

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anpassungen für das Berichtsjahr 2019 und Außerkraftsetzung der Anlage 1 und ihrer Anhänge sowie der Anlage 2 für das Berichtsjahr 2017

Vom 19. Dezember 2019

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Zu den Regelungen im Einzelnen	2
2.1.1	Anlage 1 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019).....	2
C-8.....		4
2.1.2	Anlage 2	8
3.	Bürokratiekostenermittlung	8
4.	Verfahrensablauf	8
5.	Fazit	8
Anlage 1	Bürokratiekostenermittlung	10

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 werden die Anlage 1 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) und die Anlage 2 der Qb-R für das Berichtsjahr 2019 eingefügt. Die nachfolgenden Tragenden Gründe erläutern solche Änderungen, die gegenüber der Anlage 1 und der Anlage 2 Qb-R für das Berichtsjahr 2018 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/richtlinien/39/>.

Überdies werden mit diesem Beschluss aus Gründen der Rechtsbereinigung die berichtsjahresspezifischen Anlagen und Anhänge für das Berichtsjahr 2017 außer Kraft gesetzt, da diese keine Anwendung mehr finden. Dies betrifft die Anlage 1 „Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts“, den Anhang 1 zu Anlage 1 „Datensatzbeschreibung“, den Anhang 2 zu Anlage 1 „Auswahllisten“, den Anhang 3 zu Anlage 1 „Qualitätsindikatoren“, den Anhang 4 zu Anlage 1 „Plausibilisierungsregeln“ und die Anlage 2 „Annahmestelle und Datenlieferverfahren“.

2.1 Zu den Regelungen im Einzelnen

Neben der Außerkraftsetzung der insgesamt sechs Anlagen bzw. Anhänge für das Berichtsjahr 2017 und den für das Berichtsjahr 2019 erforderlichen redaktionellen Anpassungen der Verweise wurden insbesondere folgende Änderungen vorgenommen:

2.1.1 Anlage 1 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019)

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Für das Berichtsjahr 2019 wurde das Kapitel aktualisiert. Dabei wurden insbesondere die verpflichtenden Zusatzangaben (z. B. Preisangaben für Telefon- oder Internetnutzung) gestrichen, da sich gezeigt hat, dass die Erfassung der Zusatzangaben durch die Krankenhäuser einen erheblichen Aufwand bedeutet. Gleichzeitig sind diese Angaben regelmäßigen Änderungen unterworfen, die zum Veröffentlichungszeitpunkt schon wieder überholt sein können. Daher ist der Nutzen dieser Angaben für die Nutzer des Qualitätsberichts gering und die Angaben somit verzichtbar. Stattdessen erhalten die Krankenhäuser die Gelegenheit, ihre jeweils aktuellen Angebote über einen entsprechenden Weblink mit den Qualitätsberichten zu verbinden.

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit i.V.m. B-[X].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Insbesondere für Menschen mit Behinderungen sowie deren Angehörige sind Informationen zur Barrierefreiheit in einem Krankenhaus relevant für ihre Auswahlentscheidung. Barrierefreiheit stellt den Zugang zu medizinischer Versorgung sicher.

Um die Informationsbedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit körperlichen, geistigen und seelischen Beeinträchtigungen in den Änderungen adäquat zu berücksichtigen, wurden Anregungen von entsprechenden Betroffenenverbänden in der Überarbeitung berücksichtigt.

Es ist nun verbindlich anzugeben, an wen man sich mit weitergehenden Fragen zur Barrierefreiheit wenden kann. Dabei kann es sich bspw. um eine konkrete Ansprechperson (z. B. Beauftragter für Barrierefreiheit) oder um eine sonstige, geeignete Kontaktmöglichkeit (z. B. zentraler Servicekontakt, Patientenfürsprecher etc.) handeln.

Kernstück des Kapitels bleibt weiterhin die Auswahl der umgesetzten Aspekte und Maßnahmen zur Barrierefreiheit aus der dazugehörigen Auswahlliste. In Abwägung des Aufwandes in der Erstellung und des Nutzens für den Rezipienten werden diese Auswahlelemente zur Barrierefreiheit nun nur noch für den Krankenhausstandort angegeben. Es wird nicht mehr differenziert, ob die Maßnahme in einer Fachabteilung oder in überwiegenden Teilen des Krankenhauses realisiert ist. Sollte ein ausgewähltes Element zur Barrierefreiheit nicht umfassend, sondern nur eingeschränkt verwirklicht sein (z. B. nur in einem Gebäudeteil), ist dies entsprechend zu kommentieren.

A-10 Gesamtfallzahlen sowie B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung

Seit dem 01.01.2019 erfolgt die Vergütung für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) einheitlich auf Grundlage des PEPP-Systems nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Daher wurde der Verweis zur Zählung der voll- und teilstationären Fälle für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche im Anwendungsbereich der BpflV, die nicht das PEPP-System nach § 17d des KHG, sondern die BpflV mit Stand vom 31. Dezember 2012 (BpflV alte Fassung) anwenden, gestrichen.

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

Gemäß § 136c Absatz 4 SGB V wurde der G-BA beauftragt, ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zum Zwecke der Qualitätssicherung und des Patientenschutzes zu entwickeln. Der G-BA ist diesem Auftrag mit den „Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V“ vom 19.04.2018 nachgekommen. In den Regelungen werden Mindeststandards für die Teilnahme an einem gestuften System der Notfallversorgung im entgeltrechtlichen Sinne, festgelegt.

Vor diesem Hintergrund sieht dieser Abschnitt eine Erläuterung für die Qb-R vor. Hierbei wurde berücksichtigt, dass grundsätzlich alle Krankenhäuser eine Notfallversorgung gewährleisten und allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall haben. Ferner wurde berücksichtigt, dass der G-BA gemäß § 1 Absatz 2 der Regelungen zu den Notfallstrukturen die Grundlagen für die Vertragspartner nach § 9 Absatz 1a Nummer 5 KHEntgG zur Verhandlung von Zu- und Abschlägen für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen festgelegt hat. In Abhängigkeit der als Mindestvoraussetzungen für differenzierte Stufen festgelegten strukturellen Voraussetzungen erhalten Krankenhäuser gemäß § 1 Absatz 1 dieser Regelungen der Höhe nach gestaffelte Zuschläge für ihre Beteiligung an der Notfallversorgung. Bei einer Nichtbeteiligung an der Notfallversorgung sind verbindliche Abschläge zu erheben.

Um Patientinnen und Patienten diese Hintergrundinformationen zu geben, ist ein Erläuterungstext vorgegeben, der automatisch von der Erfassungssoftware in den jeweiligen

Qualitätsbericht zu übernehmen ist. Informationen zur Notfallversorgung finden sich derzeit an unterschiedlichen Stellen des Qualitätsberichts. Um den Patientinnen und Patienten und ggf. auch weiteren Interessierten (z. B. anderen Leistungserbringern) ergänzende Informationen hierzu zur Verfügung zu stellen, tätigen Krankenhäuser, die an dem gestuften System der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen teilnehmen, ab dem Berichtsjahr 2019 Angaben zur Teilnahme an dem o. g. Notfallstufensystem.

In Kapitel A-14.1 ist anzugeben, welcher Notfallstufe das Krankenhaus zugeordnet ist. Ergänzend geben Krankenhäuser an, welcher Tatbestand zu der Zuordnung des Krankenhauses zur jeweiligen Notfallstufe führt. Hierbei stehen dem Krankenhaus drei Tatbestände zur Auswahl. Der Tatbestand „Erfüllung der Voraussetzungen der jeweiligen Notfallstufe“ ist auszuwählen, wenn das Krankenhaus die spezifischen Voraussetzungen der jeweiligen allgemeinen Notfallstufe erfüllt (insbesondere hinsichtlich Art und Anzahl von Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten, Medizinisch-technische Ausstattung, Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme). Da die Vereinbarung über eine Notfallstufe zum Zeitpunkt der Qualitätsberichtserstellung noch nicht abgeschlossen sein kann, können Krankenhäuser auch die Angabe tätigen, dass eine Notfallstufe noch nicht vereinbart wurde. Außerdem kann angegeben werden, wenn eine Zuordnung zu einer der Stufen aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 2 Satz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen erfolgt. Krankenhäuser können an dieser Stelle ergänzende Angaben tätigen.

Wenn Krankenhäuser, an mindestens einem Modul der Speziellen Notfallversorgung teilnehmen, sind im Kapitel A-14.2 Angaben zu dem oder den vorhandenen Modulen zu tätigen. Hierzu steht die Auswahlliste „Module der Speziellen Notfallversorgung“ im Anhang 2 zu Anlage 1 Qb-R zur Verfügung.

Krankenhäuser, welche die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllen, geben im Kapitel A-14.3 den Tatbestand an, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung zu den Notfallstrukturen die Voraussetzungen des Moduls Spezialversorgung erfüllt.

Abschließend geben die Krankenhäuser in Kapitel A-14.4 die Kooperation oder organisatorische Verknüpfung mit der Kassenärztlichen Vereinigung zur Versorgung von ambulanten Notfällen an.

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

Rückmeldungen von Krankenhäusern zum Qualitätsbericht 2018 zeigten, dass sich die ärztliche Leitung einer Fachabteilung aus mehr als zwei leitenden Ärztinnen/Ärzten zusammensetzen kann. Dies trifft insbesondere auf belegärztliche Fachabteilungen zu. Für diese Fälle wird mit der vorgenommenen Änderung die Begrenzung auf maximal zwei leitende Ärztinnen/Ärzte aufgehoben.

C-8 „Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr“

Die Personaluntergrenzen (PpUG) gelten ab dem 01.01.2019 für Abteilungen und Stationen, in denen Leistungen der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie oder Kardiologie nach Maßgabe von §3 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) erbracht werden.

Entsprechend den Vorgaben des Gesetzgebers haben die Vertragspartner auf Bundesebene am 28.11.2018 eine Vereinbarung darüber geschlossen, wie Krankenhäuser die Nachweise zur Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen erbringen (PpUGV-Nachweis-Vereinbarung).

Zur Abbildung der Pflegepersonaluntergrenzen im Qualitätsbericht der Krankenhäuser sieht der Gesetzgeber in § 137i Absatz 4 Satz 4 vor, dass „der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Vorgaben [...] differenziert nach Berufsbezeichnungen [...]“ darzustellen ist. In § 9 der PpUG-Nachweisvereinbarung vom 28.11.2018 haben die Partner auf Bundesebene vereinbart, dass die quartalsweisen Nachweise und Meldungen für jede Station eines pflegesensitiven Bereichs und getrennt nach Tag- und Nachtschicht je Standort nachzuweisen und in den Qualitätsberichten darzustellen sind. Die quartalsweisen Meldungen der Krankenhäuser

umfassen die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen als monatliche Durchschnittswerte sowie die Anzahl der nicht erfüllten Schichten je Kalendermonat.

Mit der Fortschreibung der PpUG-Nachweisvereinbarung für das Jahr 2020 wurde von den Vereinbarungspartnern die für die Veröffentlichung im Qualitätsbericht notwendige Konkretisierung zum Erfüllungsgrad aufgenommen. Um eine kontinuierliche Definition der Erfüllungsgrade sicherzustellen, orientiert sich die gesetzlich festgeschriebene Darstellung der Angaben zu den PpUG im Qualitätsbericht bereits für das Berichtsjahr 2019 an dieser Konkretisierung.

Die Abschnitte C-8.1 und C-8.2 dokumentieren den Erfüllungsgrad der PpUG gemäß § 137i SGB V in Verbindung mit der vorgesehenen Konkretisierung der Erfüllungsgrade gemäß PpUG-Nachweisvereinbarung in jeweils einer Tabelle. Dabei werden, gemäß Vorgaben in PpUG-Nachweisvereinbarung, der „Monatsbezogene Erfüllungsgrad der PpUG“ (Erfüllungsgrad 2) und der „Schichtbezogene Erfüllungsgrad der PpUG“ (Erfüllungsgrad 1) unterschieden und getrennt für alle Stationen des ausgewählten pflegesensitiven Bereichs sowie getrennt für Tag- und Nachtschichten dargestellt. In einer separaten Spalte können mögliche Ausnahmetatbestände aggregiert dargestellt werden, über die ein Krankenhaus einen monatsbezogenen Erfüllungsgrad von unter 100 % begründen kann. Ergänzende Angaben können getätigt werden. Diese sind jeweils auf 300 Zeichen begrenzt.

Die Berechnung der Angaben in den Tabellen, die in den Abschnitten C-8.1 und C-8.2 dargestellt werden, soll für das Berichtsjahr 2019 automatisiert auf Basis der Nachweise der Krankenhäuser erfolgen, welche gemäß der §§ 3 bis 5 der PpUG-Nachweisvereinbarung vom 28.11.2018 zu erbringen sind. Um eine händische Eingabe der Nachweise durch das Krankenhaus und damit auch Übertragungsfehler zu vermeiden, soll zur Berechnung der aggregierten Werte auf die gesamten Anlagen 2 und 3 sowie die Anlage 4 dieser PpUG-Nachweisvereinbarung zurückgegriffen werden. Die Dokumente liegen jedem Krankenhaus in einem einheitlichen Format und zu definierten Zeitpunkten vor (Vgl. PpUG-Nachweisvereinbarung vom 28.11.2018). Aufgrund der geplanten inhaltlichen Anpassungen im Rahmen der Fortschreibung der PpUG-Nachweisvereinbarung durch die Vereinbarungspartner sollte ab dem Berichtsjahr 2020 ein Rückgriff auf die Jahresmeldung der Krankenhäuser zur Befüllung der Tabellen in den Abschnitten C-8.1 und C-8.2 ausreichend sein.

Insgesamt reduziert die Darstellung der Pflegepersonaluntergrenzen im Qualitätsbericht über die zwei beschriebenen Erfüllungsgrade den Aufwand für die berichtenden Krankenhäuser, indem vorhandene Nachweise und Meldungen genutzt werden. Durch die Darstellung der Erfüllungsgrade der PpUG können sich Patientinnen und Patienten niedrigschwellig darüber informieren, zu welchem Grad Krankenhäuser PpUG stations- und schichtbezogen erfolgreich umsetzen.

Tabelle 1: Lesehilfe für den Teil C-8.1



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
<i>Beispiel:</i>					
Geriatric	Station 1A	Tagschicht	$(1-(6/12))*100 = 50 \%$ <i>Lesehilfe: Auf dieser Station wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in der Tagschicht in 50 % der Monate des Berichtsjahres im Monatsdurchschnitt eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt.)</i>		
Geriatric	Station 1A	Nachtschicht	$(1-(5/12))*100 = 58,33 \%$ <i>Lesehilfe: Auf dieser Station wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in der Nachtschicht in 58,33 % der Monate des Berichtsjahres im Monatsdurchschnitt eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt.)</i>	3 <i>Lesehilfe: Für diese Station wurden 3 Ausnahmetatbestände angegeben, aufgrund derer die PpUG im Monatsdurchschnitt nicht eingehalten wurden. Ausnahmetatbestände können vom Krankenhaus bei Vorliegen der folgenden Umstände geltend gemacht werden:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging. - Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen. - Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern. 	

Tabelle 2: Lesehilfe für den Teil C-8.2

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	Kommentare
Geriatric	Station 1A	Tagschicht	$(1-(20/365))*100 = 94,52 \%$ Lesehilfe: Auf dieser Station wurden im Berichtsjahr in 94,52 % aller geleisteten Tagschichten die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten.	
Geriatric	Station 1A	Nachtschicht	$(1-(102/365))*100 = 72,05 \%$ Lesehilfe: Auf dieser Station wurden im Berichtsjahr in 72,05 % aller geleisteten Nachtschichten die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten.	



2.1.2 Anlage 2

Mit den Änderungen und Ergänzungen werden der aktuelle Stand der Datenübermittlung dargestellt sowie wesentliche Aufgaben der Datenannahmestelle aufgeführt.

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 138.847 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 138.847 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage 1**.

4. Verfahrensablauf

Am 15. Mai 2019 begann die AG Qualitätsbericht mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In sieben Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss beraten.

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß § 91 Absatz 5a SGB V wurde dem 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 dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 4. September 2019 wurde das Stellungnahmeverfahren am 16. September 2019 eingeleitet. Die dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 2**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 14. Oktober 2019. Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 9. Oktober 2019 mit, keine Stellungnahme zu dem vorgelegten Beschlussentwurf abzugeben (**Anlage 3**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde mit Schreiben vom 16. September 2019 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen.

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2019 beschlossen, die Qb-R zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

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

Berlin, den 19. Dezember 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage 1 Bürokratiekostenermittlung

zur Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R): Anpassungen für das Berichtsjahr 2019

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 Leistungserbringer.

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

Mit dem vorliegenden Beschluss wird die Informationspflicht für die Krankenhäuser, jährlich einen standortbezogenen Qualitätsbericht zu erstellen und zu übermitteln, dahingehend verändert, dass in Teil A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts die Abschnitte A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V, A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe, A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung, A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung, A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)

und in Teil C Qualitätssicherung der Abschnitt C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr mit den Unterkapiteln C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG und C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG in Form von neuen Fragekomplexen ergänzt werden.

Die Angaben aus A-7 Aspekte der Barrierefreiheit und B-[X].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung werden künftig gemeinsam unter A-7 Aspekte der Barrierefreiheit zusammengeführt und mit Erweiterung von A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen und A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit zusätzlich untergliedert.

Laut Positivliste für das Berichtsjahr 2018 besteht für 2.605 Krankenhäuser und deren Standorte eine Berichtspflicht nach § 2 Absatz 2 Qb-R. Für die Erstellung eines Qualitätsberichts ist ein hohes Qualifikationsniveau (53,30 Euro/h) erforderlich.

Einmalige Bürokratiekosten entstehen den adressierten Krankenhäusern zunächst aus der Einarbeitung in die geänderten Vorgaben der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser. Der hierfür je Qualitätsbericht erforderliche Zeitaufwand wird auf eine Stunde geschätzt. Mithin resultieren daraus einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 53,30 Euro je Qualitätsbericht sowie insgesamt in Höhe von geschätzt 138.847 Euro.

Jährliche Bürokratiekosten entstehen den Krankenhäusern insofern, als die jährliche Berichterstellung durch die nun zusätzlich vorzunehmenden Angaben einen höheren Zeitaufwand beansprucht. Dieser erhöhte Aufwand wird auf eine Stunde je Qualitätsbericht geschätzt. Die daraus resultierenden jährlichen Bürokratiekosten belaufen sich je Qualitätsbericht somit ebenfalls auf 53,30 Euro sowie insgesamt auf 138.847 Euro.

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R): Anpassungen für das Berichtsjahr 2019

Stand: nach Sitzung UA QS 04.09.2019

- Dissente Positionen sind **gelb** hinterlegt.
- Grau hinterlegte Passagen werden im Nachgang der Beratungen ggf. redaktionell angepasst.
- Redaktionelle Hinweise/Anmerkungen sind [*kursiv dargestellt und grau hinterlegt*].

Vom 19. Dezember 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. Dezember 2019 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 15. August 2019 (BAnz AT XX.XX.2019 BX), wie folgt zu ändern:

I. Die Qb-R werden wie folgt geändert:

1. Nach der Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018 wird die Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019 gemäß **Anlage 1** zum Beschluss eingefügt.
2. Nach dem Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2018 wird der Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019 gemäß **Anlage 2** zum Beschluss eingefügt.
3. Nach der Anlage 2: Annahmestelle und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr 2018 wird die Anlage 2: Annahmestelle und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr 2019 gemäß **Anlage 3** zum Beschluss eingefügt.

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

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

Berlin, den 19. Dezember 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage 1 Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

Inhalt

Allgemeine Hinweise.....	5
1. Erläuterungen zur Berichterstellung.....	5
2. Umfang und Format des Qualitätsberichts	6
3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts	7
Einleitung des Qualitätsberichts.....	9
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	10
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	10
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	11
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	11
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	11
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	11
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	Fehler! Textmarke nicht definiert.
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	14
A-8.1 Forschung und akademische Lehre.....	14
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	14
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	15
A-10 Gesamtfallzahlen	15
A-11 Personal des Krankenhauses	16

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	28
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	30
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium.....	30
A-12.5.2	Verantwortliche Person.....	30
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	31
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen.....	31
A-13	Besondere apparative Ausstattung	32
A-14	Teilnahme des Krankenhauses an der Notfallversorgung	33
A-14.1	Teilnahme an der Allgemeinen Notfallversorgung.....	34
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	35
A-14.3	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der G-BA Regelung)	37
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....	39
B-[X].1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	39
B-[X].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	40
B-[X].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	40
B-[X].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	41
B-[X].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	41
B-[X].6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	42
B-[X].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	43
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	43
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	46
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	46
B-[X].11	Personelle Ausstattung.....	46

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

B-[X].11.1	Ärztinnen und Ärzte	47
B-[X].11.2	Pflegepersonal.....	48
B-[X].11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	50
C	Qualitätssicherung.....	52
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	52
C-1.1.[Y]	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	53
C-1.1.1	Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten	53
C-1.1.2	Übermittlung der Daten.....	54
C-1.1.3	Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL	54
C-1.2.[Z]	Ergebnisse der Qualitätssicherung	55
C-1.2.1	Übermittlungswege	55
C-1.2.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.....	56
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	61
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	62
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	62
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	63
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	63
C-5.2	Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	64
C-5.2.1	Gesamtergebnis der Prognosedarlegung	64
C-5.2.2	Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden	64
C-5.2.3	Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	65
C-5.2.4	Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)	65

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

C-5.2.5	Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden.....	65
C-5.2.6	Übergangsregelung	65
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	65
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	66
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	67
C-8.1	Personalausstattung nach PpUGV Fehler! Textmarke nicht definiert.	
C-8.2	Personalausstattung unter Berücksichtigung aller Pflegehilfskräfte Fehler! Textmarke nicht definiert.	
C-8.3	Erfüllung der PpUGV Fehler! Textmarke nicht definiert.	
C-8.4	Ausnahmetatbestände.....	76

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.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

Krankenhäuser mit mehreren Standorten

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

Der Gesamtbericht ist dabei die Zusammenfassung aller Standortberichte und hat entsprechend die Daten aller Standortberichte mit einzubeziehen. Ziel ist eine unverfälschte Darstellung des Krankenhauses und seiner Standorte als umfassende Informationsgrundlage für alle Interessierten.

Berichtszeitraum

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

Alle im Bericht gemachten Angaben müssen sich auf die im Berichtsjahr gültigen Regelungen (z. B. Verträge, Beschlüsse des 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 krankenhausesbezogen die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben. Zusätzlich übermitteln die beauftragten Stellen eine Kopie der Daten an das Krankenhaus.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

Anforderungen zum Datenschutz

Aus Datenschutzgründen werden Häufigkeiten <4, die sich aus Zahlen mit Patientenbezug ergeben (z. B. OPS-Anzahl, Fallzahl pro Leistungsbe- reich), 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, Internetseite, Ansprechperson) zu verweisen, sofern das Krankenhaus hierzu Angaben machen möchte.

3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts

Gliederung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht besteht aus drei Teilen:

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

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.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

Auswahllisten

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

Kontaktdaten

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

Das heißt im Einzelnen:

„Kontakt/Person lang“ enthält:

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

„Kontakt/Person kurz“ enthält:

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

„Kontakt/Adresse“ enthält:

- Straße
- Hausnummer (freiwillig)

alternativ: Postfach (freiwillig)

- Adresszusatz (freiwillig)
- Postleitzahl
- Ort

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

„Kontakt/Zugang“ enthält:

- Straße
- Hausnummer
- Postleitzahl
- Ort
- Adress-Link (freiwillig)

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

„Kontakt/Person lang“

„Kontakt/Person kurz“

„Kontakt/Adresse“

„Kontakt/Zugang“

Einleitung des Qualitätsberichts

Hier sind folgende Angaben zu machen:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hier müssen vollständige Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden.

Verpflichtend sind folgende Kontaktdaten anzugeben:

I. Angaben zum Krankenhaus

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

1. Name und Hausanschrift des Krankenhauses [„Kontakt/Zugang“]; zusätzlich: Zentrale Telefonnummer; 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 2019

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 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 2019

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

GKV-SV	DKG						
<p>A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses</p> <p>Angaben zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten werden – sofern vorhanden – für das gesamte Krankenhaus (allgemein) gemacht. Sie werden aus der Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ (Kapitel A-6) des Anhangs 2 übernommen. Darüber hinaus können jeweils ergänzende Angaben (z. B. zur Anzahl der jeweiligen Patientenzimmer oder über relevante Internetseiten des Krankenhauses) gemacht werden. Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.</p> <p>Eventuelle Preisangaben beziehen sich jeweils auf den Stichtag 1. Oktober des Erstellungsjahres.</p> <p>Beispiel:</p> <table border="1" data-bbox="344 911 1126 1161"> <thead> <tr> <th>Nr.</th> <th>Leistungsangebot</th> <th>Kommentar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NM66</td> <td>Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)</td> <td><i>z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche</i></td> </tr> </tbody> </table>	Nr.	Leistungsangebot	Kommentar	NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	<i>z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche</i>	<p><i>[streichen, siehe Tragende Gründe]</i></p>
Nr.	Leistungsangebot	Kommentar					
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	<i>z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche</i>					

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

GKV-SV/PatV	DKG
<p>Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung,</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

<p>akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.</p>	
<p>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.</p> <p>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.</p>	<p>Angaben zur Barrierefreiheit können für das gesamte Krankenhaus gemacht werden.</p> <p>Die Angaben sind aus der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (Kapitel A-7) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. An dieser Stelle können Krankenhäuser insbesondere angeben, dass auf der Internetseite des Krankenhauses Informationen zur Barrierefreiheit vorhanden sind. In diesem Fall ist ein Link zur Internetseite aufnehmen.</p>

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

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

[GKV-SV/PatV:

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Zusatzangaben (verpflichtend)	Kommentar/Erläuterung
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen (kontrastreiche Pyramiden-schrift) in erhabener Profilschrift und Blindenschrift/ Brailleschrift	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> • in Patientenzimmern • in Behandlungsräumen • in Funktionsräumen 	<i>z. B. Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift</i>

[DKG:

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar/Erläuterung
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen (kontrastreiche Pyramiden-schrift) in erhabener Profilschrift und Blindenschrift/ Brailleschrift	<i>z.B. Beschriftung liegt vor in Patientenzimmern, in Behandlungsräumen, in Funktionsräumen</i>

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses**A-8.1 Forschung und akademische Lehre**

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

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

A-9 Anzahl der Betten

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

Reha-Betten werden nicht berücksichtigt.

A-10 Gesamtfallzahlen

Anzugeben sind:

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

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

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

Zählung der voll- und teilstationären Fälle:

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

GKV-SV/PatV	DKG
<p>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.</p> <p><i>[Alternativ im Zusammenhang mit nachstehender Tabelle: Beide Sätze und unten stehenden Satz streichen]</i></p>	<p>Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres zählt jede abgerechnete vollstationäre DRG-Fallpauschale im Jahr der Entlassung als ein Fall.</p>

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

GKV-SV/PatV	DKG
<p>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.</p> <p><i>[Alternativ im Zusammenhang mit voranstehender Tabelle: Diesen Satz mit den beiden Sätzen in vorstehender Tabelle insgesamt streichen.]</i></p>	<p>[Streichen]</p>

Zählung der ambulanten Fälle:

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

Vorstationäre, teilstationäre und nachstationäre Fälle sowie ambulante Operationen werden an dieser Stelle nicht mitgezählt. Ambulante Operationen werden in Kapitel B-[X].9 dargestellt.

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

A-11 Personal des Krankenhauses

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

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

behandelten Patienten und Patientinnen eingebunden sind und nicht mit der Heilbehandlung und Bekämpfung von Krankheiten praktisch befasst sind. Darunter fallen z. B. das Personal in der Verwaltung, Wirtschafts- und Versorgungsdienst und technischer Dienst.

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

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

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

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

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

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

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

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

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Anzugeben ist die Zahl der:

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

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

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

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

A-11.2 Pflegepersonal

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

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

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

Anzugeben ist die Zahl der:

- Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen
- Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen
- Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG)
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen

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

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

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

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

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

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

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

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

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Hier ist die für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person anzugeben.

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

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

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

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

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

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

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

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

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

Grundlage der dort gelisteten Instrumente und Maßnahmen des klinischen Risikomanagements sind anerkannte Expertenstandards bzw. Leitlinien und Handlungsempfehlungen von relevanten nationalen (z. B. Aktionsbündnis Patientensicherheit) oder internationalen Fachgesellschaften. Diese

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

werden an die Besonderheiten der eigenen Organisation angepasst, schriftlich dokumentiert, an die beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kommuniziert, regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

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

Wenn ja,

- Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

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

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem

Auswahloptionen: ja; nein

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

Wenn ja,

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Anzugeben ist hier die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die gemäß den Vorgaben der einzelnen Krankenhaushygieneverordnungen der Bundesländer mit der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention betraut sind. Dabei werden auch die landesspezifischen Übergangsvorschriften berücksichtigt. Bei der Veröffentlichung nach § 9 Qb-R ist auf Folgendes hinzuweisen: „Gemäß § 23 Absatz 8 Nummer 3 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) gelten bis einschließlich 31. Dezember 2019 Übergangsvorschriften zur Erfüllung der personellen Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und zur Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten.“

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

Darüber hinaus ist anzugeben, ob eine Hygienekommission eingerichtet wurde:
Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

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

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

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

Die Ärztliche Direktorin oder der Ärztliche Direktor ist als Teil der Geschäftsführung anzusehen.

Die Maßnahmen im Einzelnen:

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

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

Auswahloptionen: ja; nein; kein Einsatz ZVK

Wenn ja:

Der Standard thematisiert insbesondere

- a) Hygienische Händedesinfektion

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein; kein Einsatz ZVK

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprofylaxe liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Durchführung Operationen

1. Der Standard thematisiert insbesondere:

a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprofylaxe

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

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprofylaxe

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor.

Wird am Standort keine Wundversorgung durchgeführt, ist „keine Durchführung Wundversorgung“ anzugeben.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Durchführung Wundversorgung

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

a) Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)

b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

- c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden
- d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage
- e) Meldung an die Ärztin oder den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

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

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

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

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

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

Knochenmarktransplantationsstationen werden den Intensivstationen zugeordnet.

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

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen
Auswahloptionen: Einheit: ml/Patiententag; keine Intensivstation vorhanden
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

Einheit: ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen.

