]</i>	Bleiben die Leistungsmengen (Prognosedarlegungen) unter der jeweils gültigen Mindestmenge sind zusätzlich folgende Angaben zu machen:



	C-5.2.2 Angaben zu den Prüfungen der Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zur Bewertung der Prognosedarlegung (§ 5 Mm-R):
--	--

<b>DKG</b>	<b>GKV-SV/PatV</b>
<p>Ergebnis der Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen:</p> <p>Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt.</p> <p>Auswahloptionen: ja; nein; Ergebnis der Prüfung liegt zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor (z.B. aufgrund eines laufenden Widerspruchsverfahrens).</p> <p>Wird „nein“ angegeben, ist zusätzlich folgende Angabe zu machen:</p>	<p>a. Ergebnis der Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen:</p> <p>Der Krankenhausstandort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt.</p> <p>Auswahloptionen: ja; nein; Ergebnis der Prüfung liegt zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch nicht vor (z.B. aufgrund eines laufenden Widerspruchsverfahrens).</p>
	<p>b. Bei der Prognose wurden folgende Kriterien (§ 4 Mm-R) berücksichtigt:</p> <p>Auswahloptionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- personelle Veränderungen</li> <li>- strukturelle Veränderungen</li> <li>- weitere Umstände</li> </ul> <p>Hinweis: Zu jeder Auswahloption können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind auf 300 Zeichen begrenzt. Wird die Auswahloption „weitere Umstände“ angegeben, ist der Kommentar verpflichtend.</p> <p>c. Bei der Bestätigung der Prognose wurde der Ausnahmetatbestand „erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 7 Mm-R) zu Grunde gelegt.</p> <p>Auswahloptionen: ja; nein</p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

	Wird unter a. „nein“ angegeben, ist zusätzlich folgende Angabe zu machen:
	d.

**C-5.2.3 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden**

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V) erteilt.

Auswahloptionen: ja; nein

<b>DKG</b>	<b>GKV-SV/PatV</b>
<i>[streichen]</i>	<p>Für jeden Leistungsbereich ist das Ergebnis der Prognosedarlegung anzugeben.</p> <p>C-5.2.4 Ergebnis:</p> <p>Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt.</p> <p>Auswahloptionen: ja; nein; Rechtstreit anhängig</p> <p>Alle Angaben aus dem Kapitel C-5.2 werden unverzüglich nach Lieferung der Berichtsteile durch die Krankenhäuser und Bereitstellung der Daten durch die Annahmestelle vom G-BA aus den entsprechenden XML-Datensätzen extrahiert und zu einer maschinenlesbaren Gesamtliste konsolidiert. Die Inhalte werden spätestens bis zum 15.01. des Prognosejahres standortbezogen, d.h. unter Nennung des Standortnamens und des zugehörigen Standort-Kennzeichens auf den Internetseiten des G-BA veröffentlicht.</p>

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V darzustellen. Die Einhaltung der in den Richtlinien vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität ist Voraussetzung für die Erbringung bestimmter Leistungen.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

Die Angaben sind stichtagsbezogen, d.h. zum 31. Dezember des Berichtsjahres zu machen. Werden Beschlüsse umgesetzt, so sind aus der Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V“ (C-6) die entsprechenden Nummern auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Bei Angaben zu Maßnahmen zu Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen ist dabei die vorgehaltene Versorgungsstufe zu berücksichtigen.

Wird die Auswahl CQ05 oder CQ06 getroffen, ist automatisch jeweils zusätzlich der Hinweis: „Weiterführende standortbezogene Informationen unter: [www.perinatalzentren.org](http://www.perinatalzentren.org)“ darzustellen.

Darüber hinaus sind für die Perinatalzentren Level 1 und Level 2 jeweils für die Berichtsjahre 2017, 2018 und 2019 Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL zu machen:

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

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

„Der ‚klärende Dialog‘ ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Zentren, die nach dem 01.01.2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die Personalausstattung in der Pflege (Pflegeschlüssel), die zur Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g notwendig sind, noch nicht vollumfänglich erreicht haben.“

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

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V darzustellen. Stichtag ist der 31. Dezember des Berichtsjahres.

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

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

Anzugeben ist die Anzahl der 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](http://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.	<b>Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)</b>	.....Personen
1.1	- <b>Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt</b>	.....Personen
1.1.1	- <b>Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben</b>	.....Personen

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018

**Anhänge**

Anhang 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018

Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2018

Anhang 3: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2018

Anhang 4: Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2018

## Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahllisten für das Berichtsjahr 2018

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

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

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

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

Num-mer	Leistungsangebot	Zusatzangaben (verpflichtend)	Kommentar/ Erläuterung
	Patientenzimmer		

NM02	Ein-Bett-Zimmer		z. B. Anzahl
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		z. B. Anzahl
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		z. B. Anzahl
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		z. B. Anzahl
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		z. B. Anzahl
<b>Ausstattung der Patientenzimmer</b>			
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag	z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag	z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag	z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag/pro Minute ins deutsche Festnetz/bei eintreffenden Anrufen	z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer		
<b>Besondere Ausstattung des Krankenhauses</b>			
NM48	Geldautomat		
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde/Tag	z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben
NM36	Schwimmbad/Bewegungsbad		
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		
<b>Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder</b>			
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung		
NM63	Schule im Krankenhaus		
NM64	Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z. B. Internet		
NM50	Kinderbetreuung		z. B. Alter der Kinder, Öffnungszeiten, Link zur Internetseite mit aktuellen Angaben
<b>Individuelle Hilfs- und Serviceangebote</b>			
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		z. B. Link zur Internetseite
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Art der besonderen Ernährungsgewohnheit (z. B. vegane Küche)	z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche
NM42	Seelsorge		
NM67	Andachtsraum		
NM68	Abschiedsraum		



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

Nummer	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar/Erläuterung
<b>Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen</b>		
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	
<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen</b>		
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches	
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	
<b>Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit</b>		
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin	
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE	
<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</b>		
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	
<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße</b>		
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	
<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien</b>		
BF23	Allergenarme Zimmer	
BF24	Diätetische Angebote	
<b>Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung</b>		
BF25	Dolmetscherdienst	<i>z. B. Türkisch</i>
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	<i>z. B. Russisch, Englisch</i>
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	<i>z. B. Niederländisch, Polnisch</i>
BF30	Mehrsprachige Internetseite	<i>z. B. Französisch, Dänisch</i>
BF31	Mehrsprachiges Orientierungssystem (Ausschilderung) im Krankenhaus	
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden	<i>z. B. Raum der Stille</i>

<b>Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit</b>		
BF27	Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für „Barrierefreiheit“	Name(n), Telefon, E-Mail
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit	

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

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

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

<b>Num-mer</b>	<b>Ausbildung in anderen Heilberufen</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
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	
HB18	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	

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

Nummer	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 Tanzpädagogin/Gymnastik- und Tanzpädagogin	
SP08	Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerin	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagogin	
SP39	Heilpraktiker und Heilpraktikerin	
SP30	Hörgeräteakustiker und Hörgeräteakustikerin	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	
SP57	Klinische Neuropsychologin und Klinische Neuropsychologin	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin	
SP14	Logopäde und Logopädin/Klinische Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	<i>z. B. für Babymassage</i>
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-Psychologin und Diplom-Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagogin und 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	
SP60	Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	
SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	
SP58	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)	
SP59	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	

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

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name letzte Aktualisierung (Datum)
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/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> (Mehrfachangaben möglich): - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel - Andere: (Freitext maximal 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 einrichtungswinterne Fehlermeldesystems“ (Kapitel A-12.2.3.1)

