

Tragende Gründe



Gemeinsamer
Bundesausschuss

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

Vom 17. Dezember 2020

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Zu den Regelungen im Einzelnen	2
2.1.1	Neustrukturierung des Regelungsrumpfs (§§ 1 bis 17)	2
2.1.2	Anlage (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020)	15
2.1.3	Anhang 2 zur Anlage (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2020)	19
2.1.4	Anlage 2	21
3.	Bürokratiekostenermittlung	21
4.	Verfahrensablauf	21
5.	Fazit	21
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	21

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 Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) neu gefasst sowie die Anlage und der Anhang 2 zur Anlage der Qb-R für das Berichtsjahr 2020 eingefügt. Die nachfolgenden Tragenden Gründe erläutern insbesondere solche Änderungen, die gegenüber den bisherigen Regelungen, der Anlage 1, des Anhangs 2 zur Anlage 1 und der Anlage 2 Qb-R für das Berichtsjahr 2019 bestehen. Die Begründungen für die bisherigen Regelungen können auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den jeweiligen Beschlüssen unter folgendem Link eingesehen werden: <https://www.g-ba.de/richtlinien/39/>.

2.1 Zu den Regelungen im Einzelnen

Neben für das Berichtsjahr 2020 erforderlichen redaktionellen Anpassungen der Verweise wurden insbesondere folgende Änderungen vorgenommen:

2.1.1 Neustrukturierung des Regelungsrumpfs (§§ 1 bis 17)

Zu § 1 Rechtsgrundlage und Regelungsgegenstand

Die Vorschrift gibt in Absatz 1 die Rechtsgrundlage an, auf der die Qb-R beruhen und beschreibt mit Absatz 2 ihren Regelungsgegenstand. Der Adressatenkreis und die Erläuterungen zur Berichtspflicht werden zukünftig in einem separaten Abschnitt der Regelungen (§ 4) ausführlich erläutert.

Zu § 2 Ziele

Es erfolgt eine Beschreibung der Ziele, die mit den Qualitätsberichten der Krankenhäuser forciert werden.

Neben der Stärkung der Patientenautonomie zielt die Qualitätsberichtserstattung auf eine Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung, indem Patientinnen und Patienten bei ihrer Auswahlentscheidung für das aus ihrer Sicht geeignete Krankenhaus unterstützt werden sollen und indem die Krankenhäuser durch den Wettbewerb um gute Qualität zu Qualitätsverbesserungen motiviert werden.

Zu § 3 Begriffsbestimmungen

Mit dieser Vorschrift wird für die Qb-R ein Katalog von häufig in den Regelungen wiederkehrenden Begriffen definiert. Hierdurch soll ein einheitliches Verständnis der Regelungen und deren Lesbarkeit sichergestellt werden. Die Liste der dort aufgeführten Begriffe ist nicht abschließend und kann in den kommenden Überarbeitungen der Regelung erweitert oder verändert werden.

Zentrale Begrifflichkeiten der Regelungen, die hier definiert werden, sind etwa das Krankenhaus, der Krankenhausstandort, Standort- und Gesamtbericht, Qualitätsbericht, Annahmestelle Qb, Berichtsjahr, Erstellungsjahr, Veröffentlichungsjahr sowie die übermittelnden oder QS-Stellen. Diese Begrifflichkeiten fanden zum Teil bereits in der bisherigen Fassung der Qb-R Anwendung und werden in § 3 an zentraler Stelle gebündelt definiert.

Zu den Nummern 1 bis 4:

Das Standortverzeichnis gemäß § 293 Absatz 6 SGB V wird im Rahmen der Qb-R zur eindeutigen Identifikation der berichtspflichtigen Krankenhausstandorte gemäß § 4 Absatz 1 i.V.m. § 7 Absatz 2 genutzt. Hierzu werden die Begriffe des Standortverzeichnisses und der Standortnummer in die Begriffsbestimmungen mit aufgenommen.

Ein Krankenhausstandort im Sinne der Qb-R ist ein Standort mit gültiger Standortnummer, der im Standortverzeichnis mit dem Vorgabewert 000 an der siebten bis neunten Stelle geführt wird. Der Begriff des Krankenhausstandortes bezieht sich demnach im Rahmen der Qb-R auf stationäre und teilstationäre Standorte, die auf der Grundlage der Vereinbarung nach § 2a Absatz 1 Satz 1 KHG im bundesweiten Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 293 Absatz 6 SGB V geführt werden.