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Hier erfolgen Angaben zum Lob- und Beschwerdemanagement:

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

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

Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden

Auswahloptionen: ja; nein

Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

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

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

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

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Auswahloptionen: Ja/Nein

Wenn ja, ist zusätzlich anzugeben:

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzugeben ist hier die Anzahl

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

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

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

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

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

- Entlassung

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

Beispiel:

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

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

Der G-BA hat in seiner Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V die Voraussetzungen für die Teilnahme und Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung festgelegt. In diesem Abschnitt

GKV-SV	DKG
<p>ist anzugeben, ob das Krankenhaus im entgeltrechtlichen Sinne an dem gestuften System der Notfallversorgung gemäß der G-BA Regelung teilnimmt.</p> <p>Das Krankenhaus ist entgeltrechtlich einer der Stufen der Notfallversorgung gemäß Regelung des G-BA (Basisnotfallversorgung, Erweiterte Notfallversorgung, Umfassende Notfallversorgung) oder der Stufe der Spezialversorgung zugeordnet (Auswahloption: Ja/Nein/ Notfallstufe noch nicht vereinbart).</p> <p>Falls ja, sind zum Umstand und zum Umfang der Teilnahme in den Abschnitten A-14.1 bis A-14.5 verpflichtend Konkretisierungen vorzunehmen.</p>	<p>geben Krankenhäuser, die an diesem gestuften System der Notfallversorgung gemäß der G-BA Regelung teilnehmen, an in welcher Form und in welchem Umfang sie daran teilnehmen.</p> <p>Hinweis: Nachfolgende Textpassage ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen:</p> <p><i>„Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne regelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Kranken-</i></p>

	<p><i>haus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung sieht der Gesetzgeber Abschlüsse vor.“</i></p> <p>Teilnahme an einer Notfallstufe An dieser Stelle ist anzugeben, welcher Stufe der Notfallversorgung das Krankenhaus zugeordnet ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auswahloptionen: Basisnotfallversorgung (Stufe 1), Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2), Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3); Keine allgemeine Versorgungsstufe - Vereinbarung zur Festlegung einer Notfallstufe noch nicht abgeschlossen <p><i>[Krankenhäuser können an dieser Stelle ergänzende Angaben tätigen. Die Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.]</i></p>
--	---

A-14.1

GKV-SV/LV/PatV	DKG
<p>Basisnotfallversorgung Das Krankenhaus ist entgeltrechtlich der Stufe der Basisnotfallversorgung zugeordnet (Auswahloptionen: Ja/Nein). Wenn ja, Erläuterungen zur Basisnotfallversorgung: Angabe des Umstands, der zu der entgeltrechtlichen Zuordnung des Krankenhauses zur Basisnotfallversorgung führt (Mehrfachauswahl möglich):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Krankenhaus erfüllt die spezifischen Anforderungen (Art und Anzahl der Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten, Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme) der Allgemeinen Versorgungsstufe „Basisnotfallversorgung“ gemäß Regelung des G-BA. 	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

<p>2. Das Krankenhaus bietet mindestens ein Modul der Speziellen Notfallversorgung an, welches zu einer entgeltrechtlichen Zuordnung zur Basisnotfallversorgung führt.</p> <p>Falls 2. gewählt wurde, Auswahl von mindestens einem Modul der Speziellen Notfallversorgung, welches zu der entgeltrechtlichen Zuordnung als Basisnotfallversorger führt (Mehrfachauswahl möglich): (Auswahloptionen: (1) Modul Schlaganfallversorgung; (2) Modul Durchblutungsstörungen am Herzen; (3) Modul Notfallversorgung Kinder (Basis))</p>	
---	--

A-14.2

GKV-SVPatV/LV	DKG
<p>Erweiterte Notfallversorgung Das Krankenhaus ist entgeltrechtlich der Stufe der erweiterten Notfallversorgung zugeordnet (Auswahloptionen: Ja/Nein). Wenn ja, Erläuterung zur erweiterten Notfallversorgung: Angabe des Umstands, der zu der entgeltrechtlichen Zuordnung des Krankenhauses zur erweiterten Notfallversorgung führt (Mehrfachauswahl möglich):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Krankenhaus erfüllt die spezifischen Anforderungen (Art und Anzahl der Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten, Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme) der Allgemeinen Versorgungssufe „erweiterte Notfallversorgung“ gemäß Regelung des G-BA; 2. Das Krankenhaus bietet mindestens ein Modul der Speziellen Notfallversorgung an, das zu einer entgeltrechtlichen Zuordnung zur erweiterten Notfallversorgung führt. <p>Falls 2. gewählt wurde,</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

Auswahl von mindestens einem Modul der Speziellen Notfallversorgung, welches zu der entgeltrechtlichen Zuordnung zur erweiterten Notfallversorgung führt (Mehrfachauswahl möglich): (Auswahloptionen: (1) Modul Notfallversorgung Kinder (erweitert); (2) Modul Schwerverletztenversorgung)	
[keine Übernahme]	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung Wenn das Krankenhaus an mindestens einem Modul der Speziellen Notfallversorgung laut Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses teilnimmt, sind verpflichtend Angaben zu dem/den vorhandenen Modul/en der Speziellen Notfallversorgung zu machen. Das/Die vorhandene/n Modul/e sind aus der Auswahlliste „Module der Speziellen Notfallversorgung“ auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

GKV-SV/LV/PatV	DKG
A-14.3 Umfassende Notfallversorgung Das Krankenhaus ist engeltrechtlich der Stufe der umfassenden Notfallversorgung zugeordnet (Auswahloptionen: Ja/Nein). Wenn ja, Erläuterung zur umfassenden Notfallversorgung: Angabe des Umstands, der zu der entgeltrechtlichen Einordnung des Krankenhauses zur umfassenden Notfallversorgung führt (Mehrfachauswahl möglich): <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Krankenhaus erfüllt die spezifischen Anforderungen (Art und Anzahl der Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten, Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme) der Allgemeinen Versorgungssufe „umfassende Notfallversorgung“ gemäß Regelung des G-BA 2. Die entgeltrechtliche Zuordnung zur umfassenden Notfallversorgung erfolgt aufgrund der Vorhaltung des Moduls Notfallversorgung Kinder (umfassend) der Speziellen Notfallversorgung. 	[keine Übernahme]

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

GKV-SV/LV/PatV	DKG
<p>A-14.4 Spezialversorgung Hier ist anzugeben, ob das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung des G-BA zu den Zu- und Abschlagsbefreiten Krankenhausstandorten der Spezialversorgung gehört. (Auswahloption: Ja/Nein).</p> <p>Wenn ja,</p> <p>Erläuterungen zur Spezialversorgung Angabe des Tatbestandes der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung des G-BA zu den zu- und abschlagsbefreiten Krankenhausstandorten der Spezialversorgung gehört.</p>	<p>Teilnahme am Modul Spezialversorgung Wenn das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Notfallstufenregelung des G-BA den Zu- und Abschlagsbefreiten Krankenhausstandorten der Spezialversorgung zuzuordnen ist, ist verpflichtend der Tatbestand anzugeben, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung des G-BA zu den zu- und abschlagsbefreiten Krankenhausstandorten der Spezialversorgung gehört.</p>

Auswahloptionen:

- Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind
ODER
- Besondere Einrichtung gemäß § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG, sofern sie im Landeskrankenhausplan als besondere Einrichtungen in der Notfallversorgung ausgewiesen sind und zu jeder Zeit an der Notfallversorgung teilnehmen
ODER
- Krankenhäuser, die aufgrund krankenhauserplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen

GKV-SV/PatV/LV	DKG
<p>A-14.5 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der G-BA Regelung)</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

<p>Das Krankenhaus verfügt gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung betrieben wird. (Auswahloptionen: Ja/Nein)</p> <p>Die Notfallambulanz ist gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der KV eingebunden. (Auswahloptionen: Ja/Nein)</p>	
---	--

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

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

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

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

Fachabteilungsschlüssel (mindestens ein Schlüssel/vierstellig)

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

Auswahloptionen:

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

Ärztliche Leitung

Auswahloptionen:

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

GKV-SV/PatV	DKG/KBV
Besteht die ärztliche Leitung aus mehr als einer Person können jeweils maximal zwei Personen angegeben werden. Die Stellvertretung ist nicht anzugeben.	[Streichen]

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

Hier ist verpflichtend anzugeben, ob sich das Krankenhaus bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V hält.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Vereinbarung geschlossen

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

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

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

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

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

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

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

GKV-SV/PatV	DKG
-------------	-----

<p>B-[X].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung</p> <p>Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Zu jedem Aspekt der Barrierefreiheit können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht bzw. Auswahloptionen genutzt werden. Diese Kommentare sind auf jeweils 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt, bei den Auswahloptionen sind Mehrfachnennungen möglich.</p>	<p>[Streichen]</p>
--	--------------------

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.

GKV-SV/PatV	DKG
-------------	-----

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

<p>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.</p> <p><i>[Alternativ: Beide Sätze und Satz in nachfolgender Tabelle streichen]</i></p>	<p>Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres zählt jede abgerechnete vollstationäre DRG-Fallpauschale im Jahr der Entlassung als ein Fall.</p>
--	--

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

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

GKV-SV/PatV	DKG
<p>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.</p> <p><i>[Alternativ im Zusammenhang mit voranstehender Tabelle: Diesen Satz mit den beiden Sätzen in vorstehender Tabelle insgesamt streichen.]</i></p>	<p><i>[Streichen]</i></p>

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 2019

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 endstellig (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. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern die amtliche ICD-10-GM-Version des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.

B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Hier sind alle durchgeführten Prozeduren mit ihrer jeweiligen OPS-Ziffer anzugeben. Zu jeder Prozedur ist darzustellen, wie häufig sie im Berichtsjahr durchgeführt wurde. Alle OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind endstellig (z. B. 5-877.2) 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. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern der amtliche OPS-Katalog des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.

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

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

B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

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

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

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

Beispiel:

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 2019

	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	

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

B-[X].11 Personelle Ausstattung

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

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

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

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

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

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

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

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

B-[X].11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

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

Beispiele:

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

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

B-[X].11.2 Pflegepersonal

Hier ist nur das Pflegepersonal zu erfassen, das dieser Abteilung zugeordnet werden kann. Pool-Personal, welches fachabteilungs- und/oder stationsübergreifend eingesetzt wird und weiteres Personal, wie z. B. aus Intensivstationen, Ambulanzen, OP-Personal, Funktionspersonal, Radiologie

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

etc., sofern es nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet ist oder zugeordnet werden kann, ist in Kapitel A-11.2 Pflegepersonal „Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind“ zu erfassen. Die Gesamtzahl der pflegerischen Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl der pflegerischen Vollkräfte aller Organisationseinheiten/Fachabteilungen (Kapitel B-[X].11.2) addiert mit der Anzahl pflegerischer Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen.

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

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

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

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

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

Bei der Darstellung des Pflegepersonals ist nur das in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen eingesetzte Pflegepersonal, d. h. nicht die Mitglieder der Pflegedienstleitung, der Verwaltung, des Qualitätsmanagements oder der innerbetrieblichen Krankentransporte zu berücksichtigen. Bei einer interdisziplinär belegten Station, d. h. einer Station, auf der Patientinnen oder Patienten mehrerer Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen liegen (z. B. interdisziplinäre Intensivstation) und die nicht als eigene Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird, erfolgt die Darstellung des Personals anteilmäßig bezogen auf die jeweilige Organisationseinheit bzw. Fachabteilung. Pflegerisches Personal, das in der direkten Patienten-

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

versorgung tätig ist, jedoch in keiner eigenen Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird (z. B. „OP-Personal“ oder „Personal der Radiologie“), kann einer passenden Fachabteilung zugeordnet oder in Kapitel A-11.2 eingetragen werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

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

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

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

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

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

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

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

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

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

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

C Qualitätssicherung

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

Hinweis:

Die Übermittlung der Angaben zu 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 2019

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

Nur die Krankenhäuser selbst können die notwendigen Korrekturen vornehmen.

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

Angaben zum Krankenhaus bzw. Standort:

- Institutionskennzeichen
- Standortnummer

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

Hinweis zum Datenschutz:

- Die 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 2019

- 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 Nummer 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-Nieren-Transplantation (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-Nieren-Transplantation beziehen sich auf die Bereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation“.
2. Für die Leistungsbereiche der Hüft- und Kniegelenksendoprothetik (HEP, KEP) erfolgt eine weitere Differenzierung der Fallzahlen (Soll) für Erstimplantationen („HEP_IMP“, „KEP_IMP“) und Wechseleingriffe („HEP_WE“, „KEP_WE“).

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

3. Für die kathetergestützte Implantation von Aortenklappen erfolgt eine differenzierte Darstellung der Fallzahlen (Soll). „Aort Kath Endo“ stellt die Zahl der erbrachten über einen endovaskulären Zugangsweg implantierten Aortenklappen dar. „Aort Kath Trapi“ stellt die Zahl der erbrachten über den transapikalen Zugangsweg implantierten Aortenklappen dar.
4. Für den Leistungsbereich der Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (HTXM) erfolgt eine weitere Differenzierung der Fallzahlen (Soll) für Herztransplantationen („HTXM_TX“) und Herzunterstützungssysteme („HTXM_MKU“).

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

C-1.2.[Z] Ergebnisse der Qualitätssicherung

Dargestellt werden die Ergebnisse aus den QS-Verfahren gemäß QSKH-RL 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 2019

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

„Bezug zum Verfahren“: Hier wird der Bezug des QS-Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Richtlinien und Regelungen des 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 den §§ 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 Patientinnen und Patienten, 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:

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

„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 Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog/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)
		34	Ausnahmetatbestände erklären statistisch auffälliges Ergebnis bei einem planungsrelevanten Qualitätsindikator
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

„Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr“: Hier ist anzugeben, ob die qualitative Bewertung eines Qualitätsindikators mit oder ohne Auslösung eines Strukturierten Dialogs/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
Bewertung Vor-	N	eingeschränkt/nicht vergleichbar						
	R	eingeschränkt/nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	verschlechtert	eingeschränkt/nicht vergleichbar

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

H	eingeschränkt/ nicht vergleichbar						
U	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
A	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	verbessert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	verbessert	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
D	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	verbessert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
S	eingeschränkt/ nicht vergleichbar						

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 Strukturierten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen. Hier ist einer der Kommentare gemäß § 11 Absatz 9 der plan. QI-RL einzufügen.

Die Angaben zu

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

- Fachlicher Hinweis des IQTIG,
- Einheit,
- Bundesergebnis,
- Vertrauensbereich (Bundesergebnis) und
- Referenzbereich

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

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 sind der Tabelle D in Anhang 3 zu entnehmen.

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3

Tabelle D: siehe Anhang 3

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

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

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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
- Asthma bronchiale
- Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Chronischer Rückenschmerz

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

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

Folgende Aspekte sind dabei zu berücksichtigen:

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

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

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

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 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:

Leistungsbereich	Mindestmenge
Lebertransplantation	20
Nierentransplantation	25
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10
Stammzelltransplantation	25
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50

Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht <1250 g (bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1)	14
--	----

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

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

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

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

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

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

Zu jedem Leistungsbereich sind standortbezogen folgende Angaben zu machen:

C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt.

Auswahloptionen: ja; nein; Rechtsstreit anhängig

C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden

- Im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge
(Hinweis: Automatische Übernahme des Wertes aus C-5.1 durch die Erfassungssoftware)

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

- die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahrs und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge

C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose).

Auswahloptionen: ja; nein; Rechtsstreit anhängig

C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach § 7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt.

Auswahloptionen: ja; nein

C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

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

Auswahloptionen: ja; nein

C-5.2.6 Übergangsregelung

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach § 8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt.

Auswahloptionen: ja; nein

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

An dieser Stelle ist die Umsetzung von Beschlüssen des 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.

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.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

Darüber hinaus sind für die Perinatalzentren Level 1 und Level 2 jeweils für die Berichtsjahre 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-RL teil.
Antwortoptionen: ja, nein
Wenn ja,
- Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-RL 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 1. Januar 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.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

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

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

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

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

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

Beispiel:

		Anzahl
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)Personen
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegtPersonen
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht habenPersonen

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

GKV-SV	DKG																				
<p>Krankenhäuser machen die unten genannten Angaben für jeden Bereich, für den die Prüfung durch das Institut für das Entgelt-system im Krankenhaus (InEK) GmbH einen pflegesensitiven Bereich im Berichtsjahr ergeben hat. Alle Angaben erfolgen damit auf Ebene des einzelnen pflegesensitiven Bereichs, also stations- und fachabteilungs-übergreifend. Des Weiteren erfolgen alle Angaben getrennt für Tag- und Nachtschichten.</p> <p><i>Hinweis: Folgende Textpassage inklusive der Tabelle ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen.</i></p>	<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>																				
<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>	<p>Alle Angaben mit Ausnahme der Ausnahmetatbestände zur Nichteinhaltung der geltenden Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in C-8.6 sind getrennt für Tag- und Nachtschichten auf Basis der Meldungen entsprechend den §§ 3 bis 5 der PpUGV-Nachweis-Vereinbarung vorzunehmen.</p> <p>Die Angaben der Unterkapitel C-8.1 bis C-8.5 werden tabellarisch für jeden pflegesensitiven Bereich auf Fachabteilungs- und Stationsebene wie folgt dargestellt:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pflegesensitiver Bereich</th> <th>Fachabteilung</th> <th>Station</th> <th>Monat</th> <th>Schicht</th> <th>C-8.1 Anzahl Schichten (Summe)</th> <th>C-8.2 Durchschnittliche Pflegepersonal-aus-stattung Pflege-fach-kräfte</th> <th>C-8.3 Durchschnittliche Pflegepersonal-aus-stattung Pflege-hilfs-kräfte</th> <th>C-8.4 Durchschnittliche Patientenbelegung</th> <th>C-8.5 Anzahl nicht eingehalter Schichten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><i>[Auswahloptionen: Intensivmedizin, Geriatrie,</i></td> <td><i>[Freitextfeld]</i></td> <td><i>[Freitextfeld]</i></td> <td><i>[Auswahloptionen: Januar - Dezember]</i></td> <td><i>[Auswahloptionen: Tag, Nacht]</i></td> <td><i>[Zahlenwert]</i></td> <td><i>[Zahlenwert]</i></td> <td><i>[Zahlenwert]</i></td> <td><i>[Zahlenwert]</i></td> <td><i>[Zahlenwert]</i></td> </tr> </tbody> </table>	Pflegesensitiver Bereich	Fachabteilung	Station	Monat	Schicht	C-8.1 Anzahl Schichten (Summe)	C-8.2 Durchschnittliche Pflegepersonal-aus-stattung Pflege-fach-kräfte	C-8.3 Durchschnittliche Pflegepersonal-aus-stattung Pflege-hilfs-kräfte	C-8.4 Durchschnittliche Patientenbelegung	C-8.5 Anzahl nicht eingehalter Schichten	<i>[Auswahloptionen: Intensivmedizin, Geriatrie,</i>	<i>[Freitextfeld]</i>	<i>[Freitextfeld]</i>	<i>[Auswahloptionen: Januar - Dezember]</i>	<i>[Auswahloptionen: Tag, Nacht]</i>	<i>[Zahlenwert]</i>	<i>[Zahlenwert]</i>	<i>[Zahlenwert]</i>	<i>[Zahlenwert]</i>	<i>[Zahlenwert]</i>
Pflegesensitiver Bereich	Fachabteilung	Station	Monat	Schicht	C-8.1 Anzahl Schichten (Summe)	C-8.2 Durchschnittliche Pflegepersonal-aus-stattung Pflege-fach-kräfte	C-8.3 Durchschnittliche Pflegepersonal-aus-stattung Pflege-hilfs-kräfte	C-8.4 Durchschnittliche Patientenbelegung	C-8.5 Anzahl nicht eingehalter Schichten												
<i>[Auswahloptionen: Intensivmedizin, Geriatrie,</i>	<i>[Freitextfeld]</i>	<i>[Freitextfeld]</i>	<i>[Auswahloptionen: Januar - Dezember]</i>	<i>[Auswahloptionen: Tag, Nacht]</i>	<i>[Zahlenwert]</i>	<i>[Zahlenwert]</i>	<i>[Zahlenwert]</i>	<i>[Zahlenwert]</i>	<i>[Zahlenwert]</i>												

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

	Kardio- logie, Unfall- chirurgie]									
	<p><i>Hinweis: Die Datenstruktur des vorliegenden Kapitels ist so festgelegt, dass sämtliche Angaben direkt und automatisch durch die Erfassungssoftware aus den Quartalsmeldungen gemäß §§ 3 und 4 sowie dem jährlichen Nachweis gemäß § 5 der PpuGV-Nachweis-Vereinbarung in den Qualitätsbericht der Krankenhäuser eingebunden werden können. In der nachfolgenden Tabellenzeile wird zur Referenzierung auf die entsprechenden Spalten der „Beispielbefüllung im Datenportal Meldung zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen PpUG-Nachweis-Vereinbarung“ des InEK verwiesen.</i></p>									
	Spalte B	Spalte C	Spalte D	Spalte F	Spalte G	Spalte H	Spalte I	Spalte J	Spalte K	Spalte L

Für folgende pflegesensitive Bereiche gelten schichtbezogen seit dem 1. Januar 2019 Pflegepersonaluntergrenzen gemäß der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV).

Pflegesensitiver Bereich	Pflegepersonaluntergrenzen (Patientinnen und Patienten je Pflegekraft)		Höchstanteile an Pflegehilfskräften	
	Tagschicht	Nachtschicht	Tagschicht	Nachtschicht
Intensivmedizin	2,5	3,5	8%	8%
Geriatric	10	20	20%	40%
Kardiologie	12	24	10%	15%
Unfallchirurgie	10	20	10%	15%

Für die Bereiche Neurologie und Herzchirurgie wurden bislang keine Pflegepersonaluntergrenzen definiert, deshalb ist hier keine Angabe vorzunehmen.

GKV-SV, 23.08.2019	DKG
<p>C-8.1 Personalausstattung nach PpUGV Folgende Angaben sind für den pflegesensitiven Bereich auf Basis der rechnerischen Anzahl an Patientinnen und Patienten je Pflegekraft unter Berücksichtigung der Vorgaben in der PpUGV zur Berechnung der Personalausstattung nach § 2 Abs. 2 PpUGV zu machen.</p>	<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>

<p>Durchschnittliche Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegekraft im Berichtsjahr: Tagschicht: [Zahlenwert] berechnet als Mittelwert der Spalte K der Anlage 4 PpUG-Nachweis-Vereinbarung für alle Tagschichten im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Nachtschicht: [Zahlenwert] berechnet als Mittelwert der Spalte K der Anlage 4 PpUG-Nachweis-Vereinbarung für alle Nachtschichten im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Minimale Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegekraft im Berichtsjahr: Tagschicht: [Zahlenwert] ist das Minimum der Spalte K der Anlage 4 PpUG-Nachweis-Vereinbarung für alle Tagschichten im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Nachtschicht: [Zahlenwert] ist das Minimum der Spalte K der Anlage 4 PpUG-Nachweis-Vereinbarung für alle Nachtschichten im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Maximale Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegekraft im Berichtsjahr: Tagschicht: [Zahlenwert] ist das Maximum der Spalte K der Anlage 4 PpUG-Nachweis-Vereinbarung für alle Tagschichten im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Nachtschicht: [Zahlenwert] ist das Maximum der Spalte K der Anlage 4 PpUG-Nachweis-Vereinbarung für alle Nachtschichten im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich</p>	
<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>	<p>C-8.1 Anzahl Schichten (Summe) Die anzugebenden Werte entsprechen den Angaben gemäß § 4 Abs. 1 PpUG-Nachweisvereinbarung.</p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

	<p>Gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 PpUG-Nachweisverordnung haben die Krankenhäuser einmal je Quartal die Summe aller Schichten des jeweiligen Kalendermonats für jede Station eines pflegesensitiven Bereichs je Standort zu übermitteln.</p> <p><i>[Die Erfassungssoftware stellt sicher, dass die Daten gemäß § 4 Abs. 2 und 3 PpUG-Nachweisvereinbarung automatisch in den Qualitätsbericht einfließen können.]</i></p>
--	--

GKV-SV	DKG
<p>C-8.2 Erfüllung der PpUGV Die Anzahl der im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich insgesamt geleisteten Schichten ist getrennt für Tag- und Nachtschichten anzugeben. Des Weiteren ist die Anzahl der Tag- und Nachtschichten anzugeben, in denen die PpUG nicht eingehalten wurden.</p> <p>Anzahl Tagschichten im Berichtsjahr: [Zahlenwert] ist die Summe der Angaben in Spalte H gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Tagschichten im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Anzahl Nachtschichten im Berichtsjahr: [Zahlenwert] ist die Summe der Angaben in Spalte H gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Nachtschichten im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Anzahl Tagschichten im Berichtsjahr, an denen die PpUG nicht eingehalten wurden: [Zahlenwert] ist die Summe der Angaben in Spalte L gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Tagschichten im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Anzahl Nachtschichten im Berichtsjahr, an denen die PpUG nicht eingehalten wurden: [Zahlenwert] ist die Summe der Angaben in</p>	<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>

<p>Spalte L gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Nachtschichten im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Anzahl Tagschichten im Berichtsjahr, an denen die PpUG nicht eingehalten wurde im Verhältnis zu den gesamten Tagschichten im Berichtsjahr: [Zahlenwert zwischen 0 und 1] ist der Quotient aus der Summe der Angaben in Spalte H gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Tagschichten im pflegesensitiven Bereich und der Summe der Angaben in Spalte L gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Tagschichten im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Anzahl Nachtschichten im Berichtsjahr, an denen die PpUG nicht eingehalten wurde im Verhältnis zu den gesamten Nachtschichten im Berichtsjahr: [Zahlenwert zwischen 0 und 1] ist der Quotient aus der Summe der Angaben in Spalte H gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Nachtschichten im pflegesensitiven Bereich und der Summe der Angaben in Spalte L gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Nachtschichten im pflegesensitiven Bereich</p>	
<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>	<p>C-8.2 Durchschnittliche Pflegepersonalausstattung Pflegefachkräfte</p> <p>Die anzugebenden Werte entsprechen den Angaben gemäß § 3 Abs. 1-3 PpUG-Nachweisvereinbarung.</p> <p>Die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung ermittelt sich gemäß § 3 Abs. 3 PpUG- Nachweisvereinbarung aus der Summe der pro Schicht (Tagschicht bzw. Nachtschicht) geleisteten Arbeitsstunden eines Kalendermonats dividiert durch die Gesamtstundenzahl der Schichten des jeweiligen Kalendermonats. Daraus ergibt sich jeweils ein monatsdurchschnittlicher VK-Wert - differenziert nach Tagschicht und Nachtschicht - für jeden Kalendermonat.</p>

	<i>[Die Erfassungssoftware stellt sicher, dass die Daten gemäß § 3 Abs. 5 und 6 PpUG-Nachweisvereinbarung automatisch in den Qualitätsbericht einfließen können.]</i>
--	---

GKV-SV	DKG
<p>C-8.3 Ausnahmetatbestände</p> <p>War die Unterschreitung der PpUG im Berichtsjahr laut vom Wirtschaftsprüfer bestätigtem Jahresbericht in einem pflegesensitiven Bereich mindestens einmal auf einen Ausnahmetatbestand gemäß § 8 Abs. 2 PpUGV oder gemäß § 6 PpUG-Sanktions-Vereinbarung zurückzuführen, ist dies hier anzugeben.</p> <p>Folgende Ausnahmetatbestände traten im Berichtsjahr mindestens in einer Tagschicht im pflegesensitiven Bereich des Krankenhaus auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging: Ist „Ja“, wenn die Spalte L der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung für die Tagschichten mindestens einmal den Ausdruck „Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging“ enthält. Sonst „Nein“ • Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen: Ist „Ja“, wenn die Spalte L der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung für die Tagschichten mindestens einmal den Ausdruck „Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen“ enthält. Sonst „Nein“ • Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern: Ist „Ja“, wenn die Spalte L der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung für die Tag- 	<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>

<p>schichten mindestens einmal den Ausdruck „Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern“ enthält. Sonst „Nein“</p> <p>Folgende Ausnahmetatbestände traten im Berichtsjahr mindestens in einer Nachtschicht im pflegesensitiven Bereich des Krankenhaus auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging: Ist „Ja“, wenn die Spalte L der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung für die Nachtschichten mindestens einmal den Ausdruck „Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging“ enthält. Sonst „Nein“ • Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen: Ist „Ja“, wenn die Spalte L der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung für die Nachtschichten mindestens einmal den Ausdruck „Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen“ enthält. Sonst „Nein“ • Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern: Ist „Ja“, wenn die Spalte L der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung für die Nachtschichten mindestens einmal den Ausdruck „Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern“ enthält. Sonst „Nein“ 	
<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>	<p>C-8.3 Durchschnittliche Pflegepersonalausstattung Pflegehilfskräfte Die anzugebenden Werte entsprechen den Angaben gemäß § 3 Abs. 1-3 PpUG-Nachweisvereinbarung.</p> <p>Die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung ermittelt sich gemäß § 3 Abs. 3 PpUG- Nachweisvereinbarung aus der Summe der pro Schicht (Tagschicht bzw. Nachtschicht) geleisteten Arbeitsstunden eines Kalen-</p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

	<p>dermonats dividiert durch die Gesamtstundenzahl der Schichten des jeweiligen Kalendermonats. Daraus ergibt sich jeweils ein monatsdurchschnittlicher VK-Wert - differenziert nach Tagschicht und Nachtschicht - für jeden Kalendermonat.</p> <p><i>[Die Erfassungssoftware stellt sicher, dass die Daten gemäß § 3 Abs. 5 und 6 PpUG-Nachweisvereinbarung automatisch in den Qualitätsbericht einfließen können.]</i></p>
<p>C-8.4. Nachweise für das Berichtsjahr entsprechend PpUG-Nachweisvereinbarung</p> <p>Grundlage der Angaben unter C-8.1 bis C-8.3 bilden die Daten der vier Quartalsberichte sowie die des Jahresberichtes gemäß Anlagen 2,3 und 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung. Diese Daten sind vom Krankenhaus standortbezogen und vollständig für jeden pflegesensitiven Bereich zu übermitteln. Die Anlagen 2 und 3 sowie Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung werden in einem gesonderten Berichtsteil des Qualitätsberichtes separat dargestellt. Die Tabellen sind vollständig und unverändert zu übernehmen.</p> <p>Die Übermittlung erfolgt im XML-Format gemäß [Nummer X der Datensatzbeschreibung im Anhang 1 zur Anlage 1] in einer separaten, vom Krankenhaus zu erstellenden Datei. Diese ist wie folgt zu benennen: <IK>-<SO>-<JAHR>-PpUG.xml.</p> <p>[Folgeänderungen:</p> <p>Anhang 1, DSB und Schemadatei - in Zusammenarbeit mit GFL</p> <p>Dateinamenskonvention, Annahmestelle]</p>	<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>
<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>	<p>C-8.4 Durchschnittlichen Patientenbelegung Die anzugebenden Werte entsprechen den Angaben gemäß § 3 Abs. 4 PpUG-Nachweisvereinbarung.</p>