Num- mer	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“ (Kapitel A-12.2.3.2)**

Nummer	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, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF07	CIRS Urologie (Berufsverband der Urologen, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF08	CIRS Notfallmedizin (Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin, Klinikum Kempten)	
EF09	Coliquio (kooperatives Forschungsprojekt der Hochschule Konstanz)	
EF10	CIRS der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)	
EF11	CIRS der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)	
EF12	„Jeder Fehler zählt“ (Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt)	
EF13	DokuPIK (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus beim Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker [ADKA])	
EF14	CIRS Health Care	
EF15	PaSIS (Patientensicherheits- und Informationssystem des Universitätsklinikums Tübingen)	
EF16	CIRS-Pädiatrie (Bundesverband Kinder- und Jugendärzte, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)	
EF17	DGHO-CIRS (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie)	
EF00	Sonstiges	<i>(Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)</i>

**Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (Kapitel A-12.3.2.6)**

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	Link angeben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<u>Auswahloptionen/Module:</u> - AMBU-KISS - CDAD-KISS - HAND-KISS - ITS-KISS

		-MRSA-KISS -NEO-KISS -ONKO-KISS -OP-KISS -STATIONS-KISS -SARI (Mehrfachangaben möglich)
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Auswahloptionen: -Teilnahme (ohne Zertifikat) -Zertifikat Bronze -Zertifikat Silber -Zertifikat Gold
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

**[DKG: Auswahlliste „Arzneimitteltherapiesicherheit“ (Kapitel A-12.5.3)**

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
AM01	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess	Teil der QM/RM-Dokumentation (gem. RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP
AM02	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Auswahloptionen: -Dokumentation in einem Fehlermanagementsystem  -Fallbesprechungen  -andere Maßnahme (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)  (Mehrfachangaben möglich)]

**[GKV-SV: Auswahlliste „Arzneimitteltherapiesicherheit“ (Kapitel A-12.5.6)**

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
<b>Aufnahme ins Krankenhaus (I)</b>		
	SOP zur Arzneimittelanamnese (z.B. berücksichtigte Quellen)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)  oder

		Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
	Es erfolgt eine zentrale Arzneimittelanamnese	Antwortoptionen: ja; nein  Wenn ja; eingebundene Berufsgruppen (Freitextangabe, max. 200 Zeichen)
	SOP zum systematischen Abgleich der vorstationären Medikation eines Patienten mit der stationären Arzneimittelverordnung sowie zur Klärung und Lösung etwaiger Abweichungen. Ziel ist die Vermeidung von Medikationsfehlern wie z.B. Auslassung, Doppelverordnung oder Dosisfehler (Medication Reconciliation).	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)  oder  Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
	SOP zur Umstellung der Arzneimitteltherapie auf die im Krankenhaus verfügbaren Arzneimittel (Hausliste)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)  oder  Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese- Prozesses	System etabliert seit (Datum)  oder  Umsetzung geplant bis (Datum)
<b>Verordnungsprozess im Krankenhaus (II)</b>		
	SOP zur guten Verordnungspraxis	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)  oder  Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
	Bereitstellung von elektronischen Arzneimittelinformationssystemen zur richtigen Verordnung	Etabliert seit (Datum)  oder  Umsetzung geplant bis (Datum)
	Einsatz einer elektronischen Verordnungsoberfläche mit Entscheidungsunterstützung im Rahmen des Krankenhausinformationssystems (KIS)	Etabliert seit (Datum)  oder  Umsetzung geplant bis (Datum)
	Einsatz von Maßnahmen zur Regulierung und Steuerung der Arzneimitteltherapie	Auswahloptionen: – Sonderrezepte für bestimmte Antibiotika nach Antibiotic Stewardship Leitlinien – Sonstiges (Freitextangabe, max. 500 Zeichen)
	Durchführung spezieller Therapievisiten	Themen: Auswahloptionen:



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antibiotic Stewardship (interdisziplinäre Beratung zum sicheren Einsatz von Antiinfektiva)</li> <li>- Sonstiges: (Freitextangabe, max. 500 Zeichen)</li> </ul> <p>Beteiligte Berufsgruppe(n):                  Auswahloptionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apotheker;</li> <li>- klinische Pharmakologen;</li> <li>- Mikrobiologen;</li> <li>- Sonstige: (Freitextangabe, max. 200 Zeichen)</li> </ul>
<b>Arzneittellogistik (III)</b>		
	SOP zum Richten von Arzneimitteln auf Station	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)  oder  Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
	Bereitstellung der Infrastruktur zum sicheren Stellen von Arzneimitteln auf Station	Auswahloptionen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spezielles Richtzimmer;</li> <li>- Warnwesten;</li> <li>- „Nicht-stören-Hinweise“;</li> <li>- speziell abgegrenzter Raum;</li> <li>- Spezielle Beleuchtung</li> <li>- Sonstiges: (Freitextangabe, max. 500 Zeichen)</li> </ul>
	Konzepte zum Umgang mit bzw. zur Vermeidung von Medikamentenverwechslungen	
	Einsatz von einzelverpackten Arzneiformen	Anteil der Arzneimittel auf der Hausliste, die als einzelverpackte Arzneiformen eingesetzt werden in Prozent
	Versorgung der Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (Unit-Dose-System)	
<b>Zubereitung und Verabreichung (IV)</b>		
	SOP zur Zubereitung und Verabreichung von Arzneimitteln auf der Station	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)  oder  Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln auf der Station	Auswahloptionen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur</li> </ul>

		Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung – Zubereitung durch pharmazeutisch-technische Assistenten – Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen; – Sonstiges: (Freitextangabe, max. 500 Zeichen)
	Konzept zur Umsetzung des Vier-Augen-Prinzips	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)  oder  Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
	Konzepte zur Vermeidung von Patientenverwechslungen	Auswahloptionen: – RM 16 (Übernahme der Antwort aus der Auswahlliste A 12.2.3) – Sonstiges: (Freitextangabe, max. 500 Zeichen)
	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
<b>Entlassung (V)</b>		
	SOP zur Sicherstellung der Medikation bei Entlassung (Wesentliche Inhalte: Umsetzung von Therapieempfehlungen, Medikationspläne, Regelungen zur Arzneimittel-Mitgabe und zu Entlassrezepten)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)  oder  Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
	Spezielle Schulung von Patienten zur Entlassmedikation]	

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

Nummer	Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzangabe: 24 Stunden-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA (X)	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja/Nein	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X)	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja/Nein	

AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja/Nein	
AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja/Nein	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer 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-Steinerstörung		
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	Röntgengerät 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 Wasserstoff-Ionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens		
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten		zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung		
AA69	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja/Nein	
AA70	Behandlungsplatz für mechanische	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja/Nein	

	Thrombektomie bei Schlaganfall (X)			
--	------------------------------------	--	--	--

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

Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde	Kommentar/Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	<i>z. B. auch Hornhauttransplantation</i>
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	<i>z. B. Behandlung von Gefäßverschlüssen (Rheologie), Diagnostik und Therapie der Frühgeborenenretinopathie</i>
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	<i>z. B. intravitreale Injektionen</i>
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	<i>z. B. auch refraktive Chirurgie</i>
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	<i>z. B. Sehschule</i>
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation	
VA13	Anpassung von Sehhilfen	
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen	
VA15	Plastische Chirurgie	
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA17	Spezialsprechstunde	
VA18	Laserchirurgie des Auges	
VA00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie	Kommentar/Erläuterung
	<b>Herzchirurgie</b>	
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	Defibrillatöreingriffe	
VC07	Herztransplantation	
VC08	Lungenembolektomie	
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen	
VC10	Eingriffe am Perikard	<i>z. B. bei Panzerherz</i>
	<b>Thoraxchirurgie</b>	
VC11	Lungenchirurgie	
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen	
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	