Zu den Nummern 5, 6 und 7:

In den Nummern 5, 6 und 7 werden die Begriffe Standort-, Gesamt- und Qualitätsbericht definiert. Mit dem Begriffsmerkmal „Daten“ der Berichte soll verdeutlicht werden, dass es dabei nicht mehr, wie in den Anfangszeiten der verpflichtenden Berichterstattung um einen klassischen Bericht geht, der ausgedruckt wird und dessen Kapitel papierbasiert zum Vergleich nebeneinander gelegt werden, sondern dass vielmehr der Bericht immer mehr als ein definierter Datenspeicher verstanden wird, dessen Inhalte dynamisch und zielgruppenorientiert dargestellt werden. Diese ebenfalls vom Gesetzgeber intendierte Weiterentwicklung manifestiert sich auch in dem Auftrag, auf Basis der Daten des Qualitätsberichts ein patientenorientiertes Qualitätsportal zu schaffen (IQTIG-Auftrag: „Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung“).

Zu Nummer 8:

Mit der Neustrukturierung der Qb-R werden auch die Annahmestelle und ihre Aufgaben neu gefasst. Hierzu ist – insbesondere auch in Abgrenzung zu Annahmestellen anderer QS-Verfahren – eine Begriffsdefinition erforderlich.

Zu den Nummern 9 bis 11:

Wichtig für die zeitliche Zuordnung von Aufgaben ist die Unterscheidung der unterschiedlichen Jahre des Verfahrens. Unterschieden werden das Jahr, über das berichtet wird (Berichtsjahr), das, in dem die Daten gesammelt und übermittelt werden (Erstellungsjahr) und das Jahr, in dem die Veröffentlichung erfolgt (Veröffentlichungsjahr).

Zu den Nummern 12 bis 14:

Mit Beschlüssen des G-BA vom 20. Juni 2019 (BAnz AT 30.12.2019 B7 und BAnz AT 31.12.2019 B5) wurden mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2020 transplantationsmedizinische sowie Leistungsbereiche zur Koronarchirurgie und zu Eingriffen an Herzklappen der Richtlinie

über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) in die neuen QS-Verfahren Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS NET), Transplantationsmedizin (QS TX) sowie Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK) der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführt. Für Indexeingriffe dieser QS-Verfahren erfolgt ab dem Erfassungsjahr 2020 die Datenverarbeitung und die Bewertung von Auffälligkeiten auf Grundlage der DeQS-RL.

Mit Beschluss des G-BA vom 16. Juli 2020 (BAnz AT 29.12.2020 B1) wurden mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2021 sämtliche noch in der QSKH-RL geregelten Leistungsbereiche als QS-Verfahren Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS), Ambulant erworbene Pneumonie (QS CAP), Mammachirurgie (QS MC), Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP), Dekubitusprophylaxe (QS DEK), Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF), Perinatalmedizin (QS PM), Hüftgelenkversorgung (QS HGV) sowie Knieendoprothesenversorgung (QS KEP) der DeQS-RL überführt. Für Indexeingriffe und Indexereignisse dieser QS-Verfahren erfolgt ab dem Erfassungsjahr 2021 die Datenverarbeitung und die Bewertung von Auffälligkeiten auf Grundlage der DeQS-RL. Mit Beschluss vom 15. Oktober 2020 (BAnz AT 17.12.2020 B6) wurde die QSKH-RL mit Wirkung zum 1. Januar 2021 aufgehoben.

Aus der Integration der QSKH-Verfahren in die DeQS-Richtlinie des G-BA resultieren sowohl neue bzw. neu benannte Akteure, die für die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung zuständig sind. Die beauftragten Stellen gemäß DeQS-Richtlinie übernehmen zentrale Aufgaben für die Lieferung der Informationen zu einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren im C-Teil des Qualitätsberichts. Eine Erläuterung zu den Datenannahmestellen gemäß DeQS-RL (DeQS-Datenannahmestellen) und der mit der Durchführung der Qualitätssicherung beauftragten Stellen sowie den datenübermittelnden Stellen wurde dementsprechend ergänzt.

In Abhängigkeit von der Art des Verfahrens (bundesbezogen oder länderbezogen) ist die für die Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung zuständige Stelle (QS-Stelle) entweder grundsätzlich das Institut nach § 137a SGB V oder die Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zur planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL). Nach der QSKH-RL sind ebenfalls in Abhängigkeit der Art des Verfahrens (direkt oder indirekt) das Institut nach § 137a SGB V bzw. die auf Landesebene beauftragten Stellen „QS-Stellen“, die mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragt sind.

Mit der Überführung der Leistungsbereiche der QSKH-RL in die DeQS-RL übernehmen die DeQS-Datenannahmestellen wesentliche Aufgaben im Rahmen der Erstellung und Übermittlung der Daten des Kapitels C-1 für die Krankenhausstandorte wie insbesondere die Depseudonymisierung der Krankenhausstandorte sowie in der Folge eine Zusammenstellung (Mapping) der Ergebnisse aus allen Leistungsbereichen jeweils pro Standort, deren Plausibilisierung und abschließend Weiterleitung der Daten an die Annahmestelle Qb (vgl. auch Begründung zu § 8 Absatz 4 bis 6).