	<p>Die maßgebliche Anzahl der Patienten ermittelt sich aus dem Mitternachtsbestand entsprechend der Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes. Dieser Mitternachtsbestand gilt für die laufende Nachtschicht (rückwirkend 22 Uhr bis 6 Uhr) und die darauffolgende Tagschicht von 6 Uhr bis 22 Uhr. Der Monatsdurchschnittswert ergibt sich aus dem Mittelwert der Mitternachtsbestände eines Kalendermonats.</p> <p><i>[Die Erfassungssoftware stellt sicher, dass die Daten gemäß § 3 Abs. 5 und 6 PpUG-Nachweisvereinbarung automatisch in den Qualitätsbericht einfließen können.]</i></p>
<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>	<p>C-8.5 Anzahl nicht eingehaltener Schichten Die anzugebenden Werte entsprechen den Angaben gemäß § 4 Abs. 1 PpUG-Nachweisvereinbarung.</p> <p>Gemäß § 7 Abs. 1 PpUGV i. V. m. § 4 PpUG-Nachweisvereinbarung haben die Krankenhäuser einmal je Quartal die Anzahl der Schichten je Standort zu melden, in denen die gültigen Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten wurden, aufgeschlüsselt nach Kalendermonaten und Art der Schicht.</p> <p><i>[Die Erfassungssoftware stellt sicher, dass die Daten gemäß § 4 Abs. 2 und 3 PpUG-Nachweisvereinbarung automatisch in den Qualitätsbericht einfließen können.]</i></p>
<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>	<p>C-8.6 Ausnahmetatbestände Die anzugebenden Ausnahmetatbestände entsprechen den Angaben gemäß § 5 Abs. 2 c) PpUG-Nachweisvereinbarung.</p> <p>War die Unterschreitung der PpUG im Berichtsjahr laut vom Wirtschaftsprüfer bestätigtem Jahresbericht mindestens einmal auf einen Ausnahmetatbestand gemäß § 8 Abs. 2 PpUGV oder gemäß § 6 PpUGV-Sanktions-Vereinbarung zurückzuführen, ist der einschlägige Ausnahmetatbestand je pflegesensitiven Bereich, also stations- und fachabteilungs-</p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

	<p>übergreifend, aus den unten stehenden Optionen auszuwählen (Mehrfachauswahl möglich).</p> <p>Auswahloptionen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging• Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen• Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern <p><i>Je Ausnahmetatbestand können ergänzende Angaben gemacht werden. Die Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.</i></p> <p><i>[Die Erfassungssoftware stellt sicher, dass die Daten gemäß § 5 Abs. 4 und 5 PpUG-Nachweisvereinbarung automatisch in den Qualitätsbericht einfließen können.]</i></p>
--	---

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2019

Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

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 2019

Anhang 4: Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2019

Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

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, Kneippwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie</i>
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	<i>z. B. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie</i>
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	<i>z. B. Nichtraucher-Kurse, Koronarsportgruppe</i>

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

GKV-SV/PatV			DKG
Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ (Kapitel A-6)			[streichen]
Nummer	Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung	
NM02	Ein-Bett-Zimmer	<i>z. B. Anzahl</i>	
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	<i>z. B. Anzahl</i>	
NM05	Mutter-Kind-Zimmer	<i>z. B. Anzahl</i>	

NM10	Zwei-Bett-Zimmer	<i>z. B. Anzahl</i>
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	<i>z. B. Anzahl</i>
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	<i>z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben</i>
NM15	WLAN/Internetanschluss am Bett/im Zimmer	<i>z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben</i>
NM18	Telefon am Bett	<i>z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben</i>
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	
NM48	Geldautomat	
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucherinnen und Besucher sowie Patientinnen und Patienten	<i>z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben</i>
NM36	Schwimmbad/Bewegungsbad	
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum	
NM62	Schuleteilnahme in externer Schule/Einrichtung	<i>z.B. Kooperationspartner, Link zu Details</i>
NM63	Schule im Krankenhaus	
NM64	Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z. B. Internet	
NM50	Kinderbetreuung	<i>z. B. Alter der Kinder, Öffnungszeiten, Link zur Internetseite mit aktuellen Angaben</i>
NM07	Rooming-in	
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	
NM65	Besondere Hotelleistungen	<i>z. B. Link zur Internetseite</i>
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	<i>z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche</i>
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung	
[GKV-SV: NM67	Andachtsraum]	
NM68	Abschiedsraum	

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

Vorschlag PatV:

Nummer	Aspekt der Barrierefreiheit	Zusatzangaben (verpflichtend)	Kommentar/Erläuterung
Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen gemäß DIN 18040			
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen (kontrastreiche Pyramidenschrift) in erhabener Profilschrift und Blindenschrift/ Brailleschrift <ul style="list-style-type: none"> • 	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> • in Patientenzimmern • in Behandlungsräumen • in Funktionsräumen • 	<i>z. B. Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift</i>
BF02	Ausstattung der Aufzüge	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> • mit Sprachansage • mit kontrastreicher erhabener Profilschrift • mit Blindenschrift-/Braille-Beschriftung 	
BF03	Tastbarer Gebäudeplan		Sofern vorhanden, ist anzugeben, wo der tastbare Gebäudeplan zu finden ist.
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung		Angaben zur Gestaltung optischer Informationen für Menschen mit Sehbehinderungen im gesamten Haus, Verwendung von Piktogrammen
BF05	Leitsysteme bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen		Angaben, ob bzw. wo im Haus ein Blinden- bzw. Bodenleitsystem für sehbehinderte oder blinde Menschen installiert ist, ob es im Haus personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen gibt und wann und wo diese personelle Unterstützung angefordert werden muss.
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen gemäß DIN 18040			
BF06	Äußere Erschließung	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Behindertenparkplätze • Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (ja/nein) 	
BF07	Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs		Hinweis, ob der Tresen beim Service-/Anmeldeschalter eine Nutzung vom Rollstuhl aus und auch für Kleinwüchsige ermöglicht.

			Angabe, ob eine Induktionsschleife am Service-Schalter/ Tresen installiert ist.
BF08	Treppen mit beidseitigem Handlauf	Auswahloption: Im Eingangsbereich vorhanden (ja/nein)	
BF09	Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der eigenen Krankenhaushomepage <ul style="list-style-type: none"> • 		Angaben, ob es barrierefreie Informationsdarbietungen auf alle Kategorien und Bedarfe bezogen gibt.
BF10	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches <ul style="list-style-type: none"> • Zimmerausstattung mit barrierefreien Sanitäreinrichtungen 	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> • Zimmer mit rollstuhlgerechter/ behindertengerechte Dusche vorhanden (ja/nein) • Zimmer mit rollstuhlgerechter/ behindertengerechter Dusche und rollstuhlgerechter/behindertengerechter Toilette mit von unterschiedlichen Seiten anfahrbaren WCs vorhanden (ja/nein) 	
BF11	Rollstuhlgerechter/behindertengerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen		Konkrete Hinweise, ob Serviceeinrichtungen rollstuhlgerechte/behindertengerechte Zugänge haben.
BF12	Ausstattung von Aufzügen		Hinweise, dass Aufzüge mit gut erreichbaren Bedienfeldern (innen/außen) ausgestattet sind.
BF13	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> • eine Toilette, die beidseitig anfahrbar ist, oder • zwei Toiletten, die jeweils von einer unterschiedlichen Seite anfahrbar sind 	
BF14	Besondere personelle Unterstützung		Angaben - ob bzw. in welchen Situationen es besondere personelle Unterstützung gibt (bspw. Begleitung/Führen eines Rollstuhls) - ob bzw. wo besondere personelle Unterstützung angefordert werden muss

			- ob bzw. in welchen Situationen die Begleitung individueller Bezugspersonen möglich ist.
Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit gemäß DIN 18040			
BF15	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und visuellen Anzeigen		Angaben, ob bzw. welche Räume im Haus mit einer Blitzanlage bzw. bei einem Patientenruf mit einer Anzeige „Hilfe kommt ausgestattet sind
BF16	Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen		Angaben, ob bzw. welche Behandlungsräume im Haus mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten ausgestattet sind.
BF17	Aufzug mit Anzeige	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> • mit Stockwerksanzeige • mit visueller Anzeige für den Notruf „Hilfe kommt“ 	
BF18	Kommunikationshilfen	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> • Gebärdensprachdolmetscher/-in vorhanden • Schriftdolmetscher/-in vorhanden • technische Kommunikationshilfe vorhanden 	
BF19	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache		Angaben ob bzw. wie eine Übertragung von Informationen in leicht verständliche Sprache abläuft und wo diese angefordert werden muss.
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung			
BF20	Arbeit mit Piktogrammen		Angaben, ob bzw. auf welchen Stationen im Haus mit Piktogrammen gearbeitet wird.
BF21	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit <ul style="list-style-type: none"> • Demenz • geistiger Behinderung 		Angaben, ob/wo/welche baulichen Maßnahmen für Menschen mit Demenz bzw. mit geistiger Behinderung vorhanden sind.

BF22	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit <ul style="list-style-type: none"> • Demenz • geistiger Behinderung 		Angaben, ob bzw. welche besondere personelle Unterstützung es für Menschen mit Demenz bzw. geistiger Behinderung gibt (bspw. bei der Medikamentenapplikation) und wo diese angefordert werden muss.
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung			
BF23	Geeignete Bettenausstattung	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> • Für Patienten und Patientinnen mit Körpergröße bis max. ... cm (Übergröße, elektrisch verstellbar) • Für Patienten und Patientinnen mit Gewicht bis max ... kg (elektrisch verstellbar) 	
BF24	OP-Einrichtungen (z. B. Schleusen, OP-Tische)	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> • Für Patienten und Patientinnen mit Körpergröße bis max. ... cm (Übergröße, elektrisch verstellbar) • Für Patienten und Patientinnen mit Gewicht bis max ... kg (elektrisch verstellbar) 	
BF25	Röntgeneinrichtungen	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> • Für Patienten und Patientinnen mit Körpergröße bis max. ... cm (Übergröße, elektrisch verstellbar) • Für Patienten und Patientinnen mit Gewicht bis max ... kg (elektrisch verstellbar) 	
BF26	Untersuchungseinrichtungen/-geräte (Körperwaagen, Blutdruckmanschetten)	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> • Für Patienten und Patientinnen mit Körpergröße bis max. ... cm (Übergröße, elektrisch verstellbar) • Für Patienten und Patientinnen mit Gewicht bis max ... kg (elektrisch verstellbar) 	z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten

BF27	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> Für Patienten und Patientinnen mit Körpergröße bis max. ... cm (Übergröße, elektrisch verstellbar) Für Patienten und Patientinnen mit Gewicht bis max ... kg (elektrisch verstellbar) 	<i>z. B. Patientenlifter</i>
BF28	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> Für Patienten und Patientinnen mit Körpergröße bis max. ... cm (Übergröße, elektrisch verstellbar) Für Patienten und Patientinnen mit Gewicht bis max ... kg (elektrisch verstellbar) 	<i>z. B. Anti-Thrombosestrümpfe</i>
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien			
BF29	Allergenarme Zimmer		Angaben, ob bzw. auf welchen Stationen es allergenarme Zimmer gibt und ob eine Bekanntgabe von Allergien vor der Aufnahme erforderlich ist.
BF30	Unterschiedliche Ernährungsformen		Angaben, welche Diäten und Ernährungsformen berücksichtigt werden können.
Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung			
BF31	Dolmetscherdienste	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> in der Notfallaufnahme im Aufnahmebereich in der Pflege in der Ärzteschaft in Funktionsbereichen ... 	<i>z. B. Türkisch</i>
BF32	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal		Angaben, ob bzw. welche Behandlungsmöglichkeiten durch Personal in welchen Fremdsprachen angeboten werden.
BF33	Informationsmaterial über das Krankenhaus liegt in folgenden Sprachen vor	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> Englisch Französisch Spanisch Russisch Türkisch ... 	Es sollte genau genannt werden, in welchen Sprachen Informationsmaterial über das Krankenhaus vorliegt
BF34	Mehrsprachige Internetseite	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):	Es sollte genau genannt werden, in welchen

		Internetseite ist in folgenden Sprachen gestaltet <ul style="list-style-type: none"> • Englisch • Französisch • Spanisch • Russisch • Türkisch • ... 	Sprachen die Internetseite gestaltet ist
BF35	Mehrsprachiges Orientierungssystem (Ausschilderung)	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): Orientierungssystem (Ausschilderung) im Krankenhaus in folgenden Sprachen <ul style="list-style-type: none"> • Englisch • Französisch • Spanisch • Russisch • Türkisch • ... 	Es sollte genau genannt werden, in welchen Sprachen das Orientierungssystem (Ausschilderung) im Krankenhaus gestaltet ist
BF36	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> • aus bautechnischer Perspektive barrierefrei gestaltet und nutzbar • aus kultureller Sicht – d.h. religionsübergreifend – gestaltet und nutzbar • keine Räumlichkeiten vorhanden 	
Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit			
BF37	Büro für Menschen mit Beeinträchtigungen	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Name</i> • <i>Öffnungszeiten</i> • <i>Telefon</i> • <i>E-Mail</i> 	Es sollte genau genannt werden, ob es eine Einrichtung (bspw. Büro ...) für Menschen mit Beeinträchtigungen / eine kontinuierlich erreichbare Ansprechperson gibt, in der / bei der betroffene Patienten Unterstützung bekommen / sich beraten lassen können und ggf. frühzeitige Absprachen treffen können..
BF38	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit		Es sollte erläutert werden, was unter "Interner und/oder externer Erhebung der Barrierefreiheit" zu verstehen ist. Der Nutzen, den Patienten hieraus ziehen können, sollte dargestellt werden.
BF39	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme (in Patienten-, Behandlungs-, Funktionsräumen, Sanitäranlagen) Barrierefreier Evakuierungsplan für den Notfall		Es sollte genau genannt werden, ob bzw. wo barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme vorhanden sind (in Patienten-, Behandlungs-,

			Funktionsräumen, Sanitäreanlagen). Es sollte genau genannt werden, ob es einen barrierefreien Evakuierungsplan für den Notfall gibt.]
--	--	--	---

Kompromissvorschlag der DKG auf Basis des vorstehenden Vorschlags der PatV:

Nummer	Aspekt der Barrierefreiheit		Kommentar/Erläuterung
	Informationsdarbietung auf der Internetseite des Krankenhauses		Link zur Internetseite
Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen			
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen (kontrastreiche Pyramidenschrift) in erhabener Profilschrift und Blindenschrift/ Brailleschrift		<i>z.B. Beschriftung liegt vor in Patientenzimmern, in Behandlungsräumen, in Funktionsräumen</i>
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung		<i>z.B. Ausstattung der Aufzüge mit Sprachansage, mit kontrastreicher erhabener Profilschrift, mit Blindenschrift-/Braille-Beschriftung</i>
BF03	Tastbarer Gebäudeplan		<i>z.B. Angabe, wo der tastbare Gebäudeplan zu finden ist.</i>
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung		<i>z.B. Angaben zur Gestaltung optischer Informationen für Menschen mit Sehbehinderungen im gesamten Haus, Verwendung von Piktogrammen</i>
BF05	Leitsysteme bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen		<i>z.B. Angaben, ob bzw. wo im Haus ein Blinden- bzw. Bodenleitsystem für sehbehinderte oder blinde Menschen installiert ist, ob es im Haus personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen gibt und wann und wo diese personelle Unterstützung angefordert werden muss.</i>
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen			
BF06	Äußere Erschließung		<i>z.B. Anzahl der Anzahl der Behindertenparkplätze, Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (ja/nein)</i>
BF07	Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs		<i>z.B. Hinweis, ob der Tresen beim Service-/Anmeldeschalter eine Nutzung vom Rollstuhl aus und auch für Kleinwüchsige ermöglicht.</i>
BF08	Treppen mit beidseitigem Handlauf		<i>z.B. im Eingangsbereich</i>

BF10	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches <ul style="list-style-type: none"> Zimmerausstattung mit barrierefreien Sanitäranlagen 		<i>z.B. Zimmer mit rollstuhlgerechter/ behindertengerechte Dusche vorhanden, Zimmer mit rollstuhlgerechter/ behindertengerechter Dusche und rollstuhlgerechter/behindertengerechter Toilette mit von unterschiedlichen Seiten anfahrbaren WCs vorhanden</i>
	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette		
BF11	Rollstuhlgerechter/behindertengerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen		<i>z.B. Konkrete Hinweise, ob Serviceeinrichtungen rollstuhlgerechte/behindertengerechte Zugänge haben.</i>
BF12	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug		<i>z.B. Aufzüge mit gut erreichbaren Bedienfeldern (innen/außen)</i>
BF13	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher		<i>z.B. Toilette, die beidseitig anfahrbar ist</i>
BF14	Besondere personelle Unterstützung		<i>z.B. Begleitung/Führen eines Rollstuhls</i>
Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit			
BF15	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und visuellen Anzeigen		<i>z.B. Angaben, ob bzw. welche Räume im Haus mit einer Blitzanlage bzw. bei einem Patientenruf mit einer Anzeige „Hilfe kommt ausgestattet sind</i>
BF17	Aufzug mit Anzeige		<i>z.B. Aufzüge mit Stockwerksanzeige, mit visueller Anzeige für den Notruf „Hilfe kommt“</i>
BF18	Kommunikationshilfen		<i>z.B. Gebärdensprachdolmetscher/-in, Schriftdolmetscher/-in vorhanden, technische Kommunikationshilfe vorhanden</i>
BF19	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache		
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung			
BF20	Arbeit mit Piktogrammen		<i>z.B. Angaben, ob bzw. auf welchen Stationen im Haus mit Piktogrammen gearbeitet wird.</i>
BF21	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung		<i>z.B. Angaben, ob/wo/welche baulichen Maßnahmen für Menschen mit Demenz bzw. mit geistiger Behinderung vorhanden sind.</i>

BF22	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung		<i>z.B. Angaben, ob bzw. welche besondere personelle Unterstützung es für Menschen mit Demenz bzw. geistiger Behinderung gibt (bspw. bei der Medikamentenapplikation) und wo diese angefordert werden muss.</i>
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung			
BF23	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße		<i>z.B. Übergröße, elektrisch verstellbar</i>
BF24	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische		
BF25	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße		
BF26	Untersuchungsgeräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten		<i>z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten</i>
BF27	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege		<i>z. B. Patientenlifter</i>
BF28	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe		<i>z. B. Anti-Thrombosestrümpfe</i>
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien			
BF29	Allergenarme Zimmer		<i>z.B. Angaben, ob bzw. auf welchen Stationen es allergenarme Zimmer gibt</i>
BF30	Diätetische Angebote		<i>z.B. Angaben, welche Diäten berücksichtigt werden können.</i>
Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung			
BF31	Dolmetscherdienst		<i>z. B. Türkisch</i>
BF32	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal		<i>z.B. Angaben, ob bzw. welche Behandlungsmöglichkeiten durch Personal in welchen Fremdsprachen angeboten werden.</i>
BF33	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus		<i>z. B. Niederländisch, Polnisch</i>
BF34	Mehrsprachige Internetseite		<i>z. B. Französisch, Dänisch</i>
BF35	Mehrsprachiges Orientierungssystem (Ausschilderung)		<i>z. B. Französisch, Arabisch</i>
BF36	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung		<i>z. B. Raum der Stille</i>

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit			
BF37	Büro für Menschen mit Beeinträchtigungen		<i>z.B. Ansprechpartner, Name(n), Telefon, E-Mail</i>
BF38	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit		
BF39	Barrierefreie Notrufsysteme Barrierefreier Evakuierungsplan für den Notfall]		

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

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

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

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

HB18	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	
------	--	--

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

Nummer	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/Erläuterung
SP04	Diätassistentin und Diätassistent	
SP36	Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer	
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	
SP06	Erzieherin und Erzieher	
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoge	
SP08	Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge	
SP39	Heilpraktikerin und Heilpraktiker	
SP30	Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	
SP57	Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe	
SP13	Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut	
SP14	Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	<i>z. B. für Babymassage</i>
SP43	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
SP55	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	
SP16	Musiktherapeutin und Musiktherapeut	
SP17	Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)	
SP18	Orthopädiemechanikerin und Bandagistin und Orthopädiemechaniker und Bandagist/Orthopädienschuhmacherin und Orthopädienschuhmacher	
SP19	Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker	
SP20	Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	
SP22	Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)	
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	
SP24	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut	
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	
SP40	Sozialpädagogische Assistentin und Sozialpädagogischer Assistent/Kinderpflegerin und Kinderpfleger	
SP35	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	
SP60	Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	

SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	
SP58	Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)	
SP59	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	
	Gesundheitspädagogin und -pädagoge	

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

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

		-Qualitätszirkel -Andere: (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/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 einrichtungsweg-internen Fehlermeldesystems“ (Kapitel A-12.2.3.1)

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

Auswahlliste „Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen“ (Kapitel A-12.2.3.2)

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
<i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>		
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF04	CIRS-Palliativ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF05	CIRS-msp (Referenzzentrum Mammographie Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF06	CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF07	CIRS Urologie (Berufsverband der Urologen, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF08	CIRS Notfallmedizin (Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin, Klinikum Kempten)	
EF09	Coliquio (kooperatives Forschungsprojekt der Hochschule Konstanz)	
EF10	CIRS der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)	
EF11	CIRS der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)	
EF12	„Jeder Fehler zählt“ (Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt)	
EF13	DokuPIK (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus beim Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker [ADKA])	
EF14	CIRS Health Care	
EF15	PaSIS (Patientensicherheits- und Informationssystem des Universitätsklinikums Tübingen)	
EF16	CIRS-Pädiatrie (Bundesverband Kinder- und Jugendärzte, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)	
EF17	DGHO-CIRS (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie)	
EF00	Sonstiges	<i>(Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)</i>

Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (Kapitel A-12.3.2.6)

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

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

Auswahlliste „Arzneimitteltherapiesicherheit“ (Kapitel A-12.5.4)

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
Allgemeines		
AS01	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu AMTS bezogenen Themen	
AS02	Vorhandensein adressatengerechter und themenspezifischer Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten zur ATMS z. B. für chronische Erkrankungen, für Hochrisikoarzneimittel, für Kinder	
Aufnahme ins Krankenhaus - inklusive Arzneimittelanamnese		
AS03	Verwendung standardisierter Bögen für die Arzneimittel-Anamnese	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP [GKV-SV: letzte Aktualisierung (Datum)]
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
Medikationsprozess im Krankenhaus		
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gem. RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/SOP [GKV-SV: letzte Aktualisierung (Datum)]
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)

		oder Name der Verfahrensbeschreibung/SOP [GKV-SV: letzte Aktualisierung (Datum)]
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	Auswahloptionen: <ul style="list-style-type: none"> - Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung - Zubereitung durch pharmazeutisches Personal - Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen - Sonstiges: (Freitextangabe, max. 500 Zeichen) (Mehrfachauswahl möglich)
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) - Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z. B. Unit-Dose-System) - Sonstige elektronische Unterstützung (bei z. B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen) (Mehrfachauswahl möglich)
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln	
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	Auswahloptionen: <ul style="list-style-type: none"> - Fallbesprechungen - Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung - Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung) - Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden

		<p>Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> - andere Maßnahme (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen) <i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>
Entlassung		
AS13	Maßnahmen zur Sicherstellung einer lückenlosen Arzneimitteltherapie nach Entlassung	<p>Auswahloptionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aushändigung von arzneimittelbezogenen Informationen für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung der Patientin oder des Patienten im Rahmen eines (ggf. vorläufigen) Entlassbriefs - Aushändigung von Patienteninformationen zur Umsetzung von Therapieempfehlungen - Aushändigung des Medikationsplans - bei Bedarf Arzneimittel-Mitgabe oder Ausstellung von Entlassrezepten - Sonstiges: (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen) <i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>

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

Nummer	Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzangabe: 24 Stunden-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA (X)	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja/Nein	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X)	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja/Nein	
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja/Nein	
AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja/Nein	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine		

		Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja/Nein	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung (X)		Ja/Nein	z. B. ECMO/ECLA
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja/Nein	
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph (X)		Ja/Nein	
AA23	Mammographiegerät	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 Wasserstoffionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens		
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten		zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung		
AA69	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja/Nein	
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja/Nein	
	[DKG: Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter]		
	[DKG: 3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation]		

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

Nummer	Module der Speziellen Notfallversorgung	Kommentar/Erläuterung]
<i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>		
...	Modul Basisnotfallversorgung Kinder	
...	Modul erweiterte Notfallversorgung Kinder	
...	Modul umfassende Notfallversorgung Kinder	
...	Modul Schwerverletztenversorgung	
...	Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)	
...	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)	

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

Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde	Kommentar/Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	<i>z. B. auch Hornhauttransplantation</i>
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	<i>z. B. Behandlung von Gefäßverschlüssen (Rheologie), Diagnostik und Therapie der Frühgeborenenretinopathie</i>
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	<i>z. B. intravitreale Injektionen</i>
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	<i>z. B. auch refraktive Chirurgie</i>
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	<i>z. B. Sehschule</i>
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation	
VA13	Anpassung von Sehhilfen	
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen	
VA15	Plastische Chirurgie	
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA17	Spezialsprechstunde	
VA18	Laserchirurgie des Auges	
VA00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie	Kommentar/Erläuterung
	Herzchirurgie	
VC01	Koronarchirurgie	<i>z. B. Bypasschirurgie</i>
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: 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>
	Thoraxchirurgie	
VC11	Lungenchirurgie	
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen	
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC59	Mediastinoskopie	
	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	<i>z. B. Carotischirurgie</i>
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	<i>z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)</i>
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	<i>z. B. Schilddrüsenchirurgie</i>
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	<i>z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie</i>
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC25	Transplantationschirurgie	
VC60	Adipositaschirurgie	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC68	Mammachirurgie	
	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63	Amputationschirurgie	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	

VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC69	Verbrennungschirurgie	
	Neurochirurgie	
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis)	
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen	<i>z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome</i>
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	<i>z. B. Vertebroplastie</i>
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark	
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer 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	
	Allgemein	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	<i>z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)</i>
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VC00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie	Kommentar/Erläuterung
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	<i>z. B. Photodynamische Tumorthherapie</i>
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen	
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	<i>z. B. Schweiß- und 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“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe	Kommentar/Erläuterung
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
VG05	Endoskopische Operationen	<i>z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie</i>
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	<i>z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom</i>
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	<i>z. B. Endometriose</i>
VG15	Spezialsprechstunde	
VG16	Urogynäkologie	
VG17	Reproduktionsmedizin	
VG18	Gynäkologische Endokrinologie	
VG19	Ambulante Entbindung	
VG00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO	Kommentar/Erläuterung
	Ohr	
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	
VH04	Mittelohrchirurgie	<i>z. B. Hörverbesserung, implantierbare Hörgeräte</i>
VH05	Cochlearimplantation	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	
VH27	Pädaudiologie	
	Nase	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln	
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VI 32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
	Mund/Hals	
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	<i>z. B. auch Stimmstörungen</i>
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH25	Schnarchoperationen	
	Onkologie	

VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
	Rekonstruktive Chirurgie	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
	Allgemein	
VH23	Spezialsprechstunde	
VH26	Laserchirurgie	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VH00	(„Sonstiges“)	

Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin	Kommentar/Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	<i>z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)</i>
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	<i>z. B. Diabetes, Schilddrüse</i>
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	<i>z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs</i>
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI26	Naturheilkunde	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI28	Anthroposophische Medizin	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI35	Endoskopie	<i>z. B. auch Kapselendoskopie</i>

VI36	Mukoviszidosezentrum	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI41	Shuntzentrum	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	<i>z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn</i>
VI44	Geriatrische Tagesklinik	
VI45	Stammzelltransplantation	
VI00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie	Kommentar/Erläuterung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	<i>z. B. Multiple Sklerose</i>
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	<i>z. B. von Hirnnerven</i>
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN20	Spezialprechstunde	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	
VN22	Schlafmedizin	
VN23	Schmerztherapie	
VN24	Stroke Unit	
VN00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie	Kommentar/Erläuterung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	

VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO17	Rheumachirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VO21	Traumatologie	
VO00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie	Kommentar/Erläuterung
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen	
VK02	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen	
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen	
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts	
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen	
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien	<i>z. B. Ullrich-Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Marfan-Syndrom)</i>
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärztinnen und Frauenärzten	

VK25	Neugeborenenenscreening	z. B. Hypothyreose, Adrenogenitales Syndrom (AGS)
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“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik	Kommentar/Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	
VP00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie	Kommentar/Erläuterung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
	Ultraschalluntersuchungen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
	Projektionsradiographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	z. B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie

	Computertomographie (CT)	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR13	Elektronenstrahltomographie (EBT)	
	Optische Verfahren	
VR14	Optische laserbasierte Verfahren	
	Darstellung des Gefäßsystems	
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR17	Lymphographie	
	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	
VR18	Szintigraphie	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
	Magnetresonanztomographie (MRT)	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
	Andere bildgebende Verfahren	
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
	Strahlentherapie	
VR30	Oberflächenstrahlentherapie	
VR31	Orthovoltstrahlentherapie	
VR32	Hochvoltstrahlentherapie	<i>z. B. Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)</i>
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	
VR34	Radioaktive Moulagen	
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	
	Nuklearmedizinische Therapie	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	
VR39	Radiojodtherapie	
	Allgemein	
VR40	Spezialsprechstunde	
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR42	Kinderradiologie	
VR43	Neuroradiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR45	Intraoperative Bestrahlung	
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen	
VR47	Tumorembolisation	
VR00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie und Nephrologie	Kommentar/Erläuterung
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	

VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU08	Kinderurologie	
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	
VU15	Dialyse	
VU16	Nierentransplantation	
VU17	Prostatazentrum	
VU18	Schmerztherapie	
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	
VG16	Urogynäkologie	
VU00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Kommentar/Erläuterung
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde	
VZ03	Dentale Implantologie	
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie	
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien	
VZ17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich	
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne	
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates	
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks	
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
VZ11	Endodontie	<i>z. B. Wurzelkanalbehandlungen</i>
VZ12	Epithetik	<i>z. B. Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen</i>
VZ13	Kraniofaziale Chirurgie	
VZ19	Laserchirurgie	
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose	
VZ00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen	Kommentar/Erläuterung
VX00	(„Sonstiges“)	

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

Num-mer	Art der Ambulanz (Mehrfachnennungen möglich)
AM01	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
AM03	Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V

AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
AM06	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
AM17	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
AM07	Privatambulanz
AM08	Notfallambulanz (24 Stunden)
AM09	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
AM12	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140a Absatz 1 SGB V
AM13	Ambulanz nach § 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 Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose	
LK04	Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie)	
LK05	Anlage 2 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen	
LK06	Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen	
LK07	Anlage 2 Nr. 5	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems)	
LK08	Anlage 2 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit biliärer Zirrhose	
LK09	Anlage 2 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis	
LK10	Anlage 2 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson	
LK11	Anlage 2 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Transsexualismus	

LK12	Anlage 2 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Kindern mit folgenden angeborenen Stoffwechselstörungen: a) Adrenogenitales Syndrom b) Hypothyreose c) Phenylketonurie d) Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel) e) Galactosaemie	
LK14	Anlage 2 Nr. 12	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie (mit Ablauf 31. Mai 2019 keine Anwendung mehr in ABK-RL)	
LK26	Anlage 2 Nr. 14	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen	
LK27	Anlage 2 Nr. 15	Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom	
LK28	Anlage 2 Nr. 16	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Lebertransplantation	
LK15_2	Anlage 3 Nr. 1	2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax	
LK15_3	Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren	
LK15_4	Anlage 3 Nr. 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren	
LK15_5	Anlage 3 Nr. 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	
LK15_6	Anlage 3 Nr. 1	6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren	
LK15_7	Anlage 3 Nr. 1	7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren	
LK15_8	Anlage 3 Nr. 1	8. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren (mit Ablauf 9. August 2019 keine Anwendung mehr in ABK-RL)	
LK15_9	Anlage 3 Nr. 1	9. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren	
LK15_10	Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung	
LK15_11	Anlage 3 Nr. 1	11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen	
LK16	Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS	
LK17	Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche)	
LK18	Anlage 3 Nr. 4	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3 bis 4)	
LK20	Anlage 3 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose	
LK21	Anlage 3 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden	

LK22	Anlage 3 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie	
LK23	Anlage 3 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden	
LK24	Anlage 3 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen	

Nummer	Nr. der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 17. Mai 2018	Angebotene Leistungen	Kommentar/Erläuterung
LK29	Anlage 1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	
LK30	Anlage 2 a	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	
LK31	Anlage 2 k	Marfan-Syndrom	
LK32	Anlage 2 l	pulmonale Hypertonie	
LK33	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	
LK34	Anlage 2 b	Mukoviszidose	
LK35	Anlage 1.1 b	Rheumatische Erkrankungen	
LK36	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	
LK37	Anlage 2 h	Morbus Wilson	
LK38	Anlage 2 o	ausgewählte seltene Lebererkrankungen	
LK39	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 4: Hauttumoren	
LK40	Anlage 2 c	Hämophilie	

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

Nummer	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar/Erläuterung (z. B. Weiterbildungsbefugnisse)
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ01	Anästhesiologie	
AQ02	Anatomie	
AQ03	Arbeitsmedizin	
AQ04	Augenheilkunde	
AQ05	Biochemie	
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	
AQ07	Gefäßchirurgie	
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	

AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten	
AQ08	Herzchirurgie	
AQ21	Humangenetik	
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin	
AQ23	Innere Medizin	
AQ24	Innere Medizin und 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	
Num- mer	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar/Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF02	Akupunktur	
ZF03	Allergologie	
ZF04	Andrologie	
ZF05	Betriebsmedizin	

ZF06	Dermatohistologie	
ZF07	Diabetologie	
ZF08	Flugmedizin	
ZF09	Geriatric	
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	
ZF11	Hämostaseologie	
ZF12	Handchirurgie	
ZF13	Homöopathie	
ZF14	Infektiologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	
ZF17	Kinder-Gastroenterologie	
ZF18	Kinder-Nephrologie	
ZF19	Kinder-Orthopädie	
ZF20	Kinder-Pneumologie	
ZF21	Kinder-Rheumatologie	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden –	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF26	Medizinische Informatik	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF29	Orthopädische Rheumatologie	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF31	Phlebologie	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF33	Plastische Operationen	
ZF34	Proktologie	
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
ZF39	Schlafmedizin	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	
ZF46	Tropenmedizin	

Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ (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 und Familienentbindungspfleger	
PQ17	Pflege in der Rehabilitation	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	
PQ19	Gemeindekrankenpflege/Ambulante Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ21	Casemanagement	<i>z. B. Weiterbildung nach DGCC</i>
PQ22	Intermediate Care Pflege	
Num- mer	Zusatzqualifikation	Kommentar/Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	<i>z. B. Diabetesberatung</i>
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	<i>z. B. Überleitungspflege</i>
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatrie	<i>z. B. Zercur</i>
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	<i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexpertin und Pflegeexperte Schmerzmanagement; Pain Nurse</i>
ZP22	Atmungstherapie	
ZP23	Breast Care Nurse	
ZP24	Deeskalationstraining	<i>z. B. Deeskalationstrainerin und Deeskalationstrainer in der Psychiatrie</i>
ZP25	Gerontopsychiatrie	
ZP26	Epilepsieberatung	
ZP27	OP-Koordination	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	<i>z. B. Still- und Laktationsberaterin und Laktationsberater (IBCLC)</i>
ZP29	Stroke Unit Care	
ZP30	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP)	
ZP31	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Neurologie	<i>z. B. Parkinson Nurse</i>
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	<i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP32	Gefäßassistentin und Gefäßassistent DGG®	

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

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

Hessen	Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	MRE	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: Akutbehandlung	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Rheinland-Pfalz	Schlaganfall	<u>Auswahloptionen:</u> 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	[GKV-SV: Notfälle, keine planbaren Leistungen] [DKG: Notfälle oder Verlegung des Patienten medizinisch nicht vertretbar]	
MM02	Aufbau eines neuen Leistungsbereichs	
MM03	Personelle Neuausrichtung	
MM04	Votum der Landesbehörde wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung	
MM05	[GKV-SV: Keine Ausnahme] [DKG: Standort war im Berichtsjahr zur Leistungserbringung berechtigt (bestätigte Prognose). Mengenmäßige Erwartung wurde jedoch nicht erreicht]	
MM06	Erstmalige Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung	
MM07	Erneute Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung nach mindestens 24-monatiger Unterbrechung	
	[DKG: Leistung erbracht ohne Berechtigung zur Leistungserbringung und ohne einschlägigen Ausnahmegrund]	

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

Nummer	Beschluss	Kommentar/Erläuterung
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma	
CQ02	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten	
CQ03	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde	
CQ04	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Protonentherapie in Krankenhäusern bei der Indikation Rektumkarzinom	
CQ05	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1	
CQ06	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 2	
CQ07	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinataler Schwerpunkt	
CQ08	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	
CQ09	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und perióstgedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk	
CQ10	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk	
CQ11	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem hepatozellulären Karzinom (HCC)	
CQ12	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms	
CQ18	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie	
CQ19	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) der UICC Stadien I bis III	
CQ21	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit Ösophaguskarzinom	
CQ22	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei interstitieller Low-Dose-Rate-Brachytherapie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms	
CQ23	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie und akuter myeloischer Leukämie bei Erwachsenen	
CQ24	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom	
CQ25	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser	

Anlage 2 Annahmestelle und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr 2019

Zugelassene Krankenhäuser sind gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht gemäß den Vorgaben des G-BA zu erstellen und an die in der Anlage 2 der Regelungen bestimmte Annahmestelle zu liefern.

Annahmestelle

Die Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) ist die Datenannahmestelle der Qualitätsberichte gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses 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.

Die Kontaktadresse der gemeinsamen Annahmestelle lautet:

Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG)
 Seligenstädter Grund 11
 63150 Heusenstamm
 Telefon-Hotline: 0 61 04/94 73 64 00
 Telefax: 0 61 04/60 05 03 00
 E-Mail: Hotline-qb@itsg.de

Aufgaben der Annahmestelle

Die Annahmestelle nimmt die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser entgegen. Zu den Aufgaben der Datenannahmestelle gehören insbesondere die Umsetzung des Datenlieferverfahrens sowie eines technischen Supports für Anfragen von Krankenhäusern. Sämtliche Prozesse, die das Datenlieferverfahren der Qualitätsberichte betreffen, sowie dessen Änderungen erfolgen in Abstimmung mit dem G-BA. Dem G-BA ist darzulegen, dass die Datenverarbeitung gemäß der aktuellen Datenschutzgesetzgebung erfolgt.

Datenlieferverfahren

	Anmeldung
1.	Zugelassene Krankenhäuser melden sich vor der Lieferung der Qualitätsberichte bei der Annahmestelle an. Die Anmeldung erfolgt online über ein Internetformular.
2.	Das Anmeldeverfahren beginnt 18 Wochen vor dem Ablauf der in § 6 Absatz 1 genannten Übermittlungsfrist für die Qualitätsberichte und endet 12 Wochen vor dem Ablauf dieser Übermittlungsfrist.
3.	Eine Anmeldung während des Anmeldezeitraums ist nur für Krankenhäuser erforderlich, die sich nicht bereits im zurückliegenden Berichtsjahr registriert haben. Alle anderen Krankenhäuser können sich unter Verwendung der vorhandenen Zugangsdaten während des Anmeldezeitraums gemäß Nummer 2 bzw. Nummer 9 direkt einloggen und müssen lediglich die Aktualität der gemachten Angaben prüfen und bestätigen, dass für das aktuelle Berichtsjahr ein Qualitätsbericht abgegeben wird.

4.	<p>Für jeden Bericht, der geliefert werden soll, ist eine eigene Anmeldung notwendig. Für die Anmeldung übermittelt das Krankenhaus folgende Angaben gemäß Anlage 1, Berichtsteil A-1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Institutionskennzeichen und Standortnummer zur Identifikation: Dabei muss es sich um das Institutionskennzeichen (IK) und die Standortnummer handeln, die für das Berichtsjahr bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wurden. Nimmt ein Krankenhaus nicht am Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 SGB V teil, werden das im Berichtsjahr gültige IK und die Standortnummer angegeben. Diese Angabe muss der Angabe aus Berichtsteil A-1, I.2 entsprechen. - Weitere Institutionskennzeichen, die für die externe vergleichende Qualitätssicherung im Berichtsjahr verwendet wurden: Wurde im Berichtsjahr mehr als ein IK für die Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung verwendet, sind alle weiteren IK anzugeben. - Kontaktdaten des Krankenhauses (Name des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts, Ansprechperson, Telefonnummern, E-Mail-Adressen; sofern ein Gesamtbericht angemeldet wird, sind das IK und die Adress- und Kontaktdaten des Hauptstandorts sowie die IK, die Standortnummern und die Kontaktdaten aller einzelnen Standorte anzugeben). - Grundlage der Zulassung des Krankenhauses nach § 108 SGB V (Angabe, ob anerkannte Hochschulklinik, Plankrankenhaus oder Versorgungsvertrag).
5.	<p>Die Freischaltung der Adresse erfolgt erst nach Bestätigung durch das Krankenhaus (Double-Opt-In-Prinzip). Erst nach dieser Freischaltung ist die Übermittlung von Dateien möglich. Das Krankenhaus erhält für jede Anmeldung Zugangsdaten (Benutzername und Passwort). Die Zugangsdaten können vom Krankenhaus zu dem im aktuellen Zeitstrahl jeweils vorgesehenen Zeitraum geändert werden. Bei fehlendem Zugriff auf die hinterlegte E-Mail-Adresse wird ein aufwandsarmes Verfahren zu Neuanlegung einer Zugangsberechtigung umgesetzt.</p>
6.	<p>Nach Ablauf der Anmeldefrist deaktiviert die Annahmestelle das Anmeldeformular für Krankenhäuser, erstellt eine Liste aller angemeldeten Einrichtungen und übermittelt diese den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen zum Abgleich. Bei Abweichungen zwischen den bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen und der Annahmestelle vorliegenden Institutionskennzeichen und Standortnummern erhalten die Krankenhäuser die Gelegenheit, ihre Daten zu korrigieren. Hierzu informiert die Annahmestelle die betroffenen Krankenhäuser und aktiviert das Anmeldeformular. Nach Abschluss dieser maximal vierwöchigen Prüf- und Korrekturphase werden die Identifikationsdaten für den Datenlieferprozess des jeweiligen Berichtsjahres fixiert und die Annahmestelle übermittelt den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen die abschließende Liste.</p>
7.	<p>Nach Abschluss der Korrekturphase bestätigt die Annahmestelle dem Krankenhaus die Anmeldung und übermittelt dabei die gemeldeten Daten. Die Angaben zu den Institutionskennzeichen und Standortnummern können nur innerhalb des Anmeldeverfahrens nach Nummer 2 und der Korrekturphase nach Nummer 5 geändert werden.</p>

8.	Abweichend davon können die sonstigen krankenhausbezogenen Kontaktdaten jederzeit aktualisiert werden.
9.	Krankenhäuser, die versäumt haben, sich in der in Nummer 2 genannten Frist ordnungsgemäß anzumelden, können sich innerhalb der in § 6 Absatz 3 Buchstabe c Qb-R vorgesehenen Übermittlungsfrist bei der Annahmestelle anmelden. Für diese Anmeldung gelten die Nummern 1, 3, 4, 5 und 8 entsprechend. Dabei haben die Krankenhäuser sicherzustellen, dass die Identifikationsdaten für den Datenlieferprozess (Institutionskennzeichen und Standortnummer) des jeweiligen Standorts mit denen übereinstimmen, die für das jeweilige Berichtsjahr bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen vorliegen. Die Annahmestelle bestätigt dem Krankenhaus die Anmeldung und übermittelt dabei die gemeldeten Daten. Darüber hinaus aktualisiert sie die abschließende Liste (gemäß Nummer 5) und übermittelt diese an die mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen.
	Annahmeverfahren gemäß § 6 Absatz 1 (alle Berichtsteile außer C-1)
10.	In den Übermittlungszeiträumen gemäß § 6 Qb-R können angemeldete bzw. registrierte Krankenhäuser ihre Qualitätsberichte in einem geschützten Bereich auf einem Datenannahmeportal hochladen und damit an die Annahmestelle übermitteln. Krankenhäuser können innerhalb der Übermittlungsfristen mehrere Berichte hochladen, z.B. um die Datei zu korrigieren. Der neue Bericht überschreibt dabei jeweils die Vorgängerversion.
11.	Die Annahmestelle versendet unverzüglich eine Bestätigung der Datenannahme für alle eingehenden Dateien per E-Mail.
12.	Die Dateien werden anhand des für das Berichtsjahr festgelegten Datenschemas (gemäß Anhang 1 zu Anlage 1) sowie der für das Berichtsjahr festgelegten Plausibilisierungsregeln (gemäß Anhang 4 zu Anlage 1) geprüft.
13.	Die Annahmestelle informiert das Krankenhaus unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.
14.	Angemeldete Krankenhäuser, von denen bis 14 Tage vor dem Ende der Übermittlungsfrist gemäß § 6 Absatz 1 kein Bericht eingegangen ist, erhalten eine Erinnerungs-E-Mail von der Annahmestelle. Die Annahmestelle teilt dem Krankenhaus darin mit, ob bisher keine korrekte Datenlieferung erfolgte, die gelieferte Datei fehlerhaft ist oder die in der Registrierung eines Gesamtberichts genannten Standort(e) ihren standortspezifischen Qualitätsbericht, noch nicht geliefert haben.
15.	Nach Abschluss der Übermittlungszeiträume gemäß § 6 Qb-R erhält das Krankenhaus eine Übersicht über die gelieferten Qualitätsberichte.
	Annahmeverfahren gemäß § 6 Absatz 2 (Berichtsteil C-1)
16.	Die Annahmestelle liefert die Liste der Daten aus Nummer 4, erster und zweiter Spiegelstrich an die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen.
17.	Die Daten zur externen vergleichenden Qualitätssicherung – inklusive der Kommentare des Krankenhauses – werden nur für Krankenhäuser geliefert, die sich bis 12 Wochen vor Ablauf der Übermittlungsfrist nach § 6 Absatz 1 angemeldet haben. Für Krankenhäuser, die sich bis zu diesem Zeitpunkt angemeldet haben und für die keine Qualitätssicherungsdaten vorliegen, erfolgt eine Null-Meldung.

Anlage 2: Annahmestelle und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr 2019

18.	<p>Die Dateien werden anhand des für das Berichtsjahr festgelegten Datenschemas (gemäß Anhang 1 zu Anlage 1) sowie der für das Berichtsjahr festgelegten Plausibilisierungsregeln (gemäß Anhang 4 zu Anlage 1) geprüft.</p> <p>Die Annahmestelle informiert die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.</p>
19.	<p>Die Annahmestelle informiert die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen 14 Tage vor dem Ablauf der Übermittlungsfrist gemäß § 6 Absatz 2, für welche Krankenhäuser noch keine Qualitätsdaten geliefert wurden.</p>

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anpassungen für das Berichtsjahr 2019 und Außerkraftsetzung der Anlage 1 und ihrer Anhänge sowie der Anlage 2 für das Berichtsjahr 2017

Vom 19. Dezember 2019

Stand: nach Sitzung UA QS 04.09.2019

Hinweise:

- Dissente/nicht abschließend beratene Positionen sind **gelb hinterlegt**.
- Redaktionell im Nachgang zur Beschlussfassung anzupassende Textpassagen sind **grau** hinterlegt.
- Das Dokument ist noch nicht rechtlich geprüft.

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Zu den Regelungen im Einzelnen.....	2
2.1.1	Anlage 1 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019).....	2
	C-8.....	9
2.1.2	Anhang 2 zu Anlage 1 (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019)	12
2.1.3	Anlage 2	14
3.	Bürokratiekostenermittlung	14
4.	Verfahrensablauf	14
5.	Fazit	14

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 die Anlage 1 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R), der Anhang 2 zur Anlage 1 und die Anlage 2 der Qb-R für das Berichtsjahr 2019 eingefügt. Die nachfolgenden Tragenden Gründe erläutern solche Änderungen, die gegenüber der Anlage 1, des Anhangs 2 zur Anlage 1 und der Anlage 2 Qb-R für das Berichtsjahr 2018 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/richtlinien/39/>.

2.1 Zu den Regelungen im Einzelnen

Neben den für das Berichtsjahr 2019 erforderlichen redaktionellen Anpassungen der Verweise wurden insbesondere folgende Änderungen vorgenommen:

2.1.1 Anlage 1 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019)

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

GKV-SV	DKG
[keine Änderung des Regelungstextes gegenüber dem Vorjahr vorgesehen]	<p><i>Begründung der Streichung des Kapitels A-6:</i></p> <p><i>Qualitätsberichterstattung zielt auf eine Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung ab. Dies geschieht durch die Stärkung der Patientenautonomie und die damit einhergehende Fähigkeit eine Auswahlentscheidung für ein aus Patientensicht geeignetes Krankenhaus zu treffen. Zugleich werden Krankenhäuser durch das Benchmarking zu Qualitätsverbesserungen motiviert.</i></p> <p><i>Aus diesen Gründen muss für die Inhalte der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser ein Nutzen für die Qualität der medizinischen Versorgung nachgewiesen sein. Die darin enthaltenen Daten müssen demnach relevant sein und</i></p>

	<i>nachgewiesener Maßen zu einer Qualitätsverbesserung führen. Informationen, die keinen Nutzen für die Qualität der medizinischen Versorgung aufweisen können als „für hohe Qualität erforderlich“ verstanden und dadurch Patientenströme gelenkt und Fehlanreize für die Krankenhäuser geschaffen werden.</i>
--	---

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit i.V.m. B-[X].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

DKG	PatV
<p>Bei der Darlegung von Aspekten der Barrierefreiheit in den strukturierten Qualitätsberichten gilt es zu beachten, dass es sich hierbei ebenfalls um Informationen handelt, die keinen Nutzen für die Qualität der medizinischen Versorgung aufweisen. Nichtsdestotrotz stellt Barrierefreiheit den Zugang zur medizinischen Versorgung sicher, weswegen eine aktuelle Informationserstattung für Patienten relevant ist.</p> <p>Diese Informationen werden von den Krankenhäusern gerne bspw. über ihre Internetseite zur Verfügung gestellt oder persönlich erläutert.</p> <p>Im Qualitätsbericht muss sichergestellt sein, dass die Angaben zur Barrierefreiheit – insbesondere aufgrund der Komplexität der Thematik und der fehlenden Aktualität – ein gewisses Abstraktionsniveau aufweisen. Mit den vorgenommenen Änderungen, geben Krankenhäuser künftig Informationen zur Barrierefreiheit auf Krankenhausebene an. Dabei steht ihnen eine Auswahlliste mit einem höheren Detaillierungsgrad zur Verfügung. Zugleich wird die Angabe eines Links auf die krankenhauseigene Internetseite angeboten, über den Patienten zusätzliche Informationen und Ansprechpartner im Krankenhaus aufrufen können.</p>	<p>Der Hinweis auf die defizitäre Darstellung barrierefreier Aspekte im Qualitätsbericht der Krankenhäuser wurde 2018 von Dritten an die Patientenvertretung herangetragen und notwendiger Änderungsbedarf formuliert. Vor diesem Hintergrund wurde von der PatV der AG Qb die Darstellung barrierefreier Aspekte im Qb evaluiert und eine überarbeitete Version erstellt. Diese Änderungsvorschläge wurden in intensiver Abstimmung mit Betroffenenverbänden präzisiert, in denen Patienten organisiert sind, die von unterschiedlichen körperlichen, geistigen und seelischen Beeinträchtigungen betroffen sind.</p> <p>Das methodische Vorgehen orientierte sich an der IQTIG-Studie Konzept zur Durchführung und Ergebnisse eines Pilot-Workshops. Qualitätsverträge nach § 110a SGB V: Leistungsbereich „Menschen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen im Krankenhaus“, dort wurden Akteure aus den jeweiligen Kontexten zur Erarbeitung eines bedarfsorientierten Konzepts, das den unterschiedlichen Qualitätsanforderungen gerecht wird, einbezogen.</p> <p>Die Qualität der medizinischen Versorgung im Krankenhaus hängt von unterschiedlichsten Faktoren ab, eine zentrale Dimension ist in der Adhärenz von Patienten begründet. Dementsprechend ist wesentliche Grundlage einer erfolgreichen Therapie die Berücksichtigung sowohl der individuellen Bedürfnisse des Patienten als auch die Berücksichtigung von Faktoren, die es dem Patienten erschweren, das gesetzte Therapieziel zu erreichen. Insbesondere für Menschen mit Behinderungen ist die Informationssicherheit hinsichtlich Barrieren bzw. der Barrierefreiheit in dem</p>

	<p>Krankenhaus, in dem sie versorgt werden, Grundlage einer gelingenden medizinischen Versorgung.</p> <p>Die Angaben zur Barrierefreiheit im Qualitätsbericht sollten keinesfalls auf einem Abstraktionsniveau beschrieben werden, das – kombiniert mit sprachlicher Ungenauigkeit (bspw. /... oder Ähnliches /... fremdsprachiges Personal) – lediglich geringen Informationsgehalt für Patienten hat. Eine verbindliche Darstellung – die im Übrigen durch den Hinweis auf DIN 18040 ausdrücklich bestätigt wird – hingegen bietet Betroffenen Informationssicherheit und ermöglicht ihnen, sich mental und real auf die Gegebenheiten im Krankenhaus einzustellen und ggf. im Vorfeld Unterstützung zu organisieren. Darüber hinaus lässt die Möglichkeit optionaler Angaben kaum Vergleichbarkeit getroffener Aussagen aus unterschiedlichen Krankenhäusern zu, das jedoch ist genau nicht Ziel der Qualitätsberichte. Patienten, die auf Barrierefreiheit in unterschiedlichen Bereichen angewiesen sind, wird durch diese unzulängliche Informationspolitik keine Sicherheit hinsichtlich umfassender, respektvoller Gesundheitsversorgung geboten, eine Grundlage vertrauensvoller und erfolgreicher Therapie ist so nicht gewährleistet. Dementsprechend sollten verpflichtende Zusatzangaben mit der Auswahloption möglicher Mehrfachnennungen gemacht werden. Das Angebot, aus unterschiedlichen Optionen auszuwählen und anzukreuzen, ist zudem mit erheblich geringerem Aufwand verbunden als kommentierende Erläuterungen abzugeben.</p> <p>Der Hinweis, dass Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite der Krankenhäuser gerne zur Verfügung gestellt werden, ist eine nicht belegte Aussage, zunächst lediglich eine unverbindliche Option, die jedes Krankenhaus nach eigener Vorstellung nutzen und gestalten kann. Die Informationen aus den Qualitätsberichten sollen eine Orientierungs- und Entscheidungshilfe für Interessierte und Grundlage für vergleichbare Informationen aus den unterschiedlichen Krankenhäusern sein, bei einer hauseigenen Gestaltung von Informationen auf Homepages bzw. in persönlichen Gesprächen wäre dies nicht mehr gewährleistet.</p>
--	--

	<p>Darüber hinaus ist hinsichtlich aller Aspekte im gesamten Qb keine Aktualität der Angaben – und nicht allein derjenigen zu Aspekten der Barrierefreiheit! – gegeben. Dies liegt im Wesen der Berichte begründet.</p> <p>Zudem erfahren barrierefreie Leistungen – Zugang zum Krankenhaus, barrierefreie Aufzüge, Leitsysteme, Treppen mit beidseitigen Handläufen etc. – selten bzw. nie Änderungen. Ein Krankenhaus, das z.B. Aufzüge mit Sprachausgabe oder rollstuhlgerechten Toiletten für Besucher hat, wird diese auch weiterhin vorhalten.</p>
--	--

A-10 Gesamtfallzahlen sowie B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/ Fachabteilung

[Vorschlag GKV-SV]: Seit dem 01.01.2019 erfolgt die Vergütung für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) einheitlich auf Grundlage des PEPP-Systems nach § 17 d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Daher wurde der Verweis zur Zählung der voll- und teilstationären Fälle für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche im Anwendungsbereich der BPfIV, die nicht das PEPP-System nach § 17d des KHG, sondern die BPfIV mit Stand vom 31. Dezember 2012 (BPfIV alte Fassung) anwenden, gestrichen.]

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

Gemäß § 136c Absatz 4 SGB V wurde der G-BA beauftragt, ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern zum Zwecke der Qualitätssicherung und des Patientenschutzes zu entwickeln. Der G-BA ist diesem Auftrag mit der „Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V“ vom 19.05.2018 nachgekommen. In der Regelung werden Mindeststandards für die Teilnahme an einem gestuften System der Notfallversorgung, im entgeltrechtlichen Sinne, festgelegt.

GKV-SV	DKG
<p>Es erfolgt eine entgeltrechtliche Zuordnung von Krankenhäusern zur Basis-, erweiterten, umfassenden Notfallversorgung sowie der zu- und abschlagsbefreiten Spezialversorgung. Die Abfrage der Notfallstufen im Qualitätsbericht orientiert sich in der Logik an der genannten Regelung des G-BA und ist damit eindeutig für die Auskunft gebenden Krankenhäuser.</p> <p>Unterschiedliche Gründe sprechen dafür, Informationen zur Teilnahme an dem gestuften System der Notfallversorgung systematisch über den Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu erheben.</p> <p>Zum einen berücksichtigt das vom G-BA beschlossene Notfallstufenkonzept</p>	<p>Demzufolge muss berücksichtigt sein, dass grundsätzlich alle Krankenhäuser eine Notfallversorgung gewährleisten und allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall haben. Mit der entgeltrechtlichen Notfallstufenregelung hat der G-BA darüber hinaus beschlossen, dass Krankenhäuser durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden, wenn sie festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus insgesamt nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung sieht der Gesetzgeber außerdem Abschläge vor.</p>

<p>entsprechend des gesetzlichen Auftrags in § 136c Absatz 4 Satz 2 SGB V die „Art und Anzahl von Fachabteilungen“, die „Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals“ sowie „den zeitlichen Umfang der Bereitstellung von Notfallleistungen“. Damit weisen die Kriterien für die Teilnahme am gestuften System der Notfallstrukturen des G-BA starken inhaltlichen Zusammenhang zum Teil A der Anlage 1 der Qualitätsberichte („Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts“) auf. Bislang fehlen in diesem Teil A des Qualitätsberichts Informationen, die den Status und die Ausstattung (technisch, personell, organisatorisch) eines Krankenhauses hinsichtlich der Notfallversorgung abbilden. Hierdurch fehlen den Patientinnen und Patienten, den Entscheiderinnen und Entscheidern (z. B. Ärztinnen und Ärzte) sowie den Mitarbeitenden im Rettungswesen öffentlich zugängliche, systematisch aufbereitete Informationen zur Notfallversorgung im Krankenhaus. Diese Informationen sind notwendig, um informierte Entscheidungen treffen und unnötige Verlegungen zwischen Häusern vermeiden zu können. Nicht zuletzt ist es ein erklärtes Ziel des Qualitätsberichts, eine „Grundlage für vergleichende Informationen und Empfehlungen (...) über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus“ bereitzustellen (Vgl. § 1 Qb-R). Im Sinne des in § 1 der Qb-R formulierten Ziels ermöglichen die Anpassungen in Anlage 1 der Qb-R den Krankenhäusern, ihre Leistungen und ihre Ausstattung im Rahmen der Notfallversorgung nach Außen transparent und sichtbar darzustellen. So können über die Module der Speziellen Notfallversorgung (z.B. Stroke Unit, Chest Pain Unit, Versorgung von Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren) eigene Schwerpunkte der Krankenhäuser hervorgehoben und gegenüber Patientinnen und Patienten, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten</p>	<p>Informationen zur Notfallversorgung finden sich derzeit an unterschiedlichen Stellen des Qualitätsberichts. Um den Patientinnen und Patienten und ggf. auch weiteren Interessierten (z.B. anderen Leistungserbringern) ergänzende Informationen hierzu zur Verfügung zu stellen, tätigen Krankenhäuser ab dem Berichtsjahr 2019 Angaben zur Teilnahme an dem o.g. Notfallstufensystem.</p> <p>Konkret ist anzugeben, welche Notfallstufe Krankenhäuser erfüllen, ob sie eine spezielle Notfallversorgung (z.B. Stroke Unit, Chest Pain Unit, Versorgung von Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren) gewährleisten und ob sie als Spezialversorgung eingestuft sind.</p>
--	--

sowie Mitarbeitenden im Rettungswesen sichtbar gemacht werden.