VC59	Mediastinoskopie	
	<b>Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie</b>	
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	
	<b>Unfall- und Wiederherstellungschirurgie</b>	
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	
	<b>Neurochirurgie</b>	
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis)	
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen	<i>z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome</i>
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	<i>z. B. Vertebroplastie</i>
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark	
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	

VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	<i>z. B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronische Wirbelsäulenschmerzen</i>
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte "Funktionelle Neurochirurgie")	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC70	Kinderneurochirurgie	
	<b>Allgemein</b>	
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“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	<i>z. B. Photodynamische Tumorthherapie</i>
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen	
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	<i>z. B. Schweiß- und Talgdrüsenenerkrankungen</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“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
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-, Vaginakarzinom</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“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
	<b>Ohr</b>	
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	
	<b>Nase</b>	
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	
	<b>Mund/Hals</b>	
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	
	<b>Onkologie</b>	
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
	<b>Rekonstruktive Chirurgie</b>	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
	<b>Allgemein</b>	
VH23	Spezialsprechstunde	
VH26	Laserchirurgie	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	

VH00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin	Kommentar/Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	<i>z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)</i>
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	<i>z. B. Diabetes, Schilddrüse</i>
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	<i>z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs</i>
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI21	Betreuung von 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“)	



Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie	Kommentar/Erläuterung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von 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“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie	Kommentar/Erläuterung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO17	Rheumachirurgie	

VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VO21	Traumatologie	
VO00	(„Sonstiges“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
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-Trakts	
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen	
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien	<i>z. B. Ullrich-Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Marfan-Syndrom)</i>
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen	
VK25	Neugeborenencreening	<i>z. B. Hypothyreose, Adrenogenitales Syndrom (AGS)</i>
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VK28	Pädiatrische Psychologie	
VK29	Spezialsprechstunde	
VK30	Immunologie	
VK31	Kinderchirurgie	
VK32	Kindertraumatologie	
VK33	Mukoviszidosezentrum	
VK34	Neuropädiatrie	

VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum	
VK36	Neonatologie	
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen	
VK00	(„Sonstiges“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
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“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
	<b>Ultraschalluntersuchungen</b>	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
	<b>Projektionsradiographie</b>	
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>
	<b>Computertomographie (CT)</b>	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR13	Elektronenstrahltomographie (EBT)	
	<b>Optische Verfahren</b>	
VR14	Optische laserbasierte Verfahren	
	<b>Darstellung des Gefäßsystems</b>	
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR17	Lymphographie	
	<b>Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren</b>	

VR18	Szintigraphie	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
	<b>Magnetresonanztomographie (MRT)</b>	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
	<b>Andere bildgebende Verfahren</b>	
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
	<b>Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren</b>	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
	<b>Strahlentherapie</b>	
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	
	<b>Nuklearmedizinische Therapie</b>	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	
VR39	Radiojodtherapie	
	<b>Allgemein</b>	
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“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie und Nephrologie</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
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“)	
<b>Num-mer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
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“)	
<b>Num-mer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
VX00	(„Sonstiges“)	

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

<b>Num-mer</b>	<b>Art der Ambulanz</b> (Mehrfachnennungen möglich)
AM01	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
AM03	Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
AM06	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
AM17	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
AM07	Privatambulanz
AM08	Notfallambulanz (24 Stunden)
AM09	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
AM12	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V
AM13	Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge)

AM14	Ambulanz im Rahmen von DMP
AM15	Belegarztpraxis am Krankenhaus
AM16	Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
AM18	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V

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

Nummer	Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der Fassung vom 15. Dezember 2011	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 (mit Ablauf 29.06.2018 keine Anwendung mehr in ABK-RL)	
LK14	Anlage 2 Nr. 12	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit pulmonaler Hypertonie	
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_2	Anlage 3 Nr. 1	2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax	
LK15_3	Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren	
LK15_4	Anlage 3 Nr. 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren	
LK15_5	Anlage 3 Nr. 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	
LK15_6	Anlage 3 Nr. 1	6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren	
LK15_7	Anlage 3 Nr. 1	7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren	
LK15_8	Anlage 3 Nr. 1	8. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren	
LK15_9	Anlage 3 Nr. 1	9. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren	
LK15_10	Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung	
LK15_11	Anlage 3 Nr. 1	11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen	
LK16	Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von 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 bis 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	
<b>Nummer</b>	<b>Nr. der Anlage zur Richtlinie über die</b>	<b>Angebotene Leistungen</b>	<b>Kommentar/ Erläuterung</b>

	<b>ambulante spezialfach ärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 17. Mai 2018</b>		
LK29	Anlage 1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	
LK30	Anlage 2 a	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	
LK 31	Anlage 2 k	Marfan-Syndrom	
LK32	Anlage 2 l	pulmonale Hypertonie	
LK33	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	
LK34	Anlage 2 b	Mukoviszidose	
LK35	Anlage 1.1 b	Rheumatologische Erkrankungen	
LK36	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	
LK37	Anlage 2 h	Morbus Wilson	
LK38	Anlage 2 o	ausgewählte seltene Lebererkrankungen	

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

<b>Num- mer</b>	<b>Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)</b>	<b>Kommentar/Erläuterung (z. B. Weiterbildungsbefugnisse)</b>
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ01	Anästhesiologie	
AQ02	Anatomie	
AQ03	Arbeitsmedizin	
AQ04	Augenheilkunde	
AQ05	Biochemie	
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	
AQ07	Gefäßchirurgie	
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten	
AQ08	Herzchirurgie	
AQ21	Humangenetik	
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin	
AQ23	Innere Medizin	
AQ24	Innere Medizin und Angiologie	
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	



AQ29	Innere Medizin und Nephrologie	
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie	
AQ31	Innere Medizin und Rheumatologie	
AQ65	Kieferorthopädie	
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	
AQ33	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie	
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie	
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie	
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
AQ09	Kinderchirurgie	
AQ47	Klinische Pharmakologie	
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
AQ41	Neurochirurgie	
AQ42	Neurologie	
AQ43	Neuropathologie	
AQ44	Nuklearmedizin	
AQ45	Öffentliches Gesundheitswesen	
AQ66	Oralchirurgie	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
AQ46	Pathologie	
AQ48	Pharmakologie und Toxikologie	
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	
AQ60	Urologie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
AQ64	Zahnmedizin	
<b>Nummer</b>	<b>Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
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“ (Kapitel B-[X].11.2)

Nummer	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterung
PQ01	Bachelor	<i>z. B. Pflegemanagement, Pflegepädagogik</i>
PQ02	Diplom	<i>z. B. Pflegewissenschaften</i>
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ05	Leitung einer Station / eines Bereiches	
PQ06	Master	<i>z. B. Pflegemanagement, Pflegepädagogik</i>
PQ11	Pflege in der Nephrologie	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
PQ08	Pflege im Operationsdienst	
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ12	Notfallpflege	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ15	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	
PQ16	Familienhebamme	
PQ17	Pflege in der Rehabilitation	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	