Aufgrund der arbeitsteiligen Lieferung der Berichtsdaten ist die Zusammenfassung der Akteure unter einem Begriff (übermittelnde Stellen) sinnvoll und verbessert die Lesbarkeit der Norm.

Zu § 4 Berichtspflicht

Zu Absatz 1:

In diesem Abschnitt wird die Berichtspflicht der zugelassenen Krankenhäuser konkretisiert. Es wird festgelegt, dass diese standortbezogen gilt, wobei ausschließlich die Standorte einzubeziehen sind, an denen stationäre oder teilstationäre Leistungen erbracht werden. Zur Identifikation der Krankenhausstandorte und damit auch der Berichtspflicht, dient das auf

Grundlage von § 2a KHG geführte Standortverzeichnis. Auf diese Weise manifestiert sich die Berichtspflicht in dem Umstand, dass ein Krankenhaus mit seinen Standorten zu definierten Stichtagen in ebendiesem Verzeichnis geführt wird.

Berichtspflichtig sind die Krankenhausstandorte, die sowohl am 30. September des Berichtsjahres als auch am 1. Oktober des Erstellungsjahres im Standortverzeichnis mit einer gültigen Standortnummer geführt werden. Damit wird ausgeschlossen, dass über Krankenhausstandorte berichtet werden muss, die entweder erst in den letzten drei Monaten im Berichtsjahr den Betrieb aufgenommen haben oder die bereits im Erstellungsjahr geschlossen haben und somit im Veröffentlichungsjahr nicht mehr an der Versorgung teilnehmen.

Die zugelassenen Krankenhäuser und der G-BA haben die Möglichkeit, jederzeit die Berichtspflicht über eine Abfrage des öffentlich zugänglichen Standortverzeichnisses zu ermitteln. So sind beispielsweise reine Privatkliniken, die keine Zulassung nach § 108 SGB V haben, nicht Teil des Verzeichnisses und somit auch nicht berichtspflichtig.

Zu Absatz 2:

Die bisher bestehende Berichtszeitraumregelung gemäß Anlage 1 Qb-R in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 20. November 2020 (BAnz AT BAnz AT 22.12.2020 B5) – im Folgenden Qb-R a. F. – wird in Absatz 2 übernommen. Demnach entfällt die Berichtspflicht nicht nur für ganze Krankenhäuser und Krankenhausstandorte, sondern auch für Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen eines Krankenhauses, wenn die Organisationseinheit bzw. Fachabteilung bis zum 30. September des Erstellungsjahres geschlossen wird oder die Versorgung von Patientinnen und Patienten einstellt. Da sich die Daten zum Kapitel C-1 gemäß Anlage Qb-R auf den gesamten Krankenhausstandort beziehen, entfällt die Berichtspflicht bei Schließung einer Organisationseinheit bzw. Fachabteilung nur für die Angaben zu den Teilen A und B gemäß Anlage Qb-R.

Zu § 5 Inhalt und Struktur des Qualitätsberichts

Zu Absatz 1 und 2:

In diesen Absätzen wird die grundlegende Struktur der Standortberichte dargestellt, die insbesondere für das Verständnis des Erstellungs- und Übermittlungsverfahrens relevant ist und somit über die Berichtsjahre hinweg gilt. Die Details zu den konkreten Inhalten und zum Format werden in der Anlage mit ihren Anhängen definiert und dort jeweils berichtsjahresspezifisch aktualisiert und bei Bedarf weiterentwickelt.

Zu Absatz 3:

Gemäß Absatz 3 beziehen sich die Angaben im Qualitätsbericht grundsätzlich auf das jeweilige Berichtsjahr, soweit die Anlage nichts Abweichendes bestimmt. Eine Ausnahme hiervon gilt hiernach insbesondere für die Angaben zur Prognose nach der Mindestmengenregelung, die sich auf das jeweilige Veröffentlichungsjahr beziehen. Ferner regelt Absatz 3, dass es sich bei den in der Anlage bestimmten Inhalten des Qualitätsberichts grundsätzlich um verbindliche Angaben handelt, soweit sie nicht als freiwillige Angaben oder Freitextfelder zur Kommentierung und Erläuterung gekennzeichnet sind.

Zu § 6 Datenformat des Qualitätsberichts

Gemäß § 136b Absatz 6 SGB V ist der Qualitätsbericht in einem für die Abbildung aller Inhalte und inhaltlicher Bezüge