Ungeachtet der entgeltrechtlichen Bedeutung der Regelung sollte für den Patienten oder die Patientin der primäre Erkenntnisgewinn durch den Qualitätsbericht nicht in der Bereitstellung von Informationen über die entgeltrechtliche Zuordnung eines Krankenhauses liegen, sondern über den Grad und Umfang des medizinischen und pflegerischen Leistungsspektrums sowie über die Ausstattung (technisch, personell, organisatorisch), welche für die Notfallversorgung vor Ort zur Verfügung steht. Um dies in Gänze abzubilden, geben Krankenhäuser konkrete Tatbestände an, die Informationen über den Grad der Allgemeinen und/oder Speziellen Notfallversorgung darstellen. Die gewählte Darstellungsform stellt sicher, dass alle Szenarien und Kombinationsmöglichkeiten von Versorgungsstufen der Allgemeinen Notfallversorgung mit Modulen der Speziellen Notfallversorgung sowie von Modulen der Speziellen Notfallversorgung untereinander, die für Krankenhäuser entsprechend der zu Grunde liegenden G-BA Regelung theoretisch möglich sind, auch im Qualitätsbericht abgebildet werden können.

Es galt dabei zu berücksichtigen, dass die entgeltrechtliche Zuordnung zu einer Notfallstufe aus unterschiedlichen Gründen erfolgen kann. Beispielsweise kann die Zuordnung zu der Entgeltstufe „Basisnotfallversorgung“ darauf zurückgehen, dass ein Krankenhaus alle spezifischen Anforderungen (Art und Anzahl der Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten, Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme) der Allgemeinen Versorgungsstufe „Basisnotfallversorgung“ gemäß Regelung des G-BA (Vgl. Abschnitt III der G-BA Regelung) erfüllt. Es ist aber auch möglich,

dass ein Krankenhaus in einem Teilbereich ein Modul der Speziellen Notfallversorgung anbietet und für die relevante Patientengruppe entgeltrechtlich der Basisnotfallversorgung zugeordnet wird (z.B. in der Schlaganfallversorgung gemäß § 27 der G-BA Regelung). Diese Unterschiede in Art und Umfang der Vorhaltung von Strukturen und Prozessen, die für potenzielle Patient*innen und Zuweiser*innen relevanten Sachverhalte darstellen, werden durch die gewählte Darstellungsform im Qualitätsbericht abgebildet. Im Sinne der Adressatengerechten und noch umfassenderen Information wäre eine automatische Übernahme der spezifischen Anforderungen gemäß Abschnitt III der G-BA Regelung (§§ 8-12 der G-BA Regelung) in Form von Textblöcken in den Qualitätsbericht wünschenswert gewesen, sofern ein Krankenhaus angibt, dass alle spezifischen Anforderungen der Basisnotfallversorgung erfüllt werden. Eine entsprechende Struktur des Kapitels wurde von der AG Qualitätsbericht für die Basisnotfallversorgung, die weiteren Stufen der Allgemeinen Notfallversorgung und die Module der Speziellen Notfallversorgung geprüft. Es bestand die generelle Auffassung, dass die Anforderungen zu umfangreich und damit nicht im Qualitätsbericht abbildbar seien.

Zu beachten ist weiterhin, dass eine hohe Datenvalidität die aktive An- oder Abwahl der einzelnen Versorgungsstufen durch die Krankenhäuser erfordert. Sofern eingangs der Teilnahme an dem gestuften System zugestimmt wurde, wird der Nutzer anhand von mindestens sechs Filterfragen durch das Kapitel geführt, welche bejaht oder verneint werden müssen. Ein alternatives Verfahren, bei dem Krankenhäuser lediglich zutreffende Sachverhalte angeben, beeinflusst die Validität der Angaben und damit die Datenqualität negativ. Konkret meint dies, dass der Informationsgehalt durch eine Nicht-Angabe der Krankenhäuser nicht eindeutig ist, also auf unterschiedliche Gründe zurückzuführen sein kann. Dies würde die Validität und Nutzbarkeit des

Qualitätsberichts für alle Adressaten nachhaltig negativ beeinflussen.	
--	--

C-8 „Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr“

Die Personaluntergrenzen (PpUG) gelten ab dem 01.01.2019 für Abteilungen [**Ergänzungsvorschlag GKV-SV**: und Stationen], in denen Leistungen der Intensivmedizin, Geriatrie, Unfallchirurgie oder Kardiologie nach Maßgabe von §°3 Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) erbracht werden.

Entsprechend den Vorgaben des Gesetzgebers haben die Vertragspartner auf Bundesebene am 28.11.2018 eine Vereinbarung darüber geschlossen, wie Krankenhäuser die Nachweise zur Einhaltung von Pflegepersonaluntergrenzen erbringen (PpUGV-Nachweis-Vereinbarung).

GKV-SV	DKG
<p>Sowohl der Gesetzgeber (§ 137i Abs. 4 Satz 4) als auch die PpUGV-Nachweisvereinbarung (§ 9) geben vor, dass die Nachweise und Meldungen der Krankenhäuser zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen sowie der Erfüllungsgrad in den Qualitätsberichten zu veröffentlichen sind. Laut PpUG-Nachweisvereinbarung sind die Meldungen und Nachweise der Krankenhäuser zur durchschnittlichen Pflegepersonalausstattung und durchschnittlichen Patientenbelegung (§ 3), zur monatsbezogenen Zahl der nicht erfüllten Schichten (§ 4) sowie die jährlichen Nachweise (§ 5) in den Qualitätsberichten darzustellen. Der Gesetzgeber konkretisiert den Auftrag in § 137i Abs. 4 Satz 4 dahingehend, dass „der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Vorgaben [...] differenziert nach Berufsbezeichnungen [...]“ in den Qualitätsberichten darzustellen ist. Dies erfordert die Darstellung von Verhältniszahlen und aggregierten Werten im Qualitätsbericht, um den Erfüllungsgrad einer Klinik an den Anforderungen des Gesetzgebers in der PpUG-V sichtbar machen zu können.</p> <p>Anwenderinnen und Anwender des Qualitätsberichts sollten grundsätzlich Zugang zu möglichst detaillierten Informationen haben, profitieren jedoch auch von einer übersichtlichen und knappen Darstellung relevanter Kennzahlen in ebendiesem. Gleichzeitig ist das Interesse der Krankenhäuser, den Aufwand bei der</p>	<p>Auf Grundlage der gesetzlichen Vorgabe, zur Darstellung der PpUG im Qualitätsbericht (§°137i Abs.°4 Satz 4) wurden in der PpUGV-Nachweisvereinbarung (§°9) die zu veröffentlichenden Inhalte und deren Umfang konkretisiert. Demnach sind die Nachweise und Meldungen der Krankenhäuser zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen als monatliche Durchschnittswerte (§°3), zur monatsbezogenen Zahl der nicht erfüllten Schichten (§ 4) sowie zum jährlichen Erfüllungsgrad der Pflegepersonaluntergrenzen (§ 5) in den Qualitätsberichten darzustellen.</p> <p>Durch die Aufnahme der Nachweise zu den Pflegepersonaluntergrenzen in den Qualitätsbericht können sich Patientinnen und Patienten darüber informieren, zu welchem Grad Krankenhäuser die personellen Mindestvorgaben laut PpUGV einhalten.</p> <p>Um eine umfassende Transparenz herzustellen, geben Krankenhäuser Daten aus den PpUG-Quartals- und Jahresmeldungen im Qualitätsbericht an. Es erfolgt eine übersichtliche, tabellarische Darstellung. Diese Daten sollen durch die Erfassungssysteme für die Qualitätsberichte automatisch übernommen werden können, so dass es keinen zusätzlichen Aufwand für die Krankenhäuser gibt und Übertragungsfehler vermieden werden.</p> <p>Bei den derzeitigen PpUG gilt es grundsätzlich zu erwähnen, dass sich auf deren Grundlage keine Aussage darüber treffen lässt, ob ein Krankenhaus qualitativ hochwertige Patientenversorgung sicherstellt. Die Unterschreitung einer Untergrenze ist darüber hinaus vom Fachkräftemangel in der Pflege und die</p>

<p>Erstellung der Qualitätsberichte möglichst gering zu halten, zu berücksichtigen. Es muss also immer eine Abwägung zwischen Tiefe und Aggregationsniveau der berichteten Informationen getroffen werden. Die gewählte Darstellung der PpUG im Qualitätsbericht erfüllt diese Anforderungen. Zum einen finden sich in den Teilen C-8.1 bis C-8.3 aggregierte Informationen zur Umsetzung der PpUG durch das Krankenhaus. Diese dokumentieren den Erfüllungsgrad der PpUG gemäß §137i SGB V aggregiert und damit Nutzer*innenfreundlich. Zu den aggregierten Angaben zählen neben dem minimalen, maximalen und durchschnittlichen Erfüllungsgrad der PpUG in einem pflegesensitiven Bereich im Berichtsjahr (C-8.1) auch der Erfüllungsgrad auf Basis der eingehaltenen Schichten gemäß PpUG (C-8.2). In Kapitel C-8.3 werden Ausnahmetatbestände aggregiert dargestellt, über die ein Krankenhaus die Nicht-Erfüllung der PpUG nachvollziehbar begründen kann.</p> <p>Die Berechnung der aggregierten Werte für die oben dargestellten Kapitel C-8.1 bis C-8.3 soll automatisiert auf Basis der Nachweise der Krankenhäuser erfolgen, welche gemäß §§ 3 bis 5 der PpUG-Nachweisvereinbarung zu erbringen sind. Um eine händische Eingabe der Nachweise durch das Krankenhaus und damit auch Übertragungsfehler zu vermeiden, soll zur Berechnung der aggregierten Werte auf die gesamten Anlagen 2 und 3 sowie die Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung zurückgegriffen werden. Diese Dokumente liegen jedem Krankenhaus in einem einheitlichen Format und zu definierten Zeitpunkten vor (Vgl. PpUG-Nachweisvereinbarung). Die monats- und schichtbezogenen Daten sowie die Jahresmeldungen der Krankenhäuser können nach der Freigabe durch den Wirtschaftsprüfer gemäß § 5 der PpUG-Nachweisvereinbarung, gemeinsam mit dem Qualitätsbericht, vom veröffentlichenden</p>	<p>dadurch bedingten Nicht- und Minderbesetzungen abhängig und ist insofern für Krankenhäuser nicht voll beherrschbar. Des Weiteren sagt die Nichterfüllung einer PpUG nichts über die Intensität der Unterschreitung aus, denn bereits ein Patient mehr oder eine kranke Pflegekraft, die in einer Schicht fehlt, können dafür ursächlich sein. Auch muss berücksichtigt werden, dass es sich nur um grobe Erfassungen handelt, die weder die Schwere des Pflegebedarfs der einzelnen Patienten, noch das insgesamt eingesetzte Personal berücksichtigt. Insgesamt wird deutlich, dass auf Grundlage der PpUG keine Qualitätsbewertung von Krankenhäusern möglich ist.</p>
--	---

Krankenhaus bei der Annahmestelle eingereicht werden. Hierzu sind die spezifischen Anforderungen an das Format und die Bezeichnung der Dateien in Kapitel C-8.4 dargestellt.

Für eine aggregierte und übersichtliche Darstellung der monats- und schichtbezogenen Nachweise im Kapitel C-8.1 bis C-8.3 des Qualitätsberichtes spricht nicht allein der Auftrag durch den Gesetzgeber, den „Erfüllungsgrad“ (§137i) mit Qualitätsbericht abzubilden. Würden die detaillierten monats- und schichtbezogenen Nachweise im Qualitätsbericht ohne einen Gesamtkontext dargestellt, ergäbe sich vermutlich kein Informationsgewinn für Nutzer*innen, insbesondere die Patient*innen, da befürchtet werden muss, dass der Umfang der monats- und schichtbezogenen Nachweise zu einer Überinformation mit Daten auf einer hochgranularen Betrachtungsebene führt. Beispielsweise entstehen für ein Krankenhaus mit jeweils drei identifizierten Stationen in jedem der vier pflegesensitiven Bereichen eine Tabelle mit 288 Zeilen (12 Monate x 4 pflegesensitive Bereiche x 3 Stationen x 2 Schichten (Tag/Nacht)). Die dadurch verursachte Überinformation der Nutzerinnen stünde diametral zu dem Ziel nach § 1 der Qb-R, eine „Orientierungs- und Entscheidungshilfe“ zu schaffen. Dieses Beispiel zeigt auch, dass eine Darstellung der monats- und schichtbezogenen Einzelnachweise im von den Krankenhäusern zu übermittelnden Berichtsteil (Teil A, B und C-2ff.), die Handhabbarkeit und Übersichtlichkeit des Qualitätsberichtes in besonderem Maße negativ beeinflussen würde. Um den Nutzungsgrad, die Transparenz und Entscheidungsunterstützung des Qualitätsberichts zu optimieren, sollten die monats- und schichtbezogenen Daten (entsprechend Anlagen 2 und 3 sowie Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung) daher nach der oben beschriebenen

<p>Einreichung unverändert in einem separaten Berichtsteil übermittelt werden.</p> <p>Insgesamt reduziert die Darstellung der Pflegepersonaluntergrenzen im Qualitätsbericht den Aufwand für die berichtenden Krankenhäuser, indem vorhandene Nachweise und Meldungen genutzt werden. Durch die aggregierte Darstellung der Erfüllungsgrade der PpUG können sich Patientinnen und Patienten niedrigschwellig darüber informieren, zu welchem Grad Krankenhäuser die personellen Mindestvorgaben laut PpUGV erfüllen. Gleichzeitig gewährt die Darstellung der monats- und schichtbezogenen Nachweise in einem separaten Berichtsteil eine hohe Informationstiefe, die im Sinne der Transparenz gemäß § 1 Qb-R sowie der wissenschaftlichen Nutzbarmachung der Qualitätsberichtsdaten grundsätzlich als wünschenswert betrachtet werden kann.</p>	
--	--

Vorschlag GKV-SV:

Tabelle 1: Lesehilfe für die Teile C-8.1 und C-8.2

Pflegesensitiver Bereich: Geriatric	Patienten¹ je Pflegekraft unter Berücksichtigung des anrechenbaren Höchstanteils an Pflegehilfskräften laut PpUGV (C-8.1)	
	<i>Tagschicht</i>	<i>Nachtschicht</i>
Durchschnittliche Anzahl Patienten je Pflegekraft	9,59 ⁽¹⁾	16,80 ⁽²⁾
Interpretation	<p>⁽¹⁾ In der Tagschicht betreut eine Pflegekraft im Monatsdurchschnitt 9,59 Patienten. Damit werden die personellen Mindeststandards laut PpUG in der Tagschicht im Monatsdurchschnitt eingehalten (<10; Vgl. C-8)</p> <p>⁽²⁾ In der Nachtschicht betreut eine Pflegekraft im Durchschnitt 16,80 Patienten. Damit werden die personellen Mindeststandards laut PpUG in der Nachtschicht im Monatsdurchschnitt eingehalten (<20).</p>	

]

2.1.2 Anhang 2 zu Anlage 1 (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019)**Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“**

DKG	PatV
Mit den vorgenommenen Änderungen wird der Detaillierungsgrad der Auswahlliste zur Barrierefreiheit erhöht. Konkret werden acht neue Auswahlelemente zur Barrierefreiheit,	[s. zum Hintergrund Ausführungen zu A-7 Aspekte der Barrierefreiheit i.V.m. B-[X].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der

1 Gemeint sind Patientinnen und Patienten. Aus Platzgründen wird hier nur die maskuline Form verwendet.

sprachliche Präzisierungen der Elemente und ausführliche Ausfüllhinweise für ergänzende Kommentare der Krankenhäuser umgesetzt. Insbesondere das Element „ <i>Informationsdarbietung auf der Internetseite des Krankenhauses</i> “ soll dazu beitragen, dass Krankenhäuser regelhaft aktuelle Informationen zur Barrierefreiheit und zu Ansprechpartnern auf ihrer Internetseite in ihrem Qualitätsbericht verlinken.	<i>Barrierefreiheit</i> <i>Organisationseinheit/Fachabteilung]</i> der
---	---

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

GKV-SV	DKG
In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Erfassung der Zusatzangaben durch die Krankenhäuser einen erheblichen Aufwand bedeutet. Gleichzeitig sind diese Angaben regelmäßigen Änderungen unterworfen, die zum Veröffentlichungszeitraum schon wieder überholt sein können. Aus diesem Grund werden die verpflichtenden Zusatzangaben gestrichen. Im Kommentarfeld können von den Krankenhäusern Verlinkungen auf die entsprechenden Seiten der Internetauftritte eingefügt werden.	[<i>Kapitel im Beschlussentwurf nicht vorgesehen</i>]

Auswahlliste „Arzneimitteltherapiesicherheit“ (Kapitel A-12.5.4)

GKV-SV	DKG
AS05 / AS06 Ergänzung des Datums der letzten Aktualisierung der Verfahrensbeschreibung/SOP. Hierbei handelt es sich um die Korrektur eines redaktionellen Fehlers, der im Rahmen der Änderungen für das Berichtsjahr 2017 entstanden ist. Mit der Ergänzung wird die Konsistenz zu den übrigen Abfragen zu Verfahrensbeschreibungen/SOP hergestellt, die alle das Datum der letzten Aktualisierung enthalten, um dem Leser der Information anzuzeigen, wie regelmäßig diese Dokumente überprüft und angepasst werden.	[<i>im Beschlussentwurf nicht vorgesehen</i>]

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.

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.

2.1.3 Anlage 2

Mit den Änderungen und Ergänzungen werden der aktuelle Stand der Datenübermittlung dargestellt sowie wesentliche Aufgaben der Datenannahmestelle aufgeführt.

3. Bürokratiekostenermittlung

4. Verfahrensablauf

5. Fazit

Berlin, den 19. Dezember 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage_1 zum ~~Beschluss~~Beschlussentwurf

Anlage 1 Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

Inhalt

Allgemeine Hinweise	9
1. Erläuterungen zur Berichterstellung	10
2. Umfang und Format des Qualitätsberichts	11
3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts	11
Einleitung des Qualitätsberichts	13
A Struktur und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	15
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	15
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers.....	16
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus.....	16
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie.....	16
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	17
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	17
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit.....	18
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses.....	20
A-8.1 Forschung und akademische Lehre.....	20
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen.....	20
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus.....	20
A-10 Gesamtfallzahlen.....	21

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

A-11	Personal des Krankenhauses	22
A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	23
A-11.2	Pflegepersonal.....	24
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.....	25
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	26
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	26
A-12.1	Qualitätsmanagement.....	26
A-12.1.1	Verantwortliche Person.....	26
A-12.1.2	Lenkungsgremium	27
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	27
A-12.2.1	Verantwortliche Person.....	27
A-12.2.2	Lenkungsgremium	27
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen.....	28
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	28
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	29
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	29
A-12.3.1	Hygienepersonal.....	29
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene.....	30
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	31
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie.....	32
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	33
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	33

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	34
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement	35
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	35
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)	36
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium	36
A-12.5.2	Verantwortliche Person	37
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	37
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen	38
A-13	Besondere apparative Ausstattung	39
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	45
B-[X].1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	45
B-[X].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	46
B-[X].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	46
B-[X].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	47
B-[X].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung	48
B-[X].6	Hauptdiagnosen nach ICD	49
B-[X].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS	50
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	50
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	52
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	53

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

B-[X].11	Personelle Ausstattung	53
B-[X].11.1	Ärzte und Ärztinnen	54
B-[X].11.2	Pflegepersonal	55
B-[X].11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	57
C	Qualitätssicherung	59
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	59
C-1.1.[Y]	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	60
C-1.1.1	Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten	60
C-1.1.2	Übermittlung der Daten	61
C-1.1.3	Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL:	61
C-1.2.[Z]	Ergebnisse der Qualitätssicherung	62
C-1.2.1	Übermittlungswege	62
C-1.2.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	63
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	68
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	69
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	69
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	70
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	70

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

C-5.2.1	Gesamtergebnis der Prognosedarlegung	72
C-5.2.2	Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden:	72
C-5.2.3	Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	72
C-5.2.4	Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R):	72
C-5.2.5	Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	72
C-5.2.6	Übergangsregelung	72
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	73
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	74
Allgemeine Hinweise		9
1. Erläuterungen zur Berichterstellung		10
2. Umfang und Format des Qualitätsberichts		11
3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts		11
Einleitung des Qualitätsberichts		13
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts		15
A-1	Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	15
A-2	Name und Art des Krankenhausträgers	16
A-3	Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	16
A-4	Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	16
A-5	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses	17
A-6	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

A-7	Aspekte der Barrierefreiheit	18
A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	20
A-8.1	Forschung und akademische Lehre	20
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	20
A-9	Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	20
A-10	Gesamtfallzahlen	21
A-11	Personal des Krankenhauses	22
A-11.1	Ärztinnen und Ärzte	23
A-11.2	Pflegepersonal	24
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	25
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	26
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	26
A-12.1	Qualitätsmanagement	26
A-12.1.1	Verantwortliche Person	26
A-12.1.2	Lenkungsgremium	27
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	27
A-12.2.1	Verantwortliche Person	27
A-12.2.2	Lenkungsgremium	27
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen	28
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems	28
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	29
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte	29
A-12.3.1	Hygienepersonal	29

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene.....	30
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	31
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie.....	32
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	33
A-12.3.2.4	Händedesinfektion.....	33
A-12.3.2.5	Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE).....	34
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement.....	35
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	35
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	36
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium.....	36
A-12.5.2	Verantwortliche Person.....	37
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	37
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen.....	38
A-13	Besondere apparative Ausstattung	39
A-14	Teilnahme des Krankenhauses an der Notfallversorgung.....	39
A-14.1	Teilnahme an der Allgemeinen Notfallversorgung.....	41
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	41
A-14.3	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der G-BA Regelung).....	44
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....	45
B-[X].1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	45
B-[X].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	46
B-[X].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	46
B-[X].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	47

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

B-[X].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	48
B-[X].6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	49
B-[X].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	50
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	50
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	52
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	53
B-[X].11	Personelle Ausstattung.....	53
B-[X].11.1	Ärztinnen und Ärzte	54
B-[X].11.2	Pflegepersonal.....	55
B-[X].11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	57
C	Qualitätssicherung.....	59
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	59
C-1.1.[Y]	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	60
C-1.1.1	Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten	60
C-1.1.2	Übermittlung der Daten.....	61
C-1.1.3	Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL	61
C-1.2.[Z]	Ergebnisse der Qualitätssicherung	62
C-1.2.1	Übermittlungswege.....	62
C-1.2.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.....	63
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	68
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	69
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	69

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	70
C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	70
C-5.2	Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	71
C-5.2.1	Gesamtergebnis der Prognosedarlegung	72
C-5.2.2	Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden	72
C-5.2.3	Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	72
C-5.2.4	Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)	72
C-5.2.5	Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	72
C-5.2.6	Übergangsregelung	72
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	73
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	74
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr.....	75
C-8.1	Personalausstattung nach PpUGV Fehler! Textmarke nicht definiert.	
C-8.2	Personalausstattung unter Berücksichtigung aller Pflegehilfskräfte Fehler! Textmarke nicht definiert.	
C-8.3	Erfüllung der PpUGV	Fehler! Textmarke nicht definiert.
C-8.4	Ausnahmetatbestände.....	84

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.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

Krankenhäuser mit mehreren Standorten

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

Der Gesamtbericht ist dabei die Zusammenfassung aller Standortberichte und hat entsprechend die Daten aller Standortberichte mit einzubeziehen. Ziel ist eine unverfälschte Darstellung des Krankenhauses und seiner Standorte als umfassende Informationsgrundlage für alle Interessierten.

Berichtszeitraum

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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 Leistungsbe- reich), 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/Internetseite](#), Ansprech- person) 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,

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

- 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)
- Funktion/Arbeitsschwerpunkt
- Telefon
- Telefax (freiwillig)
- E-Mail

„Kontakt/Person kurz“ enthält:

- Name

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018/2019

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

„Kontakt/Adresse“ enthält:

- Straße
- Hausnummer (freiwillig)

alternativ: Postfach (freiwillig)

- Adresszusatz (freiwillig)
- Postleitzahl
- Ort

„Kontakt/Zugang“ enthält:

- Straße
- Hausnummer
- Postleitzahl
- Ort
- Adress-Link (freiwillig)

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

„Kontakt/Person lang“

„Kontakt/Person kurz“

„Kontakt/Adresse“

„Kontakt/Zugang“

Einleitung des Qualitätsberichts

Hier sind folgende Angaben zu machen:

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

- 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)

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hier müssen vollständige Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden.

Verpflichtend sind folgende Kontaktdaten anzugeben:

I. Angaben zum Krankenhaus

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

1. Name und Hausanschrift des Krankenhauses [„Kontakt/Zugang“]; zusätzlich: Zentrale Telefonnummer; 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“]

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

2. Institutionskennzeichen
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).

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

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

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

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

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

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

Beispiel:

Nr. GKV-SV			Leistungsangebot DKG	Zusatzangaben	Kommentar
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	vegane Küche	A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses Angaben zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten werden – sofern vorhanden – für das gesamte Krankenhaus (allgemein) gemacht. Sie werden aus der Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ (Kapitel A-6) des Anhangs 2 übernommen.		[streichen, siehe Tragende Gründe]

- Gelöschte Zellen
- Eingefügte Zellen

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018/2019

		<p>Darüber hinaus können jeweils ergänzende Angaben (z. B. zur Anzahl der jeweiligen Patientenzimmer oder über relevante Internetseiten des Krankenhauses) gemacht werden. Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.</p> <p>Eventuelle Preisangaben beziehen sich jeweils auf den Stichtag 1. Oktober des Erstellungsjahres.</p> <p>Beispiel: <u>Rezepte auf Internetseite</u></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nr.</th> <th>Leistungsangebot</th> <th>Kommentar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NM66</td> <td>Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)</td> <td>z. B. <u>jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche</u></td> </tr> </tbody> </table>	Nr.	Leistungsangebot	Kommentar	NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	z. B. <u>jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche</u>	
Nr.	Leistungsangebot	Kommentar							
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	z. B. <u>jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche</u>							

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.

GKV-SV/PatV	DKG
Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne beson-	<u>keine Übernahme</u>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

<p><u>dere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.</u></p>	
<p><u>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.</u></p> <p><u>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.</u></p>	<p><u>Angaben zur Barrierefreiheit können für das gesamte Krankenhaus gemacht werden.</u></p> <p><u>Die Angaben sind aus der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (Kapitel A-7) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. An dieser Stelle können Krankenhäuser insbesondere angeben, dass auf der Internetseite des Krankenhauses Informationen zur Barrierefreiheit vorhanden sind. In diesem Fall ist ein Link zur Internetseite aufnehmen.</u></p>

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

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

GKV-SV/PatV:

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	<u>Zusatzangaben</u> (<u>verpflichtend</u>)	<u>Kommentar/Erläuterung</u>

Eingefügte Zellen

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

BF01	Beschriftung von Zimmern <u>Kontrastreiche Beschriftungen (kontrastreiche Pyramidenschrift) in erhabener Profilschrift und Blindenschrift/ Brailleschrift</u>	<u>Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>in Patientenzimmern</u> • <u>in Behandlungsräumen</u> • <u>in Funktionsräumen</u> 	<u>z. B. Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift</u>
------	---	--	--

DKG:

<u>Nr.</u>	<u>Aspekt der Barrierefreiheit</u>	<u>Kommentar/Erläuterung</u>
BF01	<u>Kontrastreiche Beschriftungen (kontrastreiche Pyramidenschrift) in erhabener Profilschrift und Blindenschrift/ Brailleschrift</u>	<u>z.B. Beschriftung liegt vor in Patientenzimmern, in Behandlungsräumen, in Funktionsräumen]</u>

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

Reha-Betten werden nicht berücksichtigt.

A-10 Gesamtfallzahlen

Anzugeben sind:

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

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

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

Zählung der voll- und teilstationären Fälle:

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

~~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.~~

GKV-SV/PatV	DKG
<p><u>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.</u></p> <p><i>[Alternativ im Zusammenhang mit nachstehender Tabelle: Beide Sätze und unten stehenden Satz streichen]</i></p>	<p><u>Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres zählt jede abgerechnete vollstationäre DRG-Fallpauschale im Jahr der Entlassung als ein Fall.</u></p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche im Anwendungsbereich der BpflV, ~~die nicht das PEPP-System nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (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 pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (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.~~

GKV-SV/PatV	DKG
<p>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.</p> <p>[Alternativ im Zusammenhang mit voranstehender Tabelle: Diesen Satz mit den beiden Sätzen in vorstehender Tabelle insgesamt streichen.]</p>	<p>[Streichen]</p>

Zählung der ambulanten Fälle:

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

Vorstationäre, teilstationäre und nachstationäre Fälle sowie ambulante Operationen werden an dieser Stelle nicht mitgezählt. Ambulante Operationen werden in Kapitel B-[X].9 dargestellt.

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

A-11 Personal des Krankenhauses

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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.

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~~ und Ärzte

Anzugeben ist die Zahl der:

- ~~Ärzte und Ärztinnen~~ und Ärzte insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

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

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

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

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

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

A-11.2 Pflegepersonal

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

~~Beleghebammen und Belegentbindungspfleger~~ ~~und Beleghebammen~~ sind für jeden Standort anzugeben, an dem sie tätig sind. Im Gesamtbericht kann daher die Anzahl der ~~Beleghebammen und Belegentbindungspfleger~~ ~~und Beleghebammen~~ von der Summe der Anzahl der ~~Hebammen und 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 ~~und Mitarbeiter~~ sind nur einmal entsprechend der jeweils höchsten Qualifikation zuzuordnen.

Anzugeben ist die Zahl der:

- ~~Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen~~ ~~und Diplom-Psychologen~~
- ~~Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen~~ ~~und Klinische Neuropsychologen~~
- Psychologische ~~Psychotherapeuten~~ ~~Psychotherapeutinnen~~ und Psychologische ~~Psychotherapeutinnen~~ ~~Psychotherapeuten~~
- ~~Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen~~ ~~und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten~~
- ~~Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen~~ ~~und Psychotherapeuten~~ in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 ~~Psychotherapeutengesetz~~ ~~des Psychotherapeutengesetzes~~ – PsychThG)
- ~~Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten~~
- ~~Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten~~, ~~Krankengymnastinnen und Krankengymnasten~~, ~~Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten~~
- ~~Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter~~, ~~Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen~~

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

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

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

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

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

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

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

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr [2018/2019](#)

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 und Mitarbeiter](#) in einem Krankenhaus unterstützen, medizinische/pflegerische/therapeutische Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen und zu bewältigen. In diesem Abschnitt sind entsprechend verantwortliche Personen, Instrumente sowie patienten- bzw. hygienebezogene Maßnahmen zu benennen.

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Hier ist die für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person anzugeben.