PQ19	Gemeindekrankenpflege/Ambulante Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ21	Casemanagement	<i>z. B Weiterbildung nach DGCC</i>
PQ22	Intermediate Care Pflege	
<b>Nummer</b>	<b>Zusatzqualifikation</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	<i>z. B. Diabetesberatung</i>
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	<i>z. B. Überleitungspflege</i>
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatric	<i>z. B. Zercur</i>
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	<i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse</i>
ZP22	Atmungstherapie	
ZP23	Breast Care Nurse	
ZP24	Deeskalationstraining	<i>z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie</i>
ZP25	Gerontopsychiatrie	
ZP26	Epilepsieberatung	
ZP27	OP-Koordination	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	<i>z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)</i>
ZP29	Stroke Unit Care	
ZP30	Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP)	
ZP31	Pflegeexperte Neurologie	<i>z. B. Parkinson Nurse</i>
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	<i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP32	Gefäßassistent und Gefäßassistentin DGG®	

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

Bundesland	Leistungsbereich	Zusatzangaben
Baden-Württemberg	Schlaganfall: Akutbehandlung	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	MRE	Auswahloptionen:

		Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Bayern	Schlaganfall	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Hamburg	Anästhesiologie	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Neurologisch- neurochirurgische Frührehabilitation	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Hessen	Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	MRE	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: Akutbehandlung	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil

		Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Cholezystektomie	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Rheinland-Pfalz	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum

#### Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Ausnahmen“ (Kapitel C-5)

Nummer	Ausnahmen	Kommentar/Erläuterung
MM01	Notfälle, keine planbaren Leistungen	
MM04	Votum der Landesbehörde wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung	
MM05	Keine Ausnahme	
MM06	Erstmalige Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung	
MM07	Erneute Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung nach mindestens 24-monatiger Unterbrechung	

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

Nummer	Beschluss	Kommentar/Erläuterung
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchortenaneurysma	
CQ02	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten	
CQ03	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde	
CQ04	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Protonentherapie in Krankenhäusern bei der Indikation Rektumkarzinom	
CQ05	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1	

CQ06	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 2	
CQ07	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinataler Schwerpunkt	
CQ08	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	
CQ09	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und periosstgedeckter 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	
CQ18	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie	
CQ19	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patienten und Patientinnen mit inoperablem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) der UICC Stadien I bis III	
CQ21	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit Ösophaguskarzinom	
CQ22	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei interstitieller Low-Dose-Rate-Brachytherapie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms	
CQ23	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie und akuter myeloischer Leukämie bei Erwachsenen	
CQ24	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom	
CQ25	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser	

# Tragende Gründe



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anpassungen für das Berichtsjahr 2018**

Vom 20. Dezember 2018

### **Inhalt**

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage .....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>2</b>
	<b>Anlage 1 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines Strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018) .....</b>	<b>2</b>
	<b>Anhang 2 zu Anlage 1 (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2018) .....</b>	<b>11</b>
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung .....</b>	<b>12</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>13</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>13</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation.....</b>	<b>14</b>

## 1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 136b Abs. 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 Abs. 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 wird neben einer Anpassung in der Anlagenübersicht der Qb-R die Anlage 1 und der Anhang 2 zur Anlage 1 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) für das Berichtsjahr 2018 neu gefasst. Die nachfolgenden Tragenden Gründe erläutern solche Änderungen, die gegenüber der Anlage 1 und des Anhangs 2 zur Anlage 1 Qb-R für das Berichtsjahr 2017 bestehen. Die Begründungen für die übrigen – gleichbleibenden – Passagen sind den Tragenden Gründen des G-BA zu den bisherigen Änderungen der Qb-R 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/list/%2Finformationen%2Fbeschluesse%2Fzur-richtlinie%2F39%2Fmit%2F10%2Fals%2FGbaWebsiteBundle%3ABeschluss%3AAjaxListInRichtlinie.html.twig%2F/listContext/beschluesse>.

### Zu den Regelungen im Einzelnen:

Neben den für das Berichtsjahr 2018 erforderlichen redaktionellen Anpassungen der Verweise wurden folgende Änderungen vorgenommen:

### Anlage 1 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines Strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018)

#### ***Kapitel A-12 „Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung“***

##### ***A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)***

DKG	GKV-SV
Im Kapitel A-12 werden die Themen zusammengefasst, die den Umgang von Krankenhäusern mit Risiken in der Patientenversorgung betreffen bzw. die sich u.a. mit dem Qualitäts- und Risikomanagement befassen, worin die Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) einen Anwendungsbereich darstellt. Bereits vorhandene Informationen im Qualitätsbericht zur AMTS wurden bislang nicht in einem Kapitel zusammengefasst. Die Grundlage für die Aufnahme weiterer Informationen zur AMTS und zur	Im Kapitel 12 werden die Themen zusammengefasst, die speziell Aussagen zur „Sicherheitskultur“ eines Krankenhauses machen. Bislang fehlen die Informationen für den Patienten, die sich speziell mit dem Aspekt der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) befassen. Konkrete Grundlage für die nun für das Berichtsjahr 2018 vorgenommene Einführung dieser Inhalte bildet § 136b Abs. 6 Satz 6 SGB V.



<p>Zusammenfassung der Informationen in einem neuen Kapitel findet sich in § 136b Abs. 6 Satz 6 SGB V. Hier definiert der Gesetzgeber neben weiteren Themen auch die AMTS als besonders patientenrelevant. Angesichts der inhaltlichen Ausgestaltung wurde auf etablierte Festlegungen, z.B. der Koordinierungsgruppe AMTS beim BMG für den Aktionsplan AMTS, abgestellt.</p> <p>Die Darstellung von Informationen zur AMTS im neu eingeführten Kapitel A-12.5 folgt der grundsätzlichen Struktur des Kapitels A-12.1. (Qualitätsmanagement) bzw. A-12.2. (Risikomanagement). Es finden sich Informationen zum verantwortlichen Gremium in Bezug auf die AMTS, zum pharmazeutischen Personal sowie zu klassischen Maßnahmen des Qualitäts- bzw. Risikomanagements zur Verringerung arzneimittelbezogener Risiken in der Patientenversorgung.</p> <p>Dabei ist zu berücksichtigen, dass bislang kaum etablierte Standards oder gesetzliche Vorgaben zur AMTS vorliegen. Gleichzeitig muss AMTS, aufgrund der hohen Variabilität des zu behandelnden Patientenkollektivs, der Behandlungspfade, der technischen Ausstattung und der logistischen Infrastruktur von Krankenhäusern, naturgemäß krankenhauses-individuell umgesetzt werden. Aus diesen Gründen wurde der Fokus im ersten Schritt, der Zusammenfassung bereits vorhandener und der Aufnahme neuer Informationen zur AMTS, auf Informationen mit der bestmöglichen Evidenz gelegt, die sich aus den originären Prinzipien des Qualitätsmanagements ergeben. Ziel ist es, bereits etablierte, krankenhauses-individuelle Maßnahmen zur AMTS nicht durch Überfrachtung oder Fehlanreize zu gefährden. Leistungserbringer könnten sonst eigene Systeme aufgeben, um diejenigen umzusetzen, über die im Qualitätsbericht berichtet werden muss. Dies kann ohne etablierte Standards oder gesetzliche Grundlagen jedoch nicht zielführend sein.</p> <p>Um die Variabilität angemessen abbilden zu können, sind die aufgeführten Instrumente und Maßnahmen mit Zusatzangaben zu konkretisieren und können bei Bedarf kommentiert werden.</p>	<p>Die AMTS ist eines der zentralen Themen der Patientensicherheit, was beispielsweise daran erkennbar ist, dass sie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als eine der größten Herausforderungen der Patientensicherheit sieht und die AMTS unter dem Titel „Medication Without Harm“ in der „Third Global Patient Safety Challenge“ angeht (<a href="http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/">http://www.who.int/patientsafety/medication-safety/medication-without-harm-brochure/en/</a>). Auch auf nationaler Ebene gibt es entsprechende Initiativen. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) befasst sich bereits seit einigen Jahren in einer speziellen, interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe „Arzneimitteltherapiesicherheit“ mit dem Thema und hat entsprechende Handlungsempfehlungen herausgegeben (APS e.V., Handlungsempfehlungen Arzneimitteltherapiesicherheit im Krankenhaus, Berlin 2014), die bei der Erarbeitung dieses Kapitels ebenfalls einbezogen wurden.</p> <p>Die Darstellung des Themas folgt der grundsätzlichen Struktur des Gesamtkapitels 12 des Qualitätsberichts und greift wo möglich und sinnvoll auf bereits angegebene Informationen zurück. Im ersten Abschnitt des Kapitels 12.5 in der Anlage 1 sind zunächst verantwortliche Personen und Gremien für die lokale, krankenhauses-individuelle Befassung mit der AMTS sowie übergeordnete Maßnahmen wie die Schulung von Mitarbeitern und Maßnahmen zur Patienteninformation zu benennen. Im Anschluss folgt eine am Behandlungsprozess orientierte Darstellung relevanter versorgungs-, patienten- bzw. arzneimittelbezogener Maßnahmen und Instrumente zur Reduktion von Risiken im Medikationsprozess. Hierbei handelt es sich um eine Auswahl von typischen AMTS-Maßnahmen, die international etabliert und wissenschaftlich positiv evaluiert sind bzw. als „Best Practice“ zum Thema AMTS diskutiert werden. Die in einer entsprechenden Auswahlliste in Anhang 2 konkretisierten Methoden und Instrumente orientieren sich an einschlägigen nationalen und internationalen Empfehlungen von Fachgesellschaften, einige sind zum</p>
--	---

<p>Grundsätzlich ist AMTS sektorenübergreifend zu adressieren. Eine überproportionale Ausrichtung auf den stationären Sektor bei den Dokumentationspflichten zu AMTS-Aspekten ist ohne vergleichbares gleichzeitiges Vorgehen im ambulanten Bereich nicht zielführend.</p>	<p>Beispiel auch in den deutschen Aktionsplänen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit enthalten (z. B. <a href="https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Aktionsplan_AMTS_2016-2019.pdf">https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Arzneimittelversorgung/Aktionsplan_AMTS_2016-2019.pdf</a>). Sie reichen von einfachen organisatorischen Maßnahmen bis zu elaborierten digitalen Anwendungen. Die große Heterogenität liegt insbesondere darin begründet, dass der erfolgreiche Einsatz von Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit eine Krankenhaus-individuelle Auswahl und sorgfältige Anpassung an die jeweiligen Rahmenbedingungen voraussetzt. Daraus resultiert eine hohe Variabilität in und zwischen einzelnen Krankenhäusern, die sich durch das Patientenkollektiv, die Behandlungspfade, die technische Ausstattung und die logistische Infrastruktur der Arzneimittelversorgung ergeben.</p> <p>Das heißt, die hinterlegte Auswahl an Methoden und Instrumenten ist keine zur Umsetzung verbindlich vorgesehene „Checkliste“, sondern lediglich eine Hilfestellung zur einfachen und bürokratiearmen Darstellung von jeweils individuell umgesetzten Maßnahmen. Um diese angemessen abzubilden, sind sie teilweise mit obligatorischen Zusatzangaben zu konkretisieren und können bei Bedarf kommentiert werden. Da nicht in jedem Krankenhaus jede der angegebenen Maßnahmen erforderlich und sinnvoll ist, andererseits aber zahlreiche weitere Maßnahmen existieren, die individuell erforderlich sein und von den Krankenhäusern auch im Qualitätsbericht dargelegt werden können, sind im Sinne eines „lernenden Systems“ dazu Freitextfelder vorgesehen, in die individuelle Vorgehensweisen oder Strukturen eingetragen werden können. Zur Vermeidung von Redundanzen wurden die Auswahllisten aus den anderen Unterkapiteln mit denen zur AMTS abgeglichen. In der Auswahlliste 12.2.3 ist deshalb die Nummer RM 11 zu streichen.</p> <p>Der gesamte Medikationsprozess kann auf verschiedene Arten dargestellt und</p>
--	--

	<p>systematisiert werden. Hier folgt die Darstellung bewusst dem Behandlungsprozess („von der Aufnahme bis zur Entlassung“), d.h. einem Ablauf, der dem Patienten und seinen Angehörigen unmittelbar geläufig ist. Damit kann der Medikationsprozess in einer für Patienten ohne Vorkenntnisse zu diesem komplexen Themenfeld eingängigen und verständlichen Weise nachvollzogen und dargestellt werden. Dabei werden die besonderen Risiken der einzelnen Prozessschritte kurz erläutert, um den dann aus der Auswahlliste 12.5.X auszuwählenden Maßnahmen und Instrumenten den notwendigen Kontext zu geben und es dem Leser zu ermöglichen einzuschätzen, wie konkret das Krankenhaus am jeweiligen Standort den Risiken der Arzneimittelversorgung begegnet. Diese Kontexthinweise sind auch von den veröffentlichenden Stellen darzustellen – hierzu erfolgt eine automatische Übernahme der Texte in die XML-Struktur des Berichts.</p>
--	---

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

Durch die Änderung der Abfragefolge können neben den Chefärzten und Chefärztinnen nun auch Belegärzte und Belegärztinnen als ärztliche Leitung einer Organisationseinheit/Fachabteilung angegeben werden. Zur Abbildung von Strukturen mit „doppelten“ oder auf gleicher Ebene „geteilten“ Leitungsfunktionen können bis zu zwei Personen angegeben werden.

Stellvertretungen sind explizit nicht anzugeben.

#### ***Kapitel B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD***

Zur Sicherstellung einer einheitlichen und nachvollziehbaren Darstellung der Hauptdiagnosen nach ICD-10 wird vorgegeben, dass alle Hauptdiagnosen mit der jeweiligen Fallzahl in absteigender Häufigkeit anzugeben sind.

#### ***Kapitel B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS***

Zur Sicherstellung einer einheitlichen und nachvollziehbaren Darstellung der OPS-Ziffern wird vorgegeben, dass alle OPS-Ziffern mit der jeweiligen Fallzahl in absteigender Häufigkeit anzugeben sind.

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

Es wurden Änderungen vorgenommen, die sich aus dem IQTIG-Bericht „Umsetzung des Konzeptes zu veröffentlichungspflichtigen Kennzahlen“ (Kennzahlenkonzept) vom 22. März 2018 ergeben. Dieses Konzept sieht eine Umsetzung in drei Stufen vor. Bei der Umsetzungsstufe 1 (Berichtsjahr 2017) handelte es sich um eine Interimslösung, die keine Anpassung der Anlage 1 erforderte. Im Berichtsjahr 2018 wird die Stufe 2 des Konzepts umgesetzt. In dieser Stufe wird die Darstellung von Transparenzkennzahlen und verfahrensspezifischen Kennzahlen ermöglicht.

Die Umsetzung der dritten und letzten Stufe des Kennzahlenkonzeptes ist für das Berichtsjahr 2020 vorgesehen.