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

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

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

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

- 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 und Mitarbeiter kommuniziert, regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

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

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems

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

Wenn ja,

- Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums
Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem
Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Anzugeben ist hier die Anzahl der ~~Mitarbeiter und~~ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die gemäß den Vorgaben der einzelnen Krankenhaushygieneverordnungen der Bundesländer mit der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention betraut sind. Dabei werden auch die landesspezifischen

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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 ~~2018~~2019 Übergangsvorschriften zur Erfüllung der personellen Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und zur Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten.“

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

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

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

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

Darüber hinaus ist anzugeben, ob eine Hygienekommission eingerichtet wurde:
Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

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

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Hier ist anzugeben, welche hygienebezogenen Maßnahmen zur Risikoreduktion, zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur Reduzierung von Infektionen im Krankenhaus ergriffen werden. Die Angaben beziehen sich dabei auf standortspezifische, fachabteilungsübergreifende Standards, die für den gesamten Standort des Berichts gelten. Diese Standards können gegebenenfalls durch fachabteilungsspezifische oder auch einzelne fachabteilungsübergreifende Standards ergänzt werden. Bei den einzelnen Maßnahmen ist nur dann „ja“ anzugeben, wenn die jeweiligen

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

Standards mit den entsprechenden Dokumenten für alle betreffenden ~~Mitarbeiter und~~ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einfach verfügbar und ganzjährig in Kraft waren. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Standards, Arbeitsanweisungen oder hausinterne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden. Dabei ist es unerheblich, ob das jeweilige Dokument elektronisch oder in gedruckter Form zur Verfügung steht.

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

Die Maßnahmen im Einzelnen:

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

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

Auswahloptionen: ja; nein; kein Einsatz ZVK

Wenn ja:

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr [2018/2019](#)

Auswahloptionen: ja; nein; kein Einsatz ZVK

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.2 Durchführung von 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; keine Durchführung Operationen

1. Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

Auswahloptionen: ja; nein; keine Durchführung Wundversorgung

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

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

Knochenmarktransplantationsstationen werden den Intensivstationen zugeordnet.

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

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen
Auswahloptionen: Einheit: ml/Patiententag; keine Intensivstation vorhanden
- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen
Einheit: ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen.

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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 und Mitarbeitern zum Umgang mit von MRSA/MRE/Nord-Viren besiedelten ~~Patienten und~~ Patientinnen und Patienten.

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Hier erfolgen Angaben zum Lob- und Beschwerdemanagement:

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

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

Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden

Auswahloptionen: ja; nein

Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

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

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Auswahloptionen: Ja/Nein

Wenn ja, ist zusätzlich anzugeben:

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

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

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzugeben ist hier die Anzahl

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

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

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

- Entlassung

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

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

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

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

Beispiel:

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018/2019

Der G-BA hat in seiner Regelung zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V die Voraussetzungen für die Teilnahme und Nichtteilnahme von Krankenhäusern an der Notfallversorgung festgelegt. In diesem Abschnitt

GKV-SV	DKG
<p><u>ist anzugeben, ob das Krankenhaus im entgeltrechtlichen Sinne an dem gestuften System der Notfallversorgung gemäß der G-BA Regelung teilnimmt.</u></p> <p><u>Das Krankenhaus ist entgeltrechtlich einer der Stufen der Notfallversorgung gemäß Regelung des G-BA (Basisnotfallversorgung, Erweiterte Notfallversorgung, Umfassende Notfallversorgung) oder der Stufe der Spezialversorgung zugeordnet (Auswahloption: Ja/Nein/ Notfallstufe noch nicht vereinbart).</u></p> <p><u>Falls ja, sind zum Umstand und zum Umfang der Teilnahme in den Abschnitten A-14.1 bis A-14.5 verpflichtend Konkretisierungen vorzunehmen.</u></p>	<p><u>geben Krankenhäuser, die an diesem gestuften System der Notfallversorgung gemäß der G-BA Regelung teilnehmen, an in welcher Form und in welchem Umfang sie daran teilnehmen.</u></p> <p><u>Hinweis: Nachfolgende Textpassage ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen:</u></p> <p><u>„Alle Krankenhäuser gewährleisten Notfallversorgung und haben allgemeine Pflichten zur Hilfeleistung im Notfall. Darüber hinaus hat der Gemeinsame Bundesausschuss ein gestuftes System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern im entgeltrechtlichen Sinne regelt. Das bedeutet, dass Krankenhäuser, die festgelegte Anforderungen an eine von drei Notfallstufen erfüllen durch Vergütungszuschläge finanziell unterstützt werden. Krankenhäuser, die die Anforderungen an eine der drei Stufen nicht erfüllen erhalten keine Zuschläge. Nimmt ein Krankenhaus nicht am gestuften System von Notfallstrukturen teil und gewährleistet es nicht eine spezielle Notfallversorgung sieht der Gesetzgeber Abschläge vor.“</u></p> <p><u>Teilnahme an einer Notfallstufe</u></p> <p><u>An dieser Stelle ist anzugeben, welcher Stufe der Notfallversorgung das Krankenhaus zugeordnet ist.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>- Auswahloptionen: Basisnotfallversorgung (Stufe 1), Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2), Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3); Keine allgemeine Versorgungsstufe</u> <u>- Vereinbarung zur Festlegung einer Notfallstufe noch nicht abgeschlossen</u> <p><u>[Krankenhäuser können an dieser Stelle ergänzende Angaben tätigen. Die Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.]</u></p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019A-14.1

GKV-SV/LV/PatV	DKG
<p><u>Basisnotfallversorgung</u> <u>Das Krankenhaus ist entgeltrechtlich der Stufe der Basisnotfallversorgung zugeordnet (Auswahloptionen: Ja/Nein).</u> <u>Wenn ja,</u> <u>Erläuterungen zur Basisnotfallversorgung:</u> <u>Angabe des Umstands, der zu der entgeltrechtlichen Zuordnung des Krankenhauses zur Basisnotfallversorgung führt (Mehrfachauswahl möglich):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>1. Das Krankenhaus erfüllt die spezifischen Anforderungen (Art und Anzahl der Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten, Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme) der Allgemeinen Versorgungssufe „Basisnotfallversorgung“ gemäß Regelung des G-BA.</u> <u>2. Das Krankenhaus bietet mindestens ein Modul der Speziellen Notfallversorgung an, welches zu einer entgeltrechtlichen Zuordnung zur Basisnotfallversorgung führt.</u> <p><u>Falls 2. gewählt wurde,</u> <u>Auswahl von mindestens einem Modul der Speziellen Notfallversorgung, welches zu der entgeltrechtlichen Zuordnung als Basisnotfallversorger führt (Mehrfachauswahl möglich): (Auswahloptionen: (1) Modul Schlaganfallversorgung; (2) Modul Durchblutungsstörungen am Herzen; (3) Modul Notfallversorgung Kinder (Basis))</u></p>	<p><u>[keine Übernahme]</u></p>

A-14.2

GKV-SVPatV/LV	DKG
---------------	-----

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

<p><u>Erweiterte Notfallversorgung</u> <u>Das Krankenhaus ist entgeltrechtlich der Stufe der erweiterten Notfallversorgung zugeordnet (Auswahloptionen: Ja/Nein).</u> <u>Wenn ja,</u> <u>Erläuterung zur erweiterten Notfallversorgung:</u> <u>Angabe des Umstands, der zu der entgeltrechtlichen Zuordnung des Krankenhauses zur erweiterten Notfallversorgung führt (Mehrfachauswahl möglich):</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <u>1. Das Krankenhaus erfüllt die spezifischen Anforderungen (Art und Anzahl der Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten, Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme) der Allgemeinen Versorgungssufe „erweiterte Notfallversorgung“ gemäß Regelung des G-BA;</u> <u>2. Das Krankenhaus bietet mindestens ein Modul der Speziellen Notfallversorgung an, das zu einer entgeltrechtlichen Zuordnung zur erweiterten Notfallversorgung führt.</u> <p><u>Falls 2. gewählt wurde,</u> <u>Auswahl von mindestens einem Modul der Speziellen Notfallversorgung, welches zu der entgeltrechtlichen Zuordnung zur erweiterten Notfallversorgung führt (Mehrfachauswahl möglich): (Auswahloptionen: (1) Modul Notfallversorgung Kinder (erweitert); (2) Modul Schwerverletztenversorgung)</u></p>	<p><u>[keine Übernahme]</u></p>
<p><u>[keine Übernahme]</u></p>	<p><u>Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung</u> <u>Wenn das Krankenhaus an mindestens einem Modul der Speziellen Notfallversorgung laut Regelung des Gemeinsamen Bundesausschusses teilnimmt, sind verpflichtend Angaben zu dem/den vorhandenen Modul/en der Speziellen Notfallversorgung zu machen. Das/Die vorhandene/n Modul/e sind aus der Auswahlliste „Module der Speziellen Notfallversorgung“ auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.</u></p>

<p>GKV-SV/LV/PatV</p>	<p>DKG</p>
------------------------------	-------------------

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

<p>A-14.3 Umfassende Notfallversorgung Das Krankenhaus ist engeltrechtlich der Stufe der umfassenden Notfallversorgung zugeordnet (Auswahloptionen: Ja/Nein). Wenn ja, Erläuterung zur umfassenden Notfallversorgung: Angabe des Umstands, der zu der entgeltrechtlichen Einordnung des Krankenhauses zur umfassenden Notfallversorgung führt (Mehrfachauswahl möglich):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Krankenhaus erfüllt die spezifischen Anforderungen (Art und Anzahl der Fachabteilungen, Anzahl und Qualifikation des vorzuhaltenden Fachpersonals, Kapazität zur Versorgung von Intensivpatienten, Strukturen und Prozesse der Notfallaufnahme) der Allgemeinen Versorgungssufe „umfassende Notfallversorgung“ gemäß Regelung des G-BA 2. Die entgeltrechtliche Zuordnung zur umfassenden Notfallversorgung erfolgt aufgrund der Vorhaltung des Moduls Notfallversorgung Kinder (umfassend) der Speziellen Notfallversorgung. 	<p><u>[keine Übernahme]</u></p>
<p>GKV-SV/LV/PatV A-14.4 Spezialversorgung Hier ist anzugeben, ob das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung des G-BA zu den Zu- und Abschlagsbefreiten Krankenhausstandorten der Spezialversorgung gehört. (Auswahloption: Ja/Nein). Wenn ja, Erläuterungen zur Spezialversorgung Angabe des Tatbestandes der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung des G-BA zu den zu- und abschlagsbefreiten Krankenhausstandorten der Spezialversorgung gehört.</p>	<p>DKG Teilnahme am Modul Spezialversorgung Wenn das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Notfallstufenregelung des G-BA den Zu- und Abschlagsbefreiten Krankenhausstandorten der Spezialversorgung zuzuordnen ist, ist verpflichtend der Tatbestand anzugeben, der dazu führt, dass das Krankenhaus gemäß den Vorgaben in § 26 der Regelung des G-BA zu den zu- und abschlagsbefreiten Krankenhausstandorten der Spezialversorgung gehört.</p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

Auswahloptionen:

- Krankenhäuser und selbstständig gebietsärztlich geleitete Abteilungen für die Fachgebiete Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, die nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind
ODER
- Besondere Einrichtung gemäß § 17b Absatz 1 Satz 10 KHG, sofern sie im Landeskrankenhausplan als besondere Einrichtungen in der Notfallversorgung ausgewiesen sind und zu jeder Zeit an der Notfallversorgung teilnehmen
ODER
- Krankenhäuser, die aufgrund krankenhauplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an 7 Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen

GKV-SV/PatV/LV	DKG
<p><u>A-14.5 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der G-BA Regelung)</u></p> <p><u>Das Krankenhaus verfügt gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V über eine Notdienstpraxis, die von der Kassenärztlichen Vereinigung betrieben wird. (Auswahloptionen: Ja/Nein)</u></p> <p><u>Die Notfallambulanz ist gemäß § 75 Abs. 1b Satz 2 SGB V in den vertragsärztlichen Notdienst durch eine Kooperationsvereinbarung mit der KV eingebunden. (Auswahloptionen: Ja/Nein)</u></p>	<p><u>[keine Übernahme]</u></p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018/2019

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 und Nutzern einer Qualitätsberichtsdatenbank eine möglichst genaue Suche nach der gewünschten Abteilung zu ermöglichen. So ist auch die Angabe desselben spezifischen Schlüssels nach § 301 SGB V für mehrere Organisationseinheiten/Fachabteilungen eines Krankenhauses möglich. Wenn der Organisationseinheit/Fachabteilung kein spezifischer Schlüssel nach § 301 SGB V zu Abrechnungszwecken zugeordnet wurde, ist als Schlüssel 3700 „Sonstige Fachabteilung“ oder ein dem Fachspektrum der Organisationseinheit/Fachabteilung entsprechender Schlüssel nach § 301 SGB V anzugeben.

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

Fachabteilungsschlüssel (mindestens ein Schlüssel/vierstellig)

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

Auswahloptionen:

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

Ärztliche Leitung

Auswahloptionen:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

GKV-SV/PatV	DKG/KBV
Besteht die ärztliche Leitung aus mehr als einer Person können jeweils maximal zwei Personen angegeben werden. Die Stellvertretung ist nicht anzugeben.	[Streichen]

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

Hier ist verpflichtend anzugeben, ob sich das Krankenhaus bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden ~~Ärzten und Ärztinnen~~ und Ärzten dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V- hält.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Vereinbarung geschlossen

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

~~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.~~

~~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.~~

GKV-SV/PatV	DKG
<p>B-[X].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung</p> <p>Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Zu jedem Aspekt der Barrierefreiheit können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht bzw. Auswahloptionen genutzt werden. Diese Kommentare sind auf jeweils 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt, bei den Auswahloptionen sind Mehrfachnennungen möglich.</p>	<p>[Streichen]</p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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.~~

GKV-SV/PatV	DKG
<p>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.</p> <p>[Alternativ: Beide Sätze und Satz in nachfolgender Tabelle streichen]</p>	<p><u>Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres zählt jede abgerechnete vollstationäre DRG-Fallpauschale im Jahr der Entlassung als ein Fall.</u></p>

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 oder der Patient nach extern entlassen/verlegt wird.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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.~~

GKV-SV/PatV	DKG
<p>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.</p> <p>[Alternativ im Zusammenhang mit voranstehender Tabelle: Diesen Satz mit den beiden Sätzen in vorstehender Tabelle insgesamt streichen.]</p>	<p>[Streichen]</p>

B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, sind die Hauptdiagnosen gemäß ICD-10-GM nach den Deutschen Kodierrichtlinien anzugeben. Im 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 endstellig (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. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern die amtliche ICD-10-GM-Version des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern der amtliche OPS-Katalog des Vorjahres zu Grunde gelegt werden.

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

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

B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018/2019

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

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

Beispiele für die Ambulanzart AM06 und AM17:

Nummer	Art der Ambulanz	Bezeichnung	Nr. der Leistung	Angebotene Leistungen	Kommentar

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

B-[X].11 Personelle Ausstattung

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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 und Ärzte~~

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

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

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

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

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

B-[X].11.2 Pflegepersonal

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

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

Anzugeben ist die Zahl der:

- Gesundheits- und ~~Krankenpfleger~~ Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und ~~Krankenpflegerinnen~~ Krankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- ~~Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und~~ Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

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

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

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

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

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

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

Grundlage für die Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ ist die Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits-

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

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

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

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

Unter „~~Klinische Neuropsychologin und~~ Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin“ sind nur Psychologische ~~Psychotherapeuten~~ Psychotherapeutinnen und ~~therapeutinnen~~ therapeuten sowie Kinder- und ~~Jugendlichenpsychotherapeuten~~ Jugendlichenpsychotherapeutinnen und

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

~~therapeutinnen~~therapeuten, die über eine von einer Landespsychotherapeutenkammer anerkannte abgeschlossene Zusatzweiterbildung in Klinischer Neuropsychologie verfügen, einzutragen. Fachkundenachweise, andere Fort- und Weiterbildungskurse etc. sollen hier nicht abgebildet werden. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Berufsbezeichnungen) sollen sinngemäß zugeordnet werden.

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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 Stellungnahmeverfahrens (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 Anmeldedaten 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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

- Registrierungsdatum

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

Nur die Krankenhäuser selbst können die notwendigen Korrekturen vornehmen.

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

Angaben zum Krankenhaus bzw. Standort:

- Institutionskennzeichen
- Standortnummer

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

Hinweis zum Datenschutz:

- Die 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.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

- Für jedes Krankenhaus mit nur einem Standort wird eine Dokumentationsrate je Leistungsbereich errechnet, die anzugeben ist.
- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, werden in den standortspezifischen Qualitätsberichten je Leistungsbereich standortspezifische Angaben gemacht.
- Im Gesamtbericht eines Krankenhauses über mehrere Standorte ist eine gemeinsame Dokumentationsrate je Leistungsbereich anzugeben.

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~~Nummer 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~~Nieren-Transplantation (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~~Nieren-Transplantation beziehen sich auf die Bereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-~~Nierentransplantation~~Nieren-Transplantation“.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

2. Für die Leistungsbereiche der Hüft- und Kniegelenksendoprothetik (HEP, KEP) erfolgt eine weitere Differenzierung der Fallzahlen (Soll) für Erstimplantationen („HEP-_IMP“, „KEP-_IMP“) und Wechseleingriffe („HEP-_WE“, „KEP-_WE“).
3. Für die kathetergestützte Implantation von Aortenklappen erfolgt eine differenzierte Darstellung der Fallzahlen (Soll). „Aort Kath Endo“ stellt die Zahl der erbrachten über einen endovaskulären Zugangsweg implantierten Aortenklappen dar. „Aort Kath Trapi“ stellt die Zahl der erbrachten über den transapikalen Zugangsweg implantierten Aortenklappen dar.
4. Für den Leistungsbereich der Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (HTXM) erfolgt eine weitere Differenzierung der Fallzahlen (Soll) für Herztransplantationen („HTXM_TX“) und Herzunterstützungssysteme („HTXM_MKU“).

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

C-1.2.[Z] Ergebnisse der Qualitätssicherung

Dargestellt werden die Ergebnisse aus den QS-Verfahren gemäß QSKH-RL 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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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/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.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018/2019

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

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

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

„Bezug zum Verfahren“: Hier wird der Bezug des QS-Ergebnisses zu den zugrundeliegenden Richtlinien und Regelungen des 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~~ 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~~ 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 §§-den §§ 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.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

„Grundgesamtheit/Fallzahl“: Hier ist die Grundgesamtheit (Anzahl der ~~Patienten und~~ Patientinnen und Patienten, 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		31	Besondere klinische Situation

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

	Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		33	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 20182019

Bewertung Vorjahr	N	eingeschränkt/nicht vergleichbar						
	R	eingeschränkt/nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	verschlechtert	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	H	eingeschränkt/nicht vergleichbar						
	U	eingeschränkt/nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	eingeschränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	A	eingeschränkt/nicht vergleichbar	verbessert	eingeschränkt/nicht vergleichbar	verbessert	unverändert	eingeschränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	D	eingeschränkt/nicht vergleichbar	verbessert	eingeschränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/nicht vergleichbar
	S	eingeschränkt/nicht vergleichbar						
<p>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“.</p>								

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

Die Angaben zu

- Leistungsbereich-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs,

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

- Ergebnis-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators bzw. der Kennzahl,
- Art des Wertes,
- Bezug zum Verfahren,
- Ergebnis mit Bezug zu Infektionen,
- Fachlicher Hinweis des IQTIG,
- Einheit,
- Bundesergebnis,
- Vertrauensbereich (Bundesergebnis) und
- Referenzbereich

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

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~~ sind der Tabelle D in Anhang 3 zu entnehmen.

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3

Tabelle D: siehe Anhang 3

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

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

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

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

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

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

DMP gibt es zu folgenden Indikationen:

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

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.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

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

Folgende Aspekte sind dabei zu berücksichtigen:

- Leistungsbereich
- Bezeichnung des Qualitätsindikators
- Ergebnis
- Messzeitraum
- Datenerhebung
- Rechenregeln
- Referenzbereiche
- Vergleichswerte
- Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des ~~Qualitäts-indikatoren~~[Qualitätsindikatoren](#)-Sets mit Evidenzgrundlage

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

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

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 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:

Leistungsbereich	Mindestmenge
------------------	--------------

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

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

Krankenhäuser, die mindestmengenrelevante Leistungen erbringen, geben für diese Leistungsbereiche die jeweils im Berichtsjahr tatsächlich erbrachte Menge an. Bei Unterschreitung der Mindestmenge ist die jeweilige 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~~Ausnahmen bestehen. ~~Diese~~Zusätzlich sind Kommentare ~~möglich~~. ~~Diese~~ sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-5.2 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr

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

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

Zu jedem Leistungsbereich sind standortbezogen folgende Angaben zu machen:

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

C-5.2.1- __Gesamtergebnis der Prognosedarlegung

Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt.

Auswahloptionen: ja; nein; Rechtsstreit anhängig

C-5.2.2- __Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden:

- Im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge
(Hinweis: Automatische Übernahme des Wertes aus C-5.1 durch die Erfassungssoftware)
- die in den letzten zwei Quartalen des ~~Berichtsjahres~~Berichtsjahrs und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge

C-5.2.3- __Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen

Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose).

Auswahloptionen: ja; nein; ~~z~~ Rechtsstreit anhängig

C-5.2.4- __Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R~~z~~)

Der Krankenhausträger hat unter Berufung auf den Ausnahmetatbestand nach §_7 Absatz 1 der Mindestmengenregelungen den Beginn der Leistungserbringung für das Prognosejahr den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt.

Auswahloptionen: ja; nein

C-5.2.5- __Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden

Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§_136b ~~Abs.~~Absatz 5 SGB_V) erteilt.

Auswahloptionen: ja; nein

C-5.2.6- __Übergangsregelung

Der Krankenhausträger ist aufgrund der Übergangsregelung nach §_8 der Mindestmengenregelungen zur Leistungserbringung berechtigt.

Auswahloptionen: ja; ~~z~~ nein

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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.

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 zur 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“ 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~~RL teil.
Antwortoptionen: ja, nein
Wenn ja,
- Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-~~Richtlinie~~RL 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:

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018/2019

„Der ‚klärende Dialog‘ ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Zentren, die nach dem 04.04.1. Januar 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~~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 ~~Fachärzte, Psychologischen~~ Psychotherapeutinnen ~~und Psychotherapeuten~~ sowie Kinder- und ~~Jugendlichenpsychotherapeuten~~Jugendlichenpsychotherapeutinnen und ~~–psychotherapeutinnen–~~psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ unterliegen (siehe www.g-ba.de).

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

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

Beispiel:

	Anzahl

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

1.	Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeutinnen, psychotherapeuten , die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)Personen
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung <u>Facharztanerkennung</u> bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegtPersonen
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht habenPersonen

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

GKV-SV	DKG
<p>Krankenhäuser machen die unten genannten Angaben für jeden Bereich, für den die Prüfung durch das Institut für das Entgeltssystem im Krankenhaus (InEK) GmbH einen pflegesensitiven Bereich im Berichtsjahr ergeben hat. Alle Angaben erfolgen damit auf Ebene des einzelnen pflegesensitiven Bereichs, also stations- und fachabteilungs-übergreifend. Des Weiteren erfolgen alle Angaben getrennt für Tag- und Nachtschichten.</p> <p><i>Hinweis: Folgende Textpassage inklusive der Tabelle ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen.</i></p> <p><i>[Keine Übernahme]</i></p>	<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>
<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>	<p>Alle Angaben mit Ausnahme der Ausnahmetatbestände zur Nichteinhaltung der geltenden Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) in C-8.6 sind getrennt für Tag- und Nachtschichten auf Basis der Meldungen entsprechend den §§ 3 bis 5 der PpUGV-Nachweis-Vereinbarung vorzunehmen.</p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018/2019

Die Angaben der Unterkapitel C-8.1 bis C-8.5 werden tabellarisch für jeden pflegesensitiven Bereich auf Fachabteilungs- und Stationsebene wie folgt dargestellt:									
<u>Pflegesensitiver Bereich</u>	<u>Fachabteilung</u>	<u>Station</u>	<u>Monat</u>	<u>Schicht</u>	<u>C-8.1 Anzahl Schichten (Summe)</u>	<u>C-8.2 Durchschnittliche Pflegepersonal-ausstattung Pflegefachkräfte</u>	<u>C-8.3 Durchschnittliche Pflegepersonal-ausstattung Pflegehilfskräfte</u>	<u>C-8.4 Durchschnittliche Patientenbelegung</u>	<u>C-8.5 Anzahl nicht eingehaltener Schichten</u>
<u>[Auswahloptionen: Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie, Unfallchirurgie]</u>	<u>[Freitextfeld]</u>	<u>[Freitextfeld]</u>	<u>[Auswahloptionen: Januar - Dezember]</u>	<u>[Auswahloptionen: Tag, Nacht]</u>	<u>[Zahlenwert]</u>	<u>[Zahlenwert]</u>	<u>[Zahlenwert]</u>	<u>[Zahlenwert]</u>	<u>[Zahlenwert]</u>
<p><i>Hinweis: Die Datenstruktur des vorliegenden Kapitels ist so festgelegt, dass sämtliche Angaben direkt und automatisch durch die Erfassungsoftware aus den Quartalsmeldungen gemäß §§ 3 und 4 sowie dem jährlichen Nachweis gemäß § 5 der PpuGV-Nachweis-Vereinbarung in den Qualitätsbericht der Krankenhäuser eingebunden werden können. In der nachfolgenden Tabellenzeile wird zur Referenzierung auf die entsprechenden Spalten der „Beispielbefüllung im Datenportal Meldung zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen PpUG-Nachweis-Vereinbarung“ des InEK verwiesen.</i></p>									
<u>Spalte B</u>	<u>Spalte C</u>	<u>Spalte D</u>	<u>Spalte E</u>	<u>Spalte G</u>	<u>Spalte H</u>	<u>Spalte I</u>	<u>Spalte J</u>	<u>Spalte K</u>	<u>Spalte L</u>

Für folgende pflegesensitive Bereiche gelten schichtbezogen seit dem 1. Januar 2019 Pflegepersonaluntergrenzen gemäß der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV).

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

Pflegesensitiver Bereich	Pflegepersonaluntergrenzen (Patientinnen und Patienten je Pflegekraft)		Höchstanteile an Pflegehilfskräften	
	Tagschicht	Nachtschicht	Tagschicht	Nachtschicht
Intensivmedizin	2,5	3,5	8%	8%
Geriatrie	10	20	20%	40%
Kardiologie	12	24	10%	15%
Unfallchirurgie	10	20	10%	15%

Für die Bereiche Neurologie und Herzchirurgie wurden bislang keine Pflegepersonaluntergrenzen definiert, deshalb ist hier keine Angabe vorzunehmen.

GKV-SV, 23.08.2019	DKG
<p>C-8.1 Personalausstattung nach PpUGV Folgende Angaben sind für den pflegesensitiven Bereich auf Basis der rechnerischen Anzahl an Patientinnen und Patienten je Pflegekraft unter Berücksichtigung der Vorgaben in der PpUGV zur Berechnung der Personalausstattung nach § 2 Abs. 2 PpUGV zu machen.</p> <p>Durchschnittliche Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegekraft im Berichtsjahr: Tagschicht: [Zahlenwert] berechnet als Mittelwert der Spalte K der Anlage 4 PpUG-Nachweis-Vereinbarung für alle Tagschichten im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Nachtschicht: [Zahlenwert] berechnet als Mittelwert der Spalte K der Anlage 4 PpUG-Nachweis-Vereinbarung für alle Nachtschichten im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Minimale Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegekraft im Berichtsjahr: Tagschicht: [Zahlenwert] ist das Minimum der Spalte K der Anlage 4 PpUG-Nachweis-Vereinbarung für alle Tagschichten im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich</p>	<p>[Keine Übernahme]</p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

<p>Nachtschicht: [Zahlenwert] ist das Minimum der Spalte K der Anlage 4 PpUG-Nachweis-Vereinbarung für alle Nachtschichten im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Maximale Anzahl Patientinnen und Patienten je Pflegekraft im Berichtsjahr:</p> <p>Tagschicht: [Zahlenwert] ist das Maximum der Spalte K der Anlage 4 PpUG-Nachweis-Vereinbarung für alle Tagschichten im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich</p> <p>Nachtschicht: [Zahlenwert] ist das Maximum der Spalte K der Anlage 4 PpUG-Nachweis-Vereinbarung für alle Nachtschichten im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich</p>	
<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>	<p>C-8.1 Anzahl Schichten (Summe) Die anzugebenden Werte entsprechen den Angaben gemäß § 4 Abs. 1 PpUG-Nachweisvereinbarung.</p> <p>Gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 PpUG-Nachweisverordnung haben die Krankenhäuser einmal je Quartal die Summe aller Schichten des jeweiligen Kalendermonats für jede Station eines pflegesensitiven Bereichs je Standort zu übermitteln.</p> <p><i>[Die Erfassungssoftware stellt sicher, dass die Daten gemäß § 4 Abs. 2 und 3 PpUG-Nachweisvereinbarung automatisch in den Qualitätsbericht einfließen können.]</i></p>
<p>GKV-SV</p> <p>C-8.2 Erfüllung der PpUGV Die Anzahl der im Berichtsjahr im pflegesensitiven Bereich insgesamt geleisteten Schichten ist getrennt für Tag- und Nachtschichten anzugeben. Des Weiteren ist die Anzahl der Tag- und Nachtschichten anzugeben, in denen die PpUG nicht eingehalten wurden.</p>	<p>DKG</p> <p><i>[Keine Übernahme]</i></p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

<p><u>Anzahl Tagschichten im Berichtsjahr: [Zahlenwert] ist die Summe der Angaben in Spalte H gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Tagschichten im pflegesensitiven Bereich</u></p> <p><u>Anzahl Nachtschichten im Berichtsjahr: [Zahlenwert] ist die Summe der Angaben in Spalte H gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Nachtschichten im pflegesensitiven Bereich</u></p> <p><u>Anzahl Tagschichten im Berichtsjahr, an denen die PpUG nicht eingehalten wurden: [Zahlenwert] ist die Summe der Angaben in Spalte L gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Tagschichten im pflegesensitiven Bereich</u></p> <p><u>Anzahl Nachtschichten im Berichtsjahr, an denen die PpUG nicht eingehalten wurden: [Zahlenwert] ist die Summe der Angaben in Spalte L gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Nachtschichten im pflegesensitiven Bereich</u></p> <p><u>Anzahl Tagschichten im Berichtsjahr, an denen die PpUG nicht eingehalten wurde im Verhältnis zu den gesamten Tagschichten im Berichtsjahr: [Zahlenwert zwischen 0 und 1] ist der Quotient aus der Summe der Angaben in Spalte H gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Tagschichten im pflegesensitiven Bereich und der Summe der Angaben in Spalte L gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Tagschichten im pflegesensitiven Bereich</u></p> <p><u>Anzahl Nachtschichten im Berichtsjahr, an denen die PpUG nicht eingehalten wurde im Verhältnis zu den gesamten Nachtschichten im Berichtsjahr: [Zahlenwert zwischen 0 und 1] ist der Quotient aus der Summe der Angaben in Spalte H gemäß Anlage 2 und 3 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Nachtschichten im pflegesensitiven Bereich und der Summe der Angaben in Spalte L gemäß Anlage 2 und 3</u></p>	
---	--

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

<p>der PpUG-Nachweis-Vereinbarung für die Nachtschichten im pflegesensitiven Bereich</p>	
<p><u>[Keine Übernahme]</u></p>	<p>C-8.2 Durchschnittliche Pflegepersonalausstattung Pflegefachkräfte <u>Die anzugebenden Werte entsprechen den Angaben gemäß § 3 Abs. 1-3 PpUG-Nachweisvereinbarung.</u></p> <p><u>Die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung ermittelt sich gemäß § 3 Abs. 3 PpUG- Nachweisvereinbarung aus der Summe der pro Schicht (Tagschicht bzw. Nachtschicht) geleisteten Arbeitsstunden eines Kalendermonats dividiert durch die Gesamtstundenzahl der Schichten des jeweiligen Kalendermonats. Daraus ergibt sich jeweils ein monatsdurchschnittlicher VK-Wert - differenziert nach Tagschicht und Nachtschicht - für jeden Kalendermonat.</u></p> <p><u>[Die Erfassungssoftware stellt sicher, dass die Daten gemäß § 3 Abs. 5 und 6 PpUG-Nachweisvereinbarung automatisch in den Qualitätsbericht einfließen können.]</u></p>

GKV-SV	DKG
<p>C-8.3 Ausnahmetatbestände <u>War die Unterschreitung der PpUG im Berichtsjahr laut vom Wirtschaftsprüfer bestätigtem Jahresbericht in einem pflegesensitiven Bereich mindestens einmal auf einen Ausnahmetatbestand gemäß § 8 Abs. 2 PpUGV oder gemäß § 6 PpUG-Sanktions-Vereinbarung zurückzuführen, ist dies hier anzugeben.</u> <u>Folgende Ausnahmetatbestände traten im Berichtsjahr mindestens in einer Tagschicht im pflegesensitiven Bereich des Krankenhaus auf:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging: Ist „Ja“, wenn die Spalte L der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung für die Tagschichten mindestens einmal den Ausdruck „Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der</u> 	<p><u>[Keine Übernahme]</u></p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

<p><u>in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging“ enthält. Sonst „Nein“</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen: Ist „Ja“, wenn die Spalte L der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung für die Tagschichten mindestens einmal den Ausdruck „Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen“ enthält. Sonst „Nein“</u> • <u>Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern: Ist „Ja“, wenn die Spalte L der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung für die Tagschichten mindestens einmal den Ausdruck „Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern“ enthält. Sonst „Nein“</u> <p><u>Folgende Ausnahmetatbestände traten im Berichtsjahr mindestens in einer Nachtschicht im pflegesensitiven Bereich des Krankenhauses auf:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging: Ist „Ja“, wenn die Spalte L der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung für die Nachtschichten mindestens einmal den Ausdruck „Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging“ enthält. Sonst „Nein“</u> • <u>Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen: Ist „Ja“, wenn die Spalte L der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung für die Nachtschichten mindestens einmal den Ausdruck „Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen“ enthält. Sonst „Nein“</u> 	
---	--

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

<ul style="list-style-type: none"> • <u>Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern: Ist „Ja“, wenn die Spalte L der Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung für die Nachtschichten mindestens einmal den Ausdruck „Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern“ enthält. Sonst „Nein“</u> 	
<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>	<p><u>C-8.3 Durchschnittliche Pflegepersonalausstattung Pflegehilfskräfte</u> Die anzugebenden Werte entsprechen den Angaben gemäß § 3 Abs. 1-3 PpUG-Nachweisvereinbarung.</p> <p>Die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung ermittelt sich gemäß § 3 Abs. 3 PpUG- Nachweisvereinbarung aus der Summe der pro Schicht (Tagschicht bzw. Nachtschicht) geleisteten Arbeitsstunden eines Kalendermonats dividiert durch die Gesamtstundenzahl der Schichten des jeweiligen Kalendermonats. Daraus ergibt sich jeweils ein monatsdurchschnittlicher VK-Wert - differenziert nach Tagschicht und Nachtschicht - für jeden Kalendermonat.</p> <p><i>[Die Erfassungssoftware stellt sicher, dass die Daten gemäß § 3 Abs. 5 und 6 PpUG-Nachweisvereinbarung automatisch in den Qualitätsbericht einfließen können.]</i></p>
<p><u>C-8.4. Nachweise für das Berichtsjahr entsprechend PpUG-Nachweisvereinbarung</u></p> <p><u>Grundlage der Angaben unter C-8.1 bis C-8.3 bilden die Daten der vier Quartalsberichte sowie die des Jahresberichtes gemäß Anlagen 2,3 und 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung. Diese Daten sind vom Krankenhaus standortbezogen und vollständig für jeden pflegesensitiven Bereich zu übermitteln. Die Anlagen 2 und 3 sowie Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung werden in einem gesonderten Berichtsteil des Qualitätsberichtes separat dargestellt. Die Tabellen sind vollständig und unverändert zu übernehmen.</u></p>	<p><i>[Keine Übernahme]</i></p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018/2019

<p>Die Übermittlung erfolgt im XML-Format gemäß [Nummer X der Datensatzbeschreibung im Anhang 1 zur Anlage 1] in einer separaten, vom Krankenhaus zu erstellenden Datei. Diese ist wie folgt zu benennen: <IK>-<SO>-<JAHR>-PpUG.xml.</p> <p>[Folgeänderungen:</p> <p>Anhang 1, DSB und Schemadatei - in Zusammenarbeit mit GFL</p> <p>Dateinamenskonvention, Annahmestelle]</p>	
<p>[Keine Übernahme]</p>	<p>C-8.4 Durchschnittlichen Patientenbelegung Die anzugebenden Werte entsprechen den Angaben gemäß § 3 Abs. 4 PpUG-Nachweisvereinbarung.</p> <p>Die maßgebliche Anzahl der Patienten ermittelt sich aus dem Mitternachtsbestand entsprechend der Grunddaten der Krankenhäuser des Statistischen Bundesamtes. Dieser Mitternachtsbestand gilt für die laufende Nachtschicht (rückwirkend 22 Uhr bis 6 Uhr) und die darauffolgende Tagschicht von 6 Uhr bis 22 Uhr. Der Monatsdurchschnittswert ergibt sich aus dem Mittelwert der Mitternachtsbestände eines Kalendermonats.</p> <p>[Die Erfassungssoftware stellt sicher, dass die Daten gemäß § 3 Abs. 5 und 6 PpUG-Nachweisvereinbarung automatisch in den Qualitätsbericht einfließen können.]</p>
<p>[Keine Übernahme]</p>	<p>C-8.5 Anzahl nicht eingehaltener Schichten Die anzugebenden Werte entsprechen den Angaben gemäß § 4 Abs. 1 PpUG-Nachweisvereinbarung.</p> <p>Gemäß § 7 Abs. 1 PpUGV i. V. m. § 4 PpUG-Nachweisvereinbarung haben die Krankenhäuser einmal je Quartal die Anzahl der Schichten je Standort zu melden, in denen die gültigen Pflegepersonaluntergrenzen nicht eingehalten wurden, aufgeschlüsselt nach Kalendermonaten und Art der Schicht.</p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

	<p><i>[Die Erfassungssoftware stellt sicher, dass die Daten gemäß § 4 Abs. 2 und 3 PpUG-Nachweisvereinbarung automatisch in den Qualitätsbericht einfließen können.]</i></p>
<p><u>[Keine Übernahme]</u></p>	<p>C-8.6 Ausnahmetatbestände <u>Die anzugebenden Ausnahmetatbestände entsprechen den Angaben gemäß § 5 Abs. 2 c) PpUG-Nachweisvereinbarung.</u></p> <p><u>War die Unterschreitung der PpUG im Berichtsjahr laut vom Wirtschaftsprüfer bestätigtem Jahresbericht mindestens einmal auf einen Ausnahmetatbestand gemäß § 8 Abs. 2 PpUGV oder gemäß § 6 PpUGV-Sanktions-Vereinbarung zurückzuführen, ist der einschlägige Ausnahmetatbestand je pflegesensitiven Bereich, also stations- und fachabteilungsübergreifend, aus den unten stehenden Optionen auszuwählen (Mehrfachauswahl möglich).</u> <u>Auswahloptionen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging</u> • <u>Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen</u> • <u>Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern</u> <p><u>Je Ausnahmetatbestand können ergänzende Angaben gemacht werden. Die Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.</u> <i>[Die Erfassungssoftware stellt sicher, dass die Daten gemäß § 5 Abs. 4 und 5 PpUG-Nachweisvereinbarung automatisch in den Qualitätsbericht einfließen können.]</i></p>

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr [2018/2019](#) |

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr [2018-2019](#) |

Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr [2018/2019](#) |

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 [2018/2019](#) |

Anhang 4: Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr [2018/2019](#) |

Anlage_2 zum ~~Beschluss~~Beschlussentwurf

Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

Nummer	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP01	Akupressur	<i>z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen</i>
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP54	Asthmaschulung	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	
MP06	Basale Stimulation	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	<i>z. B. Hospizdienst, Palliative Care, Trauerbegleitung</i>
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	<i>z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie</i>
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	<i>z. B. bei Diabetes mellitus</i>
MP69	Eigenblutspende	
MP15	Entlassmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining	
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	<i>z. B. Akupunktmassage, Bindegewebsmassage, Shiatsu</i>
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	<i>z. B. Unterricht für schulpflichtige Kinder</i>
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	<i>z. B. medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie</i>
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	<i>z. B. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie</i>
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	<i>z. B. Nichtraucherinnen-Kurse, Koronarsportgruppe</i>

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

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

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

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

GKV-SV/PatV		DKG	
Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ (Kapitel A-6)		[streichen]	
Nummer	Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung Zusatzangaben (verpflichtend)	Kommentar/ Erläuterung
Patientenzimmer			
NM02	Ein-Bett-Zimmer	z. B. Anzahl	z. B. Anzahl
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	z. B. Anzahl	z. B. Anzahl
NM05	Mutter-Kind-Zimmer	z. B. Anzahl	z. B. Anzahl
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	z. B. Anzahl	z. B. Anzahl
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	z. B. Anzahl	z. B. Anzahl
Ausstattung der Patientenzimmer			
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben Kosten pro Tag	z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben
NM15	WLAN /Internetanschluss am Bett/im Zimmer	z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben 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	z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben 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		
Besondere Ausstattung des Krankenhauses			
NM48	Geldautomat		
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen und Besucher sowie Patienten und Patientinnen und Patienten	z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben Kosten pro Stunde/Tag	z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben
NM36	Schwimmbad/Bewegungsbad		
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		
Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder			
NM62	Schulleilnahme in externer Schule/Einrichtung	z. B. Kooperationspartner, Link zu Details	
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	z. B. Alter der Kinder, Öffnungszeiten, Link zur Internetseite mit aktuellen Angaben
Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patienten und Patientinnen und Patienten sowie Besucher und Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen und Patienten		
NM65	Besondere Hotelleistungen	z. B. Link zur Internetseite	z. B. Link zur Internetseite
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Art der besonderen Ernährungsgewohnheit (z. B. jüdische/muslimische	z. B. jüdische/muslimische Ernährung; vegetarische/vegane Küche

Verbundene Zellen

Verbundene Zellen

Verbundene Zellen

Verbundene Zellen

Verbundene Zellen

Verbundene Zellen

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

		<i>Ernährung, vegetarische/vegane Küche</i>
NM42	Seelsorge/ <i>spirituelle Begleitung</i> [GKV- SV: Andachtsraum]	
NM67		
NM68	Abschiedsraum	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

Vorschlag PatV:

Num-mer	Aspekt der Barrierefreiheit	Zusatzangaben (verpflichtend)	Kommentar/Erläuterung
Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen gemäß DIN 18040			
BF0 1	Beschriftung von Zimmern Kontrastreiche Beschriftungen (kontrastreiche Pyramidenschrift) in erhabener Profilschrift und Blindenschrift/ Brailleschrift	Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> in Patientenzimmern in Behandlungsräumen in Funktionsräumen 	z. B. Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift
BF0 2	Ausstattung der Aufzüge	Aufzug-Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): <ul style="list-style-type: none"> mit Sprachansage mit kontrastreicher erhabener Profilschrift mit Blindenschrift-/Braille-Beschriftung 	
BF0 3	Tastbarer Gebäudeplan		Sofern vorhanden, ist anzugeben, wo der tastbare Gebäudeplan zu finden ist.
BF0 4	Gut lesbare, große Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher kontrastreicher Beschriftung		Angaben zur Gestaltung optischer Informationen für Menschen mit Sehbehinderungen im gesamten Haus, Verwendung von Piktogrammen
BF0 5	Leitsysteme bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen		Blindenleitsystem bzw. Angaben, ob bzw. wo im Haus ein Blinden- bzw. Bodenleitsystem für sehbehinderte oder blinde Menschen installiert ist, ob es im Haus personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen gibt und wann und wo diese personelle Unterstützung angefordert werden muss.
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen gemäß DIN 18040			
BF0 6	Äußere Erschließung	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl der Behindertenparkplätze 	

Eingefügte Zellen

Eingefügte Zellen

Eingefügte Zellen

Eingefügte Zellen

Eingefügte Zellen

Eingefügte Zellen

Gelöschte Zellen

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (ja/nein)</u> 	
<u>BF0</u> <u>7</u>	<u>Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs</u>		<p><u>Hinweis, ob der Tresen beim Service-/Anmeldeschalter eine Nutzung vom Rollstuhl aus und auch für Kleinwüchsige ermöglicht.</u></p> <p><u>Angabe, ob eine Induktionsschleife am Service-Schalter/ Tresen installiert ist.</u></p>
<u>BF0</u> <u>8</u>	<u>Treppen mit beidseitigem Handlauf</u>	<u>Auswahloption: Im Eingangsbereich vorhanden (ja/nein)</u>	
<u>BF0</u> <u>9</u>	<u>Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der eigenen Krankenhaushomepage</u>		<u>Angaben, ob es barrierefreie Informationsdarbietungen auf alle Kategorien und Bedarfe bezogen gibt.</u>
<u>BF1</u> <u>0BF</u> <u>06</u>	<u>Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Zimmerausstattung mit barrierefreien Sanitäranlagen</u> 	<u>Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Zimmer mit rollstuhlgerechter/ behindertengerechter Dusche vorhanden (ja/nein)</u> • <u>Zimmer mit rollstuhlgerechter/ behindertengerechter Dusche und rollstuhlgerechter/ behindertengerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches mit von unterschiedlichen Seiten anfahrbaren WCs vorhanden (ja/nein)</u> 	
<u>BF0</u> <u>7</u>	<u>Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette</u>		
<u>BF1</u> <u>1BF</u> <u>08</u>	<u>Rollstuhlgerechter/behindertengerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen</u>		<u>Konkrete Hinweise, ob Serviceeinrichtungen rollstuhlgerechte/behindertengerechte Zugänge haben.</u>
<u>BF1</u> <u>2BF</u> <u>09</u>	<u>Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug/Ausstattung von Aufzügen</u>		<u>Hinweise, dass Aufzüge mit gut erreichbaren Bedienfeldern (innen/außen) ausgestattet sind.</u>
<u>BF1</u> <u>3BF</u> <u>40</u>	<u>Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen und Besucher</u>	<u>Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>eine Toilette, die beidseitig anfahrbar ist, oder</u> • <u>zwei Toiletten, die jeweils von einer unterschiedlichen Seite anfahrbar sind</u> 	

Eingefügte Zellen

Eingefügte Zellen

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

BF1 4BF 44	<u>Besondere personelle Unterstützung</u>		<u>Besondere Angaben</u> - ob bzw. in welchen Situationen es <u>besondere personelle Unterstützung gibt</u> (bspw. <u>Begleitung/Führen eines Rollstuhls</u>) - ob bzw. wo <u>besondere personelle Unterstützung angefordert werden muss</u> - ob bzw. in welchen Situationen die <u>Begleitung individueller Bezugspersonen</u> möglich ist.	
Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit gemäß DIN 18040				
BF1 5BF 42	<u>Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin</u> <u>Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und visuellen Anzeigen</u>		<u>Angaben, ob bzw. welche Räume im Haus mit einer Blitzanlage bzw. bei einem Patientenruf mit einer Anzeige „Hilfe kommt ausgestattet sind</u>	
BF1 6	<u>Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen</u>		<u>Angaben, ob bzw. welche Behandlungsräume im Haus mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten ausgestattet sind.</u>	
BF1 7	<u>Aufzug mit Anzeige</u>	<u>Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</u> • <u>mit Stockwerksanzeige</u> • <u>mit visueller Anzeige für den Notruf „Hilfe kommt“</u>		
BF1 8	<u>Kommunikationshilfen</u>	<u>Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</u> • <u>Gebärdensprachdolmetscher/-in vorhanden</u> • <u>Schriftdolmetscher/-in vorhanden</u> • <u>technische Kommunikationshilfe vorhanden</u>		
BF1 9BF 43	<u>Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE</u> <u>leicht verständlicher, klarer Sprache</u>		<u>Angaben ob bzw. wie eine Übertragung von Informationen in leicht verständliche Sprache abläuft und wo diese angefordert werden muss.</u>	

Eingefügte Zellen
Eingefügte Zellen
Gelöschte Zellen

Eingefügte Zellen

Eingefügte Zellen

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung			
<u>BF2</u> <u>0BF</u> 44	Arbeit mit Piktogrammen		<u>Angaben, ob bzw. auf welchen Stationen im Haus mit Piktogrammen gearbeitet wird.</u>
<u>BF2</u> <u>1BF</u> 45	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit <ul style="list-style-type: none"> • <u>Demenz oder</u> • geistiger Behinderung 		<u>Angaben, ob/wo/welche baulichen Maßnahmen für Menschen mit Demenz bzw. mit geistiger Behinderung vorhanden sind.</u>
<u>BF2</u> <u>2BF</u> 16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit <ul style="list-style-type: none"> • <u>Demenz oder</u> • geistiger Behinderung 		<u>Angaben, ob bzw. welche besondere personelle Unterstützung es für Menschen mit Demenz bzw. geistiger Behinderung gibt (bspw. bei der Medikamentenapplikation) und wo diese angefordert werden muss.</u>
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen <u>und Patienten</u> mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung			
<u>BF2</u> <u>3BF</u> 17	<u>Geeignete Bettenausstattung</u>	<u>Geeignete Betten fürAuswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße bis max. ... cm (Übergröße, elektrisch verstellbar)</u> • <u>Für Patienten und Patientinnen mit Gewicht bis max ... kg (elektrisch verstellbar)</u> 	
<u>BF2</u> <u>4BF</u> 48	<u>OP-Einrichtungen (z. B. Schleusen, OP-Tische)</u>	<u>OP-Einrichtungen fürAuswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische bis max. ... cm (Übergröße, elektrisch verstellbar)</u> • <u>Für Patienten und Patientinnen mit Gewicht bis max ... kg (elektrisch verstellbar)</u> 	
<u>BF2</u> <u>5BF</u> 49	<u>Röntgeneinrichtungen</u>	<u>Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</u>	

Eingefügte Zellen

Eingefügte Zellen

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

		<ul style="list-style-type: none"> • Für Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße bis max. ... cm (Übergröße, elektrisch verstellbar) • Für Patienten und Patientinnen mit Gewicht bis max ... kg (elektrisch verstellbar) 	
BF2 GBF 20	<u>Untersuchungseinrichtungen/-geräte (Körperwaagen, Blutdruckmanschetten)</u>	<p>Untersuchungsgeräte für Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. bis max. ... cm (Übergröße, elektrisch verstellbar) • Für Patienten und Patientinnen mit Gewicht bis max ... kg (elektrisch verstellbar) B: Körperwaagen, Blutdruckmanschetten 	<u>z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten</u>
BF2 ZBF 24	<u>Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege</u>	<p>Hilfsgeräte zur Pflege für Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. bis max. ... cm (Übergröße, elektrisch verstellbar) • Für Patienten und Patientinnen mit Gewicht bis max ... kg (elektrisch verstellbar) B: Patientenlifter 	<u>z. B. Patientenlifter</u>

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

BF2 3BF 22	<u>Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen</u>	<p><u>Hilfsmittel für Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. bis max. ... cm (<u>Übergroße, elektrisch verstellbar</u>) • Für Patienten und Patientinnen mit <u>Gewicht bis max ... kg (elektrisch verstellbar)</u> B. Anti-Thrombosestrümpfe 	<u>z. B. Anti-Thrombosestrümpfe</u>
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von <u>Patienten oder Patientinnen oder Patienten</u> mit schweren Allergien			
BF2 9BF 23	Allergienarme Zimmer		<u>Angaben, ob bzw. auf welchen Stationen es allergienarme Zimmer gibt und ob eine Bekanntgabe von Allergien vor der Aufnahme erforderlich ist.</u>
BF3 0BF 24	<u>Diätetische Angebote</u> <u>Unterschiedliche Ernährungsformen</u>		<u>Angaben, welche Diäten und Ernährungsformen berücksichtigt werden können.</u>
Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung			
BF3 1BF 25	<u>Dolmetscherdienst</u> <u>Dolmetscherdienste</u>	<p><u>Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>in der Notfallaufnahme</u> • <u>im Aufnahmebereich</u> • <u>in der Pflege</u> • <u>in der Ärzteschaft</u> • <u>in Funktionsbereichen</u> • <u>...</u> 	<u>z. B. Türkisch</u>
BF3 2BF 26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	<u>z. B. Russisch, Englisch</u>	<u>Angaben, ob bzw. welche Behandlungsmöglichkeiten durch Personal in welchen Fremdsprachen angeboten werden.</u>
BF3 3BF 29	<u>Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus liegt in folgenden Sprachen vor</u>	<p><u>Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Englisch</u> • <u>Französisch</u> • <u>Spanisch</u> • <u>Russisch</u> z. B. Niederländisch, Polnisch • <u>Türkisch</u> • <u>...</u> 	<u>Es sollte genau genannt werden, in welchen Sprachen Informationsmaterial über das Krankenhaus vorliegt</u>
BF3 4BF 30	Mehrsprachige Internetseite	<u>z. B. Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</u>	<u>Es sollte genau genannt werden, in welchen Sprachen die Internetseite gestaltet ist</u>

Eingefügte Zellen

Eingefügte Zellen

Eingefügte Zellen

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

		<p><u>Internetseite ist in folgenden Sprachen gestaltet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Englisch</u> • <u>Französisch</u> <i>Dänisch</i> • <u>Spanisch</u> • <u>Russisch</u> • <u>Türkisch</u> • ... 		
<p><u>BF3</u> 5BF 34</p>	<p>Mehrsprachiges Orientierungssystem (Ausschilderung) im Krankenhaus</p>	<p><u>Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich): Orientierungssystem (Ausschilderung) im Krankenhaus in folgenden Sprachen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Englisch</u> • <u>Französisch</u> • <u>Spanisch</u> • <u>Russisch</u> • <u>Türkisch</u> • ... 	<p><u>Es sollte genau genannt werden, in welchen Sprachen das Orientierungssystem (Ausschilderung) im Krankenhaus gestaltet ist</u></p>	
<p><u>BF3</u> 6BF 32</p>	<p><u>Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung</u></p>	<p><u>Auswahloption (Mehrfachauswahl möglich):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>aus bautechnischer Perspektive barrierefrei gestaltet und nutzbar</u> • <u>aus kultureller Sicht – d.h. religionsübergreifend – gestaltet und nutzbar</u> • <u>keine Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden</u> 	<p><i>z. B. Raum der Stille</i></p>	<p>Eingefügte Zellen</p>
<p>Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit</p>				
<p><u>BF3</u> 7BF 27</p>	<p><u>Büro für Menschen mit Beeinträchtigungen</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Name</u> • <u>Öffnungszeiten</u> • <u>Telefon</u> • <u>E-Mail</u> 	<p>Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für „Barrierefreiheit“ <u>Es sollte genau genannt werden, ob es eine Einrichtung (bspw. Büro ...) für Menschen mit Beeinträchtigungen / eine kontinuierlich erreichbare Ansprechperson gibt, in der / bei der betroffene Patienten</u></p>	<p><u>Name(n), Telefon, E-Mail</u></p> <p>Eingefügte Zellen</p> <p>Gelöschte Zellen</p> <p>Eingefügte Zellen</p>

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

			<p><u>Unterstützung bekommen / sich beraten lassen können und ggf. frühzeitige Absprachen treffen können..</u></p>
<p><u>BF3</u> 8BF 28</p>	<p>Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit</p>		<p><u>Es sollte erläutert werden, was unter "Interner und/oder externer Erhebung der Barrierefreiheit" zu verstehen ist. Der Nutzen, den Patienten hieraus ziehen können, sollte dargestellt werden.</u></p>
<p><u>BF3</u> <u>9</u></p>	<p><u>Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme (in Patienten-, Behandlungs-, Funktionsräumen, Sanitäranlagen)</u></p> <p><u>Barrierefreier Evakuierungsplan für den Notfall</u></p>		<p><u>Es sollte genau genannt werden, ob bzw. wo barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme vorhanden sind (in Patienten-, Behandlungs-, Funktionsräumen, Sanitäranlagen).</u></p> <p><u>Es sollte genau genannt werden, ob es einen barrierefreien Evakuierungsplan für den Notfall gibt.]</u></p>

Eingefügte Zellen

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019**Kompromissvorschlag der DKG auf Basis des vorstehenden Vorschlags der PatV:**

Num-mer	Aspekt der Barrierefreiheit		Kommentar/Erläuterung
	<u>Informationsdarbietung auf der Internetseite des Krankenhauses</u>		<u>Link zur Internetseite</u>
Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen			
BF01	<u>Kontrastreiche Beschriftungen (kontrastreiche Pyramidenschrift) in erhabener Profilschrift und Blindenschrift/ Brailleschrift</u>		<u>z.B. Beschriftung liegt vor in Patientenzimmern, in Behandlungsräumen, in Funktionsräumen</u>
BF02	<u>Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung</u>		<u>z.B. Ausstattung der Aufzüge mit Sprachansage, mit kontrastreicher erhabener Profilschrift, mit Blindenschrift-/Braille-Beschriftung</u>
BF03	<u>Tastbarer Gebäudeplan</u>		<u>z.B. Angabe, wo der tastbare Gebäudeplan zu finden ist.</u>
BF04	<u>Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung</u>		<u>z.B. Angaben zur Gestaltung optischer Informationen für Menschen mit Sehbehinderungen im gesamten Haus, Verwendung von Piktogrammen</u>
BF05	<u>Leitsysteme bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen</u>		<u>z.B. Angaben, ob bzw. wo im Haus ein Blinden- bzw. Bodenleitsystem für sehbehinderte oder blinde Menschen installiert ist, ob es im Haus personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen gibt und wann und wo diese personelle Unterstützung angefordert werden muss.</u>
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen			
BF06	<u>Äußere Erschließung</u>		<u>z.B. Anzahl der Anzahl der Behindertenparkplätze, Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (ja/nein)</u>
BF07	<u>Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs</u>		<u>z.B. Hinweis, ob der Tresen beim Service-/Anmeldeschalter eine Nutzung vom Rollstuhl aus und auch für Kleinwüchsige ermöglicht.</u>
BF08	<u>Treppen mit beidseitigem Handlauf</u>		<u>z.B. im Eingangsbereich</u>

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

BF10	<u>Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches</u> • <u>Zimmerausstattung mit barrierefreien Sanitäranlagen</u>		<u>z.B. Zimmer mit rollstuhlgerechter/behindertengerechter Dusche vorhanden.</u> <u>Zimmer mit rollstuhlgerechter/behindertengerechter Dusche und rollstuhlgerechter/behindertengerechter Toilette mit von unterschiedlichen Seiten anfahrbaren WCs vorhanden</u>
BF11	<u>Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette</u> <u>Rollstuhlgerechter/behindertengerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen</u>		<u>z.B. Konkrete Hinweise, ob Serviceeinrichtungen rollstuhlgerechte/behindertengerechte Zugänge haben.</u>
BF12	<u>Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug</u>		<u>z.B. Aufzüge mit gut erreichbaren Bedienfeldern (innen/außen)</u>
BF13	<u>Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher</u>		<u>z.B. Toilette, die beidseitig anfahrbar ist</u>
BF14	<u>Besondere personelle Unterstützung</u>		<u>z.B. Begleitung/Führen eines Rollstuhls</u>
<u>Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit</u>			
BF15	<u>Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und visuellen Anzeigen</u>		<u>z.B. Angaben, ob bzw. welche Räume im Haus mit einer Blitzanlage bzw. bei einem Patientenruf mit einer Anzeige „Hilfe kommt ausgestattet sind</u>
BF17	<u>Aufzug mit Anzeige</u>		<u>z.B. Aufzüge mit Stockwerksanzeige, mit visueller Anzeige für den Notruf „Hilfe kommt“</u>
BF18	<u>Kommunikationshilfen</u>		<u>z.B. Gebärdensprachdolmetscher/-in, Schriftdolmetscher/-in vorhanden, technische Kommunikationshilfe vorhanden</u>
BF19	<u>Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache</u>		
<u>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</u>			
BF20	<u>Arbeit mit Piktogrammen</u>		<u>z.B. Angaben, ob bzw. auf welchen Stationen im Haus mit Piktogrammen gearbeitet wird.</u>
BF21	<u>Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</u>		<u>z.B. Angaben, ob/wo/welche baulichen Maßnahmen für Menschen mit Demenz bzw. mit geistiger Behinderung vorhanden sind.</u>