DKG	GKV-SV
<p>Gemäß den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG sind Qualitätsindikatoren, die keinen Referenzbereich aufweisen, nicht zur Bewertung der Versorgungsqualität geeignet und erfüllen demnach nicht die methodischen Anforderungen, um in den Qualitätsberichten veröffentlicht zu werden. Diese Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich werden als Kennzahlen bezeichnet. Um die Informationen, die in den Kennzahlen enthalten sind, der Öffentlichkeit über die Qualitätsberichte dennoch zur Kenntnis geben zu können, wurden bislang auch weiterhin Kennzahlen veröffentlicht. Mit dem Berichtsjahr 2018 werden auf Grundlage des IQTIG-Kennzahlenkonzeptes erstmals Qualitätsindikatoren und Kennzahlen in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser differenziert dargestellt.</p> <p>Die Umsetzung des Kennzahlenkonzeptes bedurfte zunächst einer Prüfung im Kapitel C-1, welche Angaben sich auf Qualitätsindikatoren und Kennzahlen beziehen. Nachfolgend wurde das Wort „Kennzahl(en)“ an den entsprechenden Stellen ergänzt. Zudem wurden zwei neue Parameter aufgenommen, welche verpflichtend für Ergebnisse aus Qualitätssicherungsverfahren angegeben werden müssen:</p>	<p>Hintergrund für die Erarbeitung des Kennzahlenkonzeptes war, dass in den „Methodischen Grundlagen“ des IQTIG eine differenzierte Definition des Konstruktes Qualitätsindikator vorgenommen wurde.</p> <p>Qualitätsindikatoren bestehen danach immer aus drei Komponenten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Einem konkreten Ziel für die Versorgungsqualität</li> <li>- Einem spezifischen Dokumentations- und Messverfahren für das Qualitätsmerkmal</li> <li>- Einem Bewertungskonzept, das die Zielerreichung bewertet und einen Handlungsanschluss bietet.</li> </ul> <p>In Folge dieser Definition wurden bisherige Qualitätsindikatoren ohne Referenzbereich aus dem Status „Qualitätsindikator“ herausgenommen, da sie keine (Be)wertung der Ergebnisse zulassen. Diese QS-Ergebnisse ohne Referenzbereich und somit ohne qualitative Bewertung, werden als Kennzahlen bezeichnet.</p> <p>Für Kennzahlen war jedoch zu diesem Zeitpunkt keine Veröffentlichung in den strukturierten Qualitätsberichten vorgesehen.</p> <p>Um weiterhin relevante Informationen, die in den Kennzahlen enthalten sind, der Öffentlichkeit zur Kenntnis geben zu können, wurde das IQTIG am 20. Juli 2017 durch das Plenum des G-BA beauftragt zu prüfen,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. welche Kennzahlen aus den indikatorgestützten Verfahren zur Veröffentlichung im Qualitätsbericht geeignet sind</li> <li>2. mit welchen zusätzlichen Informationen, fachlichen Hinweisen oder Bewertungen diese zu ergänzen sind, und</li> <li>3. wie sie – insbesondere in Bezug auf die dazugehörigen Qualitätsindikatoren – darzustellen sind und wie sie ggf. die Information der Qualitätsindikatoren ergänzen können.</li> </ol> <p>Diese Fragestellungen hat das IQTIG mit dem Kennzahlenkonzept beantwortet.</p> <p>Mit dem Berichtsjahr 2018 werden auf Grundlage dieses Konzeptes in den strukturierten Qualitätsberichten der</p>

	<p>Krankenhäuser erstmals Qualitätsindikatoren und Kennzahlen differenziert dargestellt.</p> <p>Dies bedurfte zunächst einer Prüfung im Kapitel C-1, welche Angaben sich auf Qualitätsindikatoren und Kennzahlen beziehen. Nachfolgend wurde das Wort „Kennzahl(en)“ an den entsprechenden Stellen ergänzt. Zudem wurden, der Empfehlung des Kennzahlenkonzeptes folgend, zwei neue Parameter aufgenommen, welche verpflichtend für Qualitätsergebnisse angegeben werden müssen:</p>
--	--

- Der Parameter „Art des Wertes“ ermöglicht es, zwischen Qualitätsindikatoren und Kennzahlen zu unterscheiden.
- Der Parameter „Bezug zum Verfahren“ zeigt an, auf Grundlage welcher Richtlinie oder Regelung des G-BA das Qualitätsergebnis ermittelt wurde.

Beide o. g. Parameter werden zudem in die Tabellen des Anhangs 3 der Anlage 1 aufgenommen.

Weiterhin erfolgte eine Unterteilung der verpflichtend anzugebenden Parameter in „Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ und „Nur für Qualitätsindikatoren“. Grund hierfür ist, dass einzelne Parameter aus methodischen bzw. systematischen Gründen für Kennzahlen nicht angegeben werden können bzw. eine Angabe nicht notwendig ist.

D. h. für Kennzahlen nicht anzugeben sind Parameter, welche im Zusammenhang mit der qualitativen Bewertung des rechnerischen Ergebnisses im Rahmen des strukturierten Dialoges bzw. des Stellungnahmeverfahrens stehen. Im Einzelnen betrifft dies die folgenden Parameter:

- Referenzbereich
- Entwicklung rechnerisches Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr
- Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr
- Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr
- Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen (Hier besteht für die beauftragten Stellen die Möglichkeit eine Kommentierung zum Ergebnis des strukturierten Dialoges vorzunehmen).

Die Umsetzung der zweiten Stufe des Kennzahlenkonzeptes erfordert auch strukturelle Anpassungen im Anhang 1 der Anlage 1 (Datensatzbeschreibung).

### **Kapitel C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz1 Nummer 2 SGB V**

Ab dem Berichtsjahr 2018 erfolgt die Berichterstattung über die Mindestmenge für zwei Zeiträume: zum einen wird weiterhin retrospektiv über die Erfüllung der Mindestmenge im Berichtsjahr berichtet. Zusätzlich soll prospektiv über die Berechtigung zur Leistungserbringung im sogenannten „Prognosejahr“ informiert werden. Dies macht eine entsprechende Untergliederung des Abschnitts C-5 in C-5.1 „Umsetzung der Mindestmengenregelung im Berichtsjahr“ und C-5.2 „Darstellung der Prognose-Ergebnisse gemäß § 4 der Mindestmengenregelung für das Berichtsjahr plus zwei Jahre“ [hier: Kalenderjahr 2020] erforderlich.

Mit den Mindestmengenregelungen soll durch den Ausschluss von Gelegenheitsversorgung die Patientensicherheit verbessert und das Behandlungsrisiko gesenkt werden. Hierzu wurden

mit Beschluss vom 17. Mai 2018 die Mindestmengenregelungen des G-BA (Mm-R) grundlegend überarbeitet. Eine wesentliche Neuerung betrifft die sogenannte Prognosedarlegung der Krankenhäuser auf deren Basis zukünftig prospektiv, d. h. mit Blick auf das jeweils folgende Kalenderjahr (Prognosejahr), festgestellt wird, ob ein Krankenhausstandort zur Erbringung einer

<b>DKG</b>	<b>GKV-SV</b>
mindestmengenpflichtigen Leistung	Mindestmengen-Leistung

berechtigt ist. Diese Information soll Patientinnen und Patienten und zuweisenden Ärztinnen und Ärzten [DKG: adressatengerecht und] aktuell zur Verfügung gestellt werden, so dass eine Auswahlentscheidung bzw. Empfehlung eines Krankenhauses sinnvoll daran orientiert werden kann.

Hierzu lässt sich das Qb-Verfahren zur Datenübermittlung nutzen, um die Ergebnisse der Prognoseermittlung rechtzeitig für anstehende Auswahlentscheidungen zu veröffentlichen.