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

BF22	<u>Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</u>		<u>z.B. Angaben, ob bzw. welche besondere personelle Unterstützung es für Menschen mit Demenz bzw. geistiger Behinderung gibt (bspw. bei der Medikamentenapplikation) und wo diese angefordert werden muss.</u>	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung				
BF23	<u>Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße</u>		<u>z.B. Übergröße, elektrisch verstellbar</u>	
BF24	<u>OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische</u>			
BF25	<u>Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße</u>			
BF26	<u>Untersuchungsgeräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten</u>		<u>z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten</u>	
BF27	<u>Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege</u>		<u>z. B. Patientenlifter</u>	
BF28	<u>Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z. B. Anti-Thrombosestrümpfe</u>		<u>z. B. Anti-Thrombosestrümpfe</u>	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien				
BF29	<u>Allergenarme Zimmer</u>		<u>z.B. Angaben, ob bzw. auf welchen Stationen es allergenarme Zimmer gibt</u>	
BF30	<u>Diätetische Angebote</u>		<u>z.B. Angaben, welche Diäten berücksichtigt werden können.</u>	
Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung				
BF31	<u>Dolmetscherdienst</u>		<u>z. B. Türkisch</u>	
BF32	<u>Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal</u>		<u>z.B. Angaben, ob bzw. welche Behandlungsmöglichkeiten durch Personal in welchen Fremdsprachen angeboten werden.</u>	
BF33	<u>Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus</u>		<u>z. B. Niederländisch, Polnisch</u>	
BF34	<u>Mehrsprachige Internetseite</u>		<u>z. B. Französisch, Dänisch</u>	
BF35	<u>Mehrsprachiges Orientierungssystem (Ausschilderung)</u>		<u>z. B. Französisch, Arabisch</u>	
BF36	<u>Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung</u>		<u>z. B. Raum der Stille</u>	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit		
BF37	<u>Büro für Menschen mit Beeinträchtigungen</u>	<u>z.B. Ansprechpartner, Name(n), Telefon, E-Mail</u>
BF38	<u>Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit</u>	
BF39	<u>Barrierefreie Notrufsysteme</u> <u>Barrierefreier Evakuierungsplan für den Notfall</u>	

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

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

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

Nummer	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/Erläuterung
HB15	<u>Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)</u>	
HB16	<u>Diätassistent und Diätassistentin und Diätassistent</u>	
HB10	<u>Hebamme und Entbindungspfleger und Hebamme</u>	
HB06	<u>Ergotherapeut und Ergotherapeutin und Ergotherapeut</u>	
HB01	Gesundheits- und <u>KrankenpflegerKrankenpflegerin</u> und Gesundheits- und <u>KrankenpflegerinKrankenpfleger</u>	
HB02	Gesundheits- und <u>KinderkrankenpflegerKinderkrankenpflegerin</u> und Gesundheits- und <u>KinderkrankenpflegerinKinderkrankenpfleger</u>	
HB03	<u>Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Krankengymnast/Physiotherapeutin und Physiotherapeut</u>	
HB17	<u>Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin und Krankenpflegehelfer</u>	
HB09	<u>Logopäde und Logopädin und Logopäde</u>	
HB13	<u>Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistenti für Funktionsdiagnostik (MTAF)</u>	
HB12	<u>Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)</u>	
HB05	<u>Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)</u>	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin und Operationstechnischer Assistent (OTA)		
HB14	Orthoptist und Orthoptistin und Orthoptist		
HB11	Podologe und Podologin und Podologe		
HB18	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)		

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

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

Nummer	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/Erläuterung
SP04	Diätassistent und Diätassistentin und Diätassistent	
SP36	Entspannungspädagoge und Entspannungspädagogin/Entspannungstherapeut und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin/Entspannungstrainer und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielærer und Heileurhythmielærer/Feldenkraiselærer und Heileurhythmielærer/Feldenkraiselærer und Feldenkraiselærer	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin und Ergotherapeut	
SP06	Erzieher und Erzieherin und Erzieher	
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagogin/Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagogin	
SP08	Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagogin	
SP39	Heilpraktiker und Heilpraktikerin und Heilpraktiker	
SP30	Hörgeräteakustiker und Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	
SP57	Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut	
SP14	Logopäde und Logopädin/Klinischer Linguist und Logopäde/Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	<i>z. B. für Babymassage</i>
SP43	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin und Musiktherapeut	
SP17	Oecotrophologe/Oecotrophologin und Oecotrophologin (Ernährungswissenschaftler und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)	
SP18	Orthopädiemechaniker und Bandagist und Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädienschuhmacher und Orthopädiemechaniker und Bandagist/Orthopädienschuhmacherin und Orthopädienschuhmacher	
SP19	Orthoptist und Orthoptistin/Augenoptiker und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker	
SP20	Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin und Physiotherapeut	
SP22	Podologe und Podologin (Fußpfleger und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)	
SP23	Diplom-PsychologinPsychologin und Diplom-PsychologinPsychologe	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	
SP40	Sozialpädagogischer Assistent und Sozialpädagogische Assistentin/ Kinderpfleger und Sozialpädagogischer Assistent/ Kinderpflegerin und Kinderpfleger	
SP35	Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	
SP60	Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	
SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	
SP58	PsychotherapeutenPsychotherapeutin und PsychotherapeutinnenPsychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)	
SP59	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	
	Gesundheitspädagogin und -pädagoge	

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

Num-mer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name letzte Aktualisierung (Datum)
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
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>

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

		Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<u>Auswahloptionen</u> (Mehrfachangaben möglich): - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel - Andere: (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP- Schritte, OP-Zeit und erwarteter <u>erwarteter</u> Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)

Auswahlliste „Einsatz eines einrichtungswegigen 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)

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Auswahloptionen: -monatlich -quartalsweise -halbjährlich -jährlich -bei Bedarf
IF03	Schulungen der <u>Mitarbeiterinnen und</u> Mitarbeiter zum Umgang mit dem <u>Fehlermeldesystem</u> und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Auswahloptionen: -monatlich -quartalsweise -halbjährlich -jährlich -bei Bedarf

Auswahlliste „Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen“ (Kapitel A-12.2.3.2)

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
<i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>		
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF02	CIRS Berlin (Ärzttekammer 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 (Ärztkammern 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>

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019**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	Auswahloptionen/Module: -AMBU-KISS -CDAD-KISS -HAND-KISS -ITS-KISS -MRSA-KISS -NEO-KISS -ONKO-KISS -OP-KISS -STATIONS-KISS -SARI <i>(Mehrfachangaben möglich)</i>
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name <i>(Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)</i>
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 <u>Mitarbeiterinnen und</u> Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

Auswahlliste „Arzneimitteltherapiesicherheit“ (Kapitel A-12.5.4)

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

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)	
Medikationsprozess im Krankenhaus		
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gem. RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/SOP [GKV-SV: letzte Aktualisierung (Datum)]
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/SOP [GKV-SV: letzte Aktualisierung (Datum)]
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatenamen), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. im KIS, in einer Verordnungssoftware)	
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)	
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	Auswahloptionen: – Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung – Zubereitung durch pharmazeutisches Personal – Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen; – Sonstiges: (Freitextangabe, max. 500 Zeichen) (Mehrfachauswahl möglich)
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	– Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung [Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma) – Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

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

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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

Nummer	Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzangabe: 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 Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja/Nein	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung (X)		Ja/Nein	z. B. ECMO/ECLA
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja/Nein	
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph (X)		Ja/Nein	
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse		
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja/Nein	z. B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		
AA56	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoff-Ionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

	Thermoablationsverfahren			
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens		
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten		zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung		
AA69	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja/Nein	
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja/Nein	
	<u>DKG: Roboterassistiertes Chirurgie-System</u>	<u>Operationsroboter]</u>		
	<u>DKG: 3D-Laparoskopie-System</u>	<u>Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation]</u>		

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

Nummer	Module der Speziellen Notfallversorgung	Kommentar/Erläuterung]
	<i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>	
...	Modul Basisnotfallversorgung Kinder	
...	Modul erweiterte Notfallversorgung Kinder	
...	Modul umfassende Notfallversorgung Kinder	
...	Modul Schwerverletztenversorgung	
...	Modul Schlaganfallversorgung (Stroke Unit)	
...	Modul Durchblutungsstörungen am Herzen (Chest Pain Unit)	

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

Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde	Kommentar/Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	<i>z. B. auch Hornhauttransplantation</i>
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	<i>z. B. Behandlung von Gefäßverschlüssen (Rheologie), Diagnostik und Therapie der Frühgeborenenretinopathie</i>
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	<i>z. B. intravitreale Injektionen</i>
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	<i>z. B. auch refraktive Chirurgie</i>
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	<i>z. B. Sehschule</i>
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation	
VA13	Anpassung von Sehhilfen	
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen	
VA15	Plastische Chirurgie	
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA17	Spezialsprechstunde	
VA18	Laserchirurgie des Auges	
VA00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie	Kommentar/Erläuterung
	Herzchirurgie	
VC01	Koronarchirurgie	<i>z. B. Bypasschirurgie</i>
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelaabriss, 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>
	Thoraxchirurgie	
VC11	Lungenchirurgie	
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen	
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC59	Mediastinoskopie	
	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	<i>z. B. Carotischirurgie</i>
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	<i>z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)</i>
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	<i>z. B. Schilddrüsenchirurgie</i>
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	<i>z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie</i>
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC25	Transplantationschirurgie	
VC60	Adipositaschirurgie	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC68	Mammachirurgie	
	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63	Amputationschirurgie	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC69	Verbrennungschirurgie	
	Neurochirurgie	
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis)	
VC44	Chirurgie der Hirngefäßkrankungen	<i>z. B. Aneurysma, Angiome, Kavemome</i>
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	<i>z. B. Vertebroplastie</i>
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark	
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzkrankungen	<i>z. B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronische Wirbelsäulenschmerzen</i>
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte "Funktionelle Neurochirurgie")	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC70	Kinderneurochirurgie	
	Allgemein	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	<i>z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)</i>
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie	Kommentar/Erläuterung
VC00	(„Sonstiges“)	
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	<i>z. B. Photodynamische Tumortherapie</i>
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen	
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	<i>z. B. Schweiß- und Talgdrüsenkrankungen</i>
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	<i>z. B. auch Kollagenosen, altersbedingte Hautveränderungen</i>
VD11	Spezialsprechstunde	
VD12	Dermatochirurgie	<i>z. B. auch ästhetische Dermatochirurgie</i>
VD13	Ästhetische Dermatologie	
VD14	Andrologie	
VD15	Dermatohistologie	
VD16	Dermatologische Lichttherapie	
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen	<i>z. B. auch Extrakorporale Photopherese</i>
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen	
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VD00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe	Kommentar/Erläuterung
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
VG05	Endoskopische Operationen	<i>z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie</i>
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	<i>z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom</i>
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	<i>z. B. Endometriose</i>
VG15	Spezialsprechstunde	
VG16	Urogynäkologie	
VG17	Reproduktionsmedizin	
VG18	Gynäkologische Endokrinologie	
VG19	Ambulante Entbindung	
VG00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO	Kommentar/Erläuterung

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

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

Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin	Kommentar/Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	<i>z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)</i>
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	<i>z. B. Diabetes, Schilddrüse</i>
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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 <u>und Patienten</u> 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	Spezialprechstunde	
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“)	
Num-mer	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 <u>und Patienten</u> 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	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	<i>z. B. Multiple Sklerose</i>
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	<i>z. B. von Hirnnerven</i>
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN20	Spezialsprechstunde	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	
VN22	Schlafmedizin	
VN23	Schmerztherapie	
VN24	Stroke Unit	
VN00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie	Kommentar/Erläuterung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO17	Rheumachirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VO21	Traumatologie	
VO00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie	Kommentar/Erläuterung
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen	
VK02	Betreuung von Patienten- und Patientinnen <u>und Patienten</u> 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)	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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 <u>Frauenärzten und Frauenärztinnen und Frauenärzten</u>	
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“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik	Kommentar/Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	<i>z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel</i>
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	
VP00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie	Kommentar/Erläuterung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
	Ultraschalluntersuchungen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
	Projektionsradiographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständigeselbständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	<i>z. B. Myelographie, Broncho-graphie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie</i>
	Computertomographie (CT)	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR13	Elektronenstrahltomographie (EBT)	
	Optische Verfahren	
VR14	Optische laserbasierte Verfahren	
	Darstellung des Gefäßsystems	
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR17	Lymphographie	
	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	
VR18	Szintigraphie	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
	Magnetresonanztomographie (MRT)	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
	Andere bildgebende Verfahren	
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
	Strahlentherapie	
VR30	Oberflächenstrahlentherapie	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

VR31	Orthovoltstrahlentherapie	
VR32	Hochvoltstrahlentherapie	z. B. Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	
VR34	Radioaktive Moulagen	
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	
	Nuklearmedizinische Therapie	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	
VR39	Radiojodtherapie	
	Allgemein	
VR40	Spezialsprechstunde	
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR42	Kinderradiologie	
VR43	Neuroradiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR45	Intraoperative Bestrahlung	
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen	
VR47	Tumorembolisation	
VR00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie und Nephrologie	Kommentar/Erläuterung
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU08	Kinderurologie	
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	
VU15	Dialyse	
VU16	Nierentransplantation	
VU17	Prostatazentrum	
VU18	Schmerztherapie	
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	
VG16	Urogynäkologie	
VU00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Kommentar/Erläuterung
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde	
VZ03	Dentale Implantologie	
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie	
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien	
VZ17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich	
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates	
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks	
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
VZ11	Endodontie	<i>z. B. Wurzelkanalbehandlungen</i>
VZ12	Epithetik	<i>z. B. Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen</i>
VZ13	Kraniofaziale Chirurgie	
VZ19	Laserchirurgie	
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose	
VZ00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen	Kommentar/Erläuterung
VX00	(„Sonstiges“)	

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

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

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

Nummer	Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der	Angebotene Leistungen	Kommentar/Erläuterung

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

	Fassung vom 15. Dezember 2011		
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 <u>und Patienten</u> mit Mukoviszidose	
LK04	Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten und Patientinnen mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie)	
LK05	Anlage 2 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen <u>und Patienten</u> mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen	
LK06	Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen <u>und Patienten</u> mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen	
LK07	Anlage 2 Nr. 5	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen <u>und Patienten</u> mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems)	
LK08	Anlage 2 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen <u>und Patienten</u> mit biliärer Zirrhose	
LK09	Anlage 2 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen <u>und Patienten</u> mit primär sklerosierender Cholangitis	
LK10	Anlage 2 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen <u>und Patienten</u> mit Morbus Wilson	
LK11	Anlage 2 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen <u>und Patienten</u> 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 <u>LK14</u>	Anlage 2 Nr. 11 <u>12</u>	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen <u>und Patienten</u> mit Marfan-Syndrom <u>pulmonaler Hypertonie</u> (mit Ablauf 29.06.2018 <u>31. Mai 2019</u> 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 <u>und Patienten</u> mit neuromuskulären Erkrankungen	
LK27	Anlage 2 Nr. 15	Diagnostik und Therapie von Patienten und Patientinnen <u>und Patienten</u> mit Kurzdarmsyndrom	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

LK28	Anlage 2 Nr. 16	Diagnostik und Versorgung von Patienten und-Patientinnen <u>und Patienten</u> 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 <u>(mit Ablauf 9. August 2019 keine Anwendung mehr in ABK-RL)</u>	
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 <u>und Patienten</u> mit HIV/AIDS	
LK17	Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und-Patientinnen <u>und Patienten</u> 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 <u>und Patienten</u> mit Multipler Sklerose	
LK21	Anlage 3 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patienten und-Patientinnen <u>und Patienten</u> mit Anfallsleiden	
LK22	Anlage 3 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patienten und-Patientinnen <u>und Patienten</u> im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie	
LK23	Anlage 3 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden	
LK24	Anlage 3 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten und-Patientinnen <u>und Patienten</u> mit Querschnittslähmung bei	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

Nummer	Nr. der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 17. Mai 2018	Angebotene Leistungen	Kommentar/ Erläuterung
		Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen	

Nummer	Nr. der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 17. Mai 2018	Angebotene Leistungen	Kommentar/ Erläuterung
LK29	Anlage 1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	
LK30	Anlage 2 a	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	
LK	Anlage 2 k	Marfan-Syndrom	
LK32	Anlage 2 l	pulmonale Hypertonie	
LK33	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	
LK34	Anlage 2 b	Mukoviszidose	
LK35	Anlage 1.1 b	Rheumatologische Erkrankungen	
LK36	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	
LK37	Anlage 2 h	Morbus Wilson	
LK38	Anlage 2 o	ausgewählte seltene Lebererkrankungen	
LK39	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 4: Hauttumoren	
LK40	Anlage 2 c	Hämophilie	

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

Nummer	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar/Erläuterung (z. B. Weiterbildungsbefugnisse)
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ01	Anästhesiologie	
AQ02	Anatomie	
AQ03	Arbeitsmedizin	
AQ04	Augenheilkunde	
AQ05	Biochemie	
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	
AQ07	Gefäßchirurgie	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

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	
Numm erNum -mer	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar/Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF02	Akupunktur	
ZF03	Allergologie	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

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	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

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 <u>und Familienentbindungspfleger</u>	
PQ17	Pflege in der Rehabilitation	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	
PQ19	Gemeindekrankenpflege/Ambulante Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ21	Casemanagement	<i>z. B. Weiterbildung nach DGCC</i>
PQ22	Intermediate Care Pflege	
Nummer	Zusatzqualifikation	Kommentar/Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	<i>z. B. Diabetesberatung</i>
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	<i>z. B. Überleitungspflege</i>
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatric	<i>z. B. Zercur</i>
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	<i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; <u>Pflegeexpertin und Pflegeexperte</u> Schmerzmanagement; Pain Nurse</i>
ZP22	Atmungstherapie	
ZP23	Breast Care Nurse	
ZP24	Deeskalationstraining	<i>z. B. <u>Deeskalationstrainerin und Deeskalationstrainer</u> in der Psychiatrie</i>
ZP25	Gerontopsychiatrie	
ZP26	Epilepsieberatung	
ZP27	OP-Koordination	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	<i>z. B Still- und <u>Laktationsberaterin und Laktationsberater</u> (IBCLC)</i>
ZP29	Stroke Unit Care	
ZP30	<u>Pflegeexpertin und Pflegeexperte</u> Herzinsuffizienz (DGGP)	
ZP31	<u>Pflegeexpertin und Pflegeexperte</u> Neurologie	<i>z. B. Parkinson Nurse</i>
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	<i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
ZP18	Dekubitusmanagement	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

ZP19	Sturzmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP32	Gefäßassistent und Gefäßassistentin <u>und Gefäßassistent</u> 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
	<u>Universelles Neugeborenen-Hörscreening</u>	Auswahloptionen: <u>Ja = Krankenhaus nimmt teil</u> <u>Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil</u> <u>Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum</u>
Bayern	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Hamburg	Anästhesiologie	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation	Auswahloptionen:

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

		Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Hessen	Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	MRE	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: Akutbehandlung	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	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	[GKV-SV: Notfälle, keine planbaren Leistungen] [DKG: Notfälle oder Verlegung des Patienten medizinisch nicht vertretbar]	
MM02	Aufbau eines neuen Leistungsbereiches	
MM03	Personelle Neuausrichtung	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

MM04	Votum der Landesbehörde wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung	
MM05	<u>[GKV-SV: Keine Ausnahme]</u> <u>[DKG: Standort war im Berichtsjahr zur Leistungserbringung berechtigt (bestätigte Prognose). Mengenmäßige Erwartung wurde jedoch nicht erreicht]</u>	
MM06	Erstmalige Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung	
MM07	Erneute Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung nach mindestens 24-monatiger Unterbrechung	
	<u>[DKG: Leistung erbracht ohne Berechtigung zur Leistungserbringung und ohne einschlägigen Ausnahmegrund]</u>	

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

Nummer	Beschluss	Kommentar/Erläuterung
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma	
CQ02	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten	
CQ03	Maßnahmen zur Qualitätssicherung 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 peristogedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk	
CQ10	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziiierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk	
CQ11	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patienten und Patientinnen und Patienten mit inoperablem hepatozellulärem hepatozellulären Karzinom (HCC)	
CQ12	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms	
CQ18	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach bereits erfolgter Chemotherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie	
CQ19	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patienten und Patientinnen und Patienten mit inoperablem nicht- kleinzelligem kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) der UICC Stadien I bis III	
CQ21	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit Ösophaguskarzinom	

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

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	

Stand: nach Sitzung UA QS 04.09.2019

- Änderungen gegenüber der für das Berichtsjahr 2018 geltenden Fassung sind im Änderungsmodus sichtbar dargestellt
- Dissente Positionen sind **gelb** hinterlegt.
- Grau hinterlegte Passagen werden im Nachgang der Beratungen ggf. redaktionell angepasst.
- Redaktionelle Hinweise/Anmerkungen sind [*kursiv dargestellt und grau hinterlegt*].

Anlage 2 Annahmestelle und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr ~~2018~~2019

Zugelassene Krankenhäuser sind gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V verpflichtet, jährlich einen strukturierten Qualitätsbericht gemäß den Vorgaben des G-BA zu erstellen und an die in der Anlage 2 der Regelungen bestimmte Annahmestelle zu liefern.

Annahmestelle

Die Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) ist die Datenannahmestelle der Qualitätsberichte gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses 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.

Die Kontaktadresse der gemeinsamen Annahmestelle lautet:

Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG)
Seligenstädter Grund 11
63150 Heusenstamm
Telefon-Hotline: 0 61 04/94 73 64 00
Telefax: 0 61 04/60 05 03 00
E-Mail: Hotline-qb@itsg.de

Aufgaben der Annahmestelle

Die Annahmestelle nimmt die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser entgegen. Zu den Aufgaben der Datenannahmestelle gehören insbesondere die Umsetzung des Datenlieferverfahrens sowie eines technischen Supports für Anfragen von Krankenhäusern. Sämtliche Prozesse, die das Datenlieferverfahren der Qualitätsberichte betreffen, sowie dessen Änderungen erfolgen in Abstimmung mit dem G-BA. Dem G-BA ist darzulegen, dass die Datenverarbeitung gemäß der aktuellen Datenschutzgesetzgebung erfolgt.

Datenlieferverfahren

	Anmeldung
1.	Zugelassene Krankenhäuser melden sich vor der Lieferung der Qualitätsberichte bei der Annahmestelle an. Die Anmeldung erfolgt online über ein Internetformular.

2.	Das Anmeldeverfahren beginnt 18 Wochen vor dem Ablauf der in § 6 Absatz 1 genannten Übermittlungsfrist für die Qualitätsberichte und endet 12 Wochen vor dem Ablauf dieser Übermittlungsfrist.
<u>3.</u>	<u>Eine Anmeldung während des Anmeldezeitraums ist nur für Krankenhäuser erforderlich, die sich nicht bereits im zurückliegenden Berichtsjahr registriert haben. Alle anderen Krankenhäuser können sich unter Verwendung der vorhandenen Zugangsdaten während des Anmeldezeitraums gemäß Nummer 2 bzw. Nummer 9 direkt einloggen und müssen lediglich die Aktualität der gemachten Angaben prüfen und bestätigen, dass für das aktuelle Berichtsjahr ein Qualitätsbericht abgegeben wird.</u>
<u>3.4.</u>	<p>Für jeden Bericht, der geliefert werden soll, ist eine eigene Anmeldung notwendig. Für die Anmeldung übermittelt das Krankenhaus folgende Angaben gemäß Anlage 1, Berichtsteil A-1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Institutionskennzeichen und Standortnummer zur Identifikation: Dabei muss es sich um das Institutionskennzeichen (IK) und die Standortnummer handeln, die für das Berichtsjahr bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wurden. Nimmt ein Krankenhaus nicht am Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 136 SGB V teil, werden das im Berichtsjahr gültige IK und die Standortnummer angegeben. Diese Angabe muss der Angabe aus Berichtsteil A-1, I.2 entsprechen. - Weitere Institutionskennzeichen, die für die externe vergleichende Qualitätssicherung im Berichtsjahr verwendet wurden: Wurde im Berichtsjahr mehr als ein IK für die Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung verwendet, sind alle weiteren IK anzugeben. - Kontaktdaten des Krankenhauses (Name des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts, Ansprechperson, Telefonnummern, E-Mail-Adressen; sofern ein Gesamtbericht angemeldet wird, sind das IK und die Adress- und Kontaktdaten des Hauptstandorts sowie die IK, die Standortnummern und die Kontaktdaten aller einzelnen Standorte anzugeben). - Grundlage der Zulassung des Krankenhauses nach § 108 SGB V (Angabe, ob anerkannte Hochschulklinik, Plankrankenhaus oder Versorgungsvertrag).
<u>4.5.</u>	Die Freischaltung der Adresse erfolgt erst nach Bestätigung durch das Krankenhaus (Double-Opt-In-Prinzip). Erst nach dieser Freischaltung ist die Übermittlung von Dateien möglich. Das Krankenhaus erhält für jede Anmeldung Zugangsdaten (Benutzername und Passwort). <u>Die Zugangsdaten können vom Krankenhaus zu dem im aktuellen Zeitstrahl jeweils vorgesehenen Zeitraum geändert werden. Bei fehlendem Zugriff auf die hinterlegte E-Mail-Adresse wird ein aufwandsarmes Verfahren zu Neuanlegung einer Zugangsberechtigung umgesetzt.</u>
<u>5.6.</u>	Nach Ablauf der Anmeldefrist deaktiviert die Annahmestelle das Anmeldeformular für Krankenhäuser, erstellt eine Liste aller angemeldeten Einrichtungen und übermittelt diese den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen zum Abgleich. Bei Abweichungen zwischen den bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen und der Annahmestelle vorliegenden Institutionskennzeichen und Standortnummern erhalten die Krankenhäuser die Gelegenheit, ihre Daten zu korrigieren. Hierzu informiert die Annahmestelle die betroffenen Krankenhäuser und aktiviert das Anmeldeformular. Nach Abschluss dieser maximal vierwöchigen Prüf- und Korrekturphase werden die Identifikationsdaten für den Datenlieferprozess des

	jeweiligen Berichtsjahres fixiert und die Annahmestelle übermittelt den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen die abschließende Liste.
<u>6-7.</u>	Nach Abschluss der Korrekturphase bestätigt die Annahmestelle dem Krankenhaus die Anmeldung und übermittelt dabei die gemeldeten Daten. Die Angaben zu den Institutionskennzeichen und Standortnummern können nur innerhalb des Anmeldeverfahrens nach Nummer 2 und der Korrekturphase nach Nummer 5 geändert werden.
<u>7-8.</u>	Abweichend davon können die sonstigen krankenhausbezogenen Kontaktdaten jederzeit aktualisiert werden.
<u>8-9.</u>	Krankenhäuser, die versäumt haben, sich in der in Nummer 2 genannten Frist ordnungsgemäß anzumelden, können sich innerhalb der in § 6 Absatz 3 Buchstabe c Qb-R vorgesehenen Übermittlungsfrist bei der Annahmestelle anmelden. Für diese Anmeldung gelten die Nummern 1, 3, 4, <u>5</u> und <u>7</u> entsprechend. Dabei haben die Krankenhäuser sicherzustellen, dass die Identifikationsdaten für den Datenlieferprozess (Institutionskennzeichen und Standortnummer) des jeweiligen Standorts, mit denen übereinstimmen, die für das jeweilige Berichtsjahr bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen vorliegen. Die Annahmestelle bestätigt dem Krankenhaus die Anmeldung und übermittelt dabei die gemeldeten Daten. Darüber hinaus aktualisiert sie die abschließende Liste (gemäß Nummer 5) und übermittelt diese an die mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen.
Annahmeverfahren gemäß § 6 Absatz 1 (alle Berichtsteile außer C-1)	
<u>10.</u>	<u>In den Übermittlungszeiträumen gemäß § 6 Qb-R können angemeldete bzw. registrierte Krankenhäuser ihre Qualitätsberichte in einem geschützten Bereich auf einem Datenannahmeportal hochladen und damit an die Annahmestelle übermitteln. Krankenhäuser können innerhalb der Übermittlungsfristen mehrere Berichte hochladen, z.B. um die Datei zu korrigieren. Der neue Bericht überschreibt dabei jeweils die Vorgängerversion.</u>
<u>9-11.</u>	Die Annahmestelle versendet unverzüglich eine Bestätigung der Datenannahme für alle eingehenden Dateien per E-Mail.
<u>10-12</u>	Die Dateien werden anhand des für das Berichtsjahr festgelegten Datenschemas (gemäß Anhang 1 zu Anlage 1) sowie der für das Berichtsjahr festgelegten Plausibilisierungsregeln (gemäß Anhang 4 zu Anlage 1) geprüft.
<u>11-13</u>	Die Annahmestelle informiert das Krankenhaus unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.
<u>12-14</u>	Angemeldete Krankenhäuser, von denen bis 14 Tage vor dem Ende der Übermittlungsfrist gemäß § 6 Absatz 1 kein Bericht eingegangen ist, erhalten eine Erinnerungs-E-Mail von der Annahmestelle. <u>Die Annahmestelle teilt dem Krankenhaus darin mit, ob bisher keine korrekte Datenlieferung erfolgte, die gelieferte Datei fehlerhaft ist oder die in der Registrierung eines Gesamtberichts genannten Standort(e) ihren standortspezifischen Qualitätsbericht, noch nicht geliefert haben.</u>
<u>15.</u>	<u>Nach Abschluss der Übermittlungszeiträume gemäß § 6 Qb-R erhält das Krankenhaus eine Übersicht über die gelieferten Qualitätsberichte.</u>

	Annahmeverfahren gemäß § 6 Absatz 2 (Berichtsteil C-1)
13-16	Die Annahmestelle liefert die Liste der Daten aus Nummer 34 , erster und zweiter Spiegelstrich an die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen.
14-17	Die Daten zur externen vergleichenden Qualitätssicherung – inklusive der Kommentare des Krankenhauses – werden nur für Krankenhäuser geliefert, die sich bis 12 Wochen vor Ablauf der Übermittlungsfrist nach § 6 Absatz 1 angemeldet haben. Für Krankenhäuser, die sich bis zu diesem Zeitpunkt angemeldet haben und für die keine Qualitätssicherungsdaten vorliegen, erfolgt eine Null-Meldung.
15-18	Die Dateien werden anhand des für das Berichtsjahr festgelegten Datenschemas (gemäß Anhang 1 zu Anlage 1) sowie der für das Berichtsjahr festgelegten Plausibilisierungsregeln (gemäß Anhang 4 zu Anlage 1) geprüft. Die Annahmestelle informiert die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.
16-19	Die Annahmestelle informiert die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen 14 Tage vor dem Ablauf der Übermittlungsfrist gemäß § 6 Absatz 2, für welche Krankenhäuser noch keine Qualitätsdaten geliefert wurden.



BfDI

Der Bundesbeauftragte
für den Datenschutz und
die Informationsfreiheit

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

Gemeinsamer Bundesausschuss
Gutenbergstr. 13
10587 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1303

FAX (0228) 997799-5550

E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Herr Heinick

INTERNET www.datenschutz.bund.de

DATUM Bonn, 09.10.2019

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1027

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

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Absatz 5a SGB V - Beschlussentwurf über eine
Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anpassungen für
das Berichtsjahr 2019**

BEZUG Ihr Schreiben vom 16.09.2019

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Eine Stellungnahme zu diesem Beschlussentwurf gebe ich nicht ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Heinick

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