<b>DKG</b>	<b>GKV-SV/PatV</b>
Um über die Ergebnisse der Prognoseprüfung in den strukturierten Qualitätsberichten der Krankenhäuser berichten zu können, werden abweichend von den anderen Inhalten des Qualitätsberichts ab dem Berichtsjahr 2018 Daten erfasst, die sich nicht retrospektiv auf das Berichtsjahr beziehen, sondern den Zeitraum „Berichtsjahr plus zwei Jahre“ betreffen.	<p>Der konkrete Auftrag, die Mindestmengenprognose-Ergebnisse (bei Bedarf auch in einem vom bisherigen Standard abweichenden Format) im Qualitätsbericht abzubilden ergibt sich aus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- der expliziten Formulierung im § 136b Absatz 6 Satz 1 SGB V sowie</li> <li>- dem Auftrag, „Informationen zur Patientensicherheit“ darzustellen (§ 136b Absatz 6 Satz 6 SGB V).</li> </ul> <p>Abweichend von den anderen Inhalten des Qualitätsberichts werden ab dem Berichtsjahr 2018 Daten erfasst, die sich nicht retrospektiv auf das Berichtsjahr beziehen, sondern den Zeitraum „Berichtsjahr plus zwei Jahre“ betreffen. Aus diesem Grund ist von den Krankenhäusern eine separate XML-Datei zu erstellen und an die Annahmestelle zu übermitteln. Diese Daten sind dann von den veröffentlichenden Stellen nach § 9 Qb-R sowie vom G-BA im Rahmen der standortbezogenen Aufbereitung der Daten für die Referenzdatenbank speziell zu kennzeichnen und aufzubereiten, um sicherzustellen, dass die unterschiedlichen zeitlichen Bezugsgrößen (Berichtsjahr nach Qb-R [hier: 2018] bzw. Prognosejahr nach Mm-R [hier: 2020]) bei der Veröffentlichung eindeutig voneinander abgegrenzt werden können.</p>
Für den jeweiligen Krankenhausstandort, an dem mindestmengenpflichtige Leistungen gemäß Mm-R erbracht werden, ist verpflichtend darzustellen, ob er im	Für den jeweiligen Krankenhausstandort, an dem Mindestmengen-Leistungen erbracht werden, ist verpflichtend darzustellen, ob er im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt ist. Dies ergibt sich aus dem

<p>Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt ist.</p>	<p>Erreichen oder Überschreiten der hierzu notwendigen Leistungsmenge des Jahres vor dem Prognosejahr (Zeitraum nach § 4 Absatz 2 Satz 1 Mm-R) bzw. der vier letzten Quartale vor der Prognosedarlegung (Zeitraum nach § 4 Absatz 2 Satz 2 Mm-R). D.h. für das Prognosejahr 2020 werden die Daten aus dem Kalenderjahr 2018 herangezogen. Dieses entspricht dem Berichtsjahr 2018 gemäß Qb-R. D.h. es ist sicherzustellen, dass die IST-Daten, die im Kapitel C-5.1 erfasst werden mit denen übereinstimmen, die als Grundlage für die Prognose im Kapitel C-5.2 anzugeben sind. Die Doppelnennung ist erforderlich, um die unabhängige Veröffentlichung der Daten aus C-5.2 sicherzustellen.</p> <p>Die Daten sollten durch die Erfassungssysteme für die Qualitätsberichte automatisch übernommen werden, so dass es keinen zusätzlichen Aufwand für die Krankenhäuser gibt und Übertragungsfehler vermieden werden.</p> <p>Neben den Leistungsmengen wird auch die Anzahl der an der Erbringung der Leistung beteiligten ersten Operateure abgefragt. Dies dient der Information der Öffentlichkeit und erlaubt dabei gleichzeitig, Daten zu generieren, die für die gesetzlich geforderte Weiterentwicklung der Mindestmengen notwendig sind, derzeit aber nicht vorliegen und nur durch die Etablierung eigenständiger Datenerhebungsverfahren zu generieren wären:</p> <p>Gemäß § 136b Abs. 3 Satz 3 SGB V soll der G-BA möglichst zeitnah mit Festlegung einer neuen Mindestmenge eine wissenschaftliche Begleitevaluation beauftragen. Gemäß § 19 Abs. 1 Nr. 2 und 3 im Kapitel 8 des 2. Abschnittes der VerFO des G-BA dient die Evaluation u. a. der Darlegung der erzielten Versorgungsvor- und Nachteile und der Empfehlung von ggf. notwendigem Anpassungsbedarf.</p> <p>Teil dieser Auswirkungsanalyse ist auch die Überprüfung des mit der Höhe der Mindestmenge festgelegten Bezugspunktes. Bisher wurden Mindestmengen ausschließlich für den Bezugspunkt "Standort eines Krankenhauses" festgelegt. § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ermöglicht jedoch weitere Bezugspunkte: "je Arzt" oder "je Arzt und Standort eines Krankenhauses". Um hier eine Evaluation vornehmen und ggf.</p>
---	--

	<p>notwendigen Anpassungsbedarf erkennen zu können, fehlen bisher arztbezogene Fallzahlen. Diese sind – im Gegensatz zu Standort-bezogenen Fallzahlen – nicht aus den Daten nach § 21 KHEntgG ermittelbar. Aus diesem Grund ist der G-BA verpflichtet, die zur Erfüllung seines gesetzlichen Auftrages erforderliche Datengrundlage im Rahmen der MM-R selbst zu generieren und kann dies durch Nutzung des Verfahrens der Qb-R aufwandsarm realisieren.</p> <p>Im Interesse der Datensparsamkeit ist eine auf Mindestmengenleistungen beschränkte Selbstauskunft der Krankenhäuser das gebotene Instrument.</p>
<p>Darüber hinaus ist anzugeben, ob eine Sondergenehmigung der jeweiligen Landesbehörde zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V) vorliegt.</p>	<p>Wird die Leistungsmenge nicht erreicht und ist der Krankenhausstandort dennoch zu Erbringung der Leistung berechtigt, ist zusätzlich darüber zu informieren, wie der Entscheidungsprozess hierzu gemäß Mm-R verlaufen ist. D. h. es ist anzugeben, welche Kriterien die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen zur Bewertung der Prognosedarlegung herangezogen haben, welche Ausnahmetatbestände geltend gemacht wurden, oder aber, ob eine Sondergenehmigung der jeweiligen Landesbehörde vorliegt. Die entsprechenden Parameter werden gemäß den Vorgaben der Mm-R dargestellt. Diese Informationen sind für anstehende Auswahlentscheidungen relevant, da es aus Sicht des Patienten durchaus einen Unterschied machen könnte, ob eine Einrichtung aufgrund eines Ausnahmetatbestandes die Leistung erbringen darf, oder ob sie tatsächlich die geforderten Leistungsmengen erreicht.</p>
<p>Um den Zugriff für die Bevölkerung auf diese Informationen zu ermöglichen, werden die Angaben in den standortbezogenen Qualitätsberichten der Krankenhäuser veröffentlicht.</p>	<p>Um den Zugriff für Patienten und Ärzte auf diese Informationen aktuell, unmittelbar und über alle Krankenhäuser zu ermöglichen, werden die Angaben, nach standortbezogener Bereitstellung der Daten durch die Annahmestelle vom G-BA aus den XML-Datensätzen extrahiert und zu einer standortübergreifenden, sortier- und durchsuchbaren, maschinenlesbaren Gesamtliste konsolidiert. Diese wird gesondert auf den Internetseiten des G-BA, z. B. im Kontext der Referenzdatenbank veröffentlicht. Auf diese Weise steht die Information der interessierten Öffentlichkeit (Patienten und Patientinnen ebenso wie</p>



	niedergelassene Ärzte und Ärztinnen) spätestens zum 15. Januar des jeweiligen Prognosejahres [hier: 2020] zur Verfügung. Damit können Patienten und empfehlende Ärzte bereits zum Jahresbeginn 2020 direkt auf eine verbindliche Liste von Krankenhausstandorten zugreifen, an denen eine mindestmengen-pflichtige Leistung erbracht wird, ohne in einzelnen Standortberichten nach dieser Information suchen zu müssen. D. h. die Aktualität dieses Berichtsteils und damit sein Nutzen für eine anstehende Auswahlentscheidung wird durch die Erzeugung einer übergreifenden Liste erheblich verbessert.
Durch die Übermittlung der Prognoseergebnisse gemäß Mm-R im Rahmen des Verfahrens zum Qualitätsbericht soll der zusätzliche Mehraufwand der Krankenhäuser reduziert werden.	Durch die Übermittlung der Daten im Rahmen des Lieferverfahrens des Qualitätsberichts kann darüber hinaus die Entwicklung und Etablierung eines eigenständigen Datenflusses im Rahmen der Mm-R entfallen. Dieser würde notwendig, da die vollständigen Informationen aus dem Gesamtprozess der Prognoseermittlung einschließlich potenzieller Sondergenehmigungen der Landesbehörden ausschließlich bei den Krankenhäusern vorliegen. Durch die Integration in den Qb-Prozess lässt sich der Aufwand bei den Krankenhäusern substanziell reduzieren, da es sich hier um bewährte Routinen handelt und nur wenige Daten zu erfassen sind.

## Anhang 2 zu Anlage 1 (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2018)

### ***[DKG: Auswahlliste „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen“ (Kapitel A 12.2.3)***

Zur Vermeidung von inhaltlichen Doppelungen mit der neueingeführten Auswahlliste Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) (Kapitel A-12.5) wird „RM11 Standards zur sicheren Medikamentenvergabe“ gestrichen.

### ***Auswahlliste Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) (Kapitel A-12.5)***

Die Einfügung dieser Auswahlliste wird mit Einführung des Themas im Kapitel A-12 notwendig. Dort werden Maßnahmen und Instrumente zur Minimierung der Risiken im Rahmen der Arzneimittelversorgung zur individuellen Auswahl angeboten.

Inhaltliche Doppelungen mit anderen Auswahllisten oder Regelungsbereichen sollen hierbei ausgeschlossen werden, bevor neue Inhalte ungeprüft aufgenommen werden. Dies folgt der Vorgabe des Gesetzgebers nach Datensparsamkeit.

Auch für die Aussagekraft der Angaben, ist eine ausreichende Abgrenzung von themenverwandten Inhalten des strukturierten Qualitätsberichts eine notwendige Voraussetzung.

Nicht gefordert werden sollen Informationen, die in der Begriffsbestimmung unklar sind, weil sie beispielsweise noch nicht etabliert oder definiert sind. Gleiches gilt insbesondere für die

notwendigen Strukturvoraussetzungen und die Details von Arbeitsprozessen im Bereich der AMTS.

Priorisiert wurde die Aufnahme von Angaben zur AMTS, die durch Krankenhäuser operationalisierbar und patientenorientiert erscheinen. Perspektivisch sollte der Patientenbedarf in Bezug auf AMTS-Aspekte genauer geklärt werden.]

Die **Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ (Kapitel B-[X].8)** wurde an die Änderungen in der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) und der Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V (ABK-RL) angepasst. Die Bestimmungen zur „Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Tuberkulose“ (Anlage 3 Nr. 13 ABK-RL) finden auf Grund der dreijährigen Übergangsfrist gemäß § 116b Abs. 8 Satz 2 SGB V keine Anwendung mehr in der ABK-RL und wurden aus der o. g. Auswahlliste entfernt. Überdies findet auch die „Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle“ mit Ablauf des 25. Juli 2017 keine Anwendung mehr in der ABK-RL, so dass nicht mehr die gesamte Nr. 1 der Anlage 3 ABK-RL in die Auswahlliste aufzunehmen ist, sondern lediglich die Tumorgruppen 2 bis 11. In der Auswahlliste zur ASV-RL wurden auf Grund von Änderungen an der ASV-RL vier Leistungen ergänzt (Anlage 1.1 b „Rheumatologische Erkrankungen“, Anlage 1.1 b „onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 3: urologische Tumoren“, Anlage 2 h „Morbus Wilson“, Anlage 2 o „ausgewählte seltene Lebererkrankungen“).

Die **Auswahlliste „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht“ (Kapitel C-2)** wurde auf der Grundlage von geänderten Vorgaben in einzelnen Bundesländern angepasst.

Die **Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Ausnahmen“ (Kapitel C-5)** wurde auf Grund der am 17. November 2017 beschlossenen Änderung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) angepasst. Mit dieser Änderung wurde die bisherige Anlage 2 der Mm-R (Allgemeine Ausnahmetatbestände gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V) aufgehoben und deren Inhalte modifiziert in den Normtext selbst aufgenommen. Der Ausnahmetatbestand der nachgewiesenen, hohen Qualität gemäß § 136b Absatz 3 Satz 1 SGB V wurde für das Berichtsjahr 2018 noch nicht aufgenommen, da bislang keine vom G-BA zu bestimmenden Qualitätsanforderungen und Bewertungskriterien gemäß § 6 Mm-R vorliegen.

In der **Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V“ (Kapitel C-6)** wurden folgende Änderungen vorgenommen:

- Aktualisierung der gesetzlichen Grundlage zu den „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V“ (CQ 08)
- Anpassung des Titels „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie“ (CQ 18) gemäß Beschluss vom 15. Februar 2015
- Ergänzung der „Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom“, die am 19. Januar 2017 vom G-BA beschlossen worden sind (CQ 24)
- Ergänzung der „Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser“ (CQ 25)

### 3. Bürokratiekostenermittlung

*Alternative Textbausteine:*

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

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

#### **4.      Verfahrensablauf**

Am 12. Juni 2018 begann die AG Qualitätsbericht mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss beraten.

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

#### **Stellungnahmeverfahren**

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

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 5. September 2018 wurde das Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte ihre Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor (**Anlage 3**). Die eingereichte Stellungnahme befindet sich in **Anlage 4**. Sie ist mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 4** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am 16. Oktober 2018 vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 7. November 2018 durchgeführt (Anlage 4).

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde mit Schreiben vom T. Monat JJJJ zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 4**).

#### **5.      Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 20. Dezember 2018 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht mit/mit.

Die Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V tragen den Beschluss nicht mit/mit.

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

**6. Zusammenfassende Dokumentation**

- Anlage 1: Bürokratiekostenermittlung
- Anlage 2: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser sowie versandte Tragende Gründe
- Anlage 3: Stellungnahme der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
- Anlage 4: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 20. Dezember 2018

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) 997799-1303  
**TELEFAX** (0228) 997799-5550  
**E-MAIL** referat13@bfdi.bund.de

**BEARBEITET VON** Christian Heinick  
**INTERNET** www.datenschutz.bund.de

**DATUM** Bonn, 02.10.2018  
**GESCHÄFTSZ.** 13-315/072#0941

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

**BETREFF** **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - Änderungen der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser - Anpassungen für das Berichtsjahr 2018**

**BEZUG** Ihr Schreiben vom 06.09.2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Absatz 5a SGB V danke ich Ihnen.

Zu diesem Beschlussentwurf gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Heinick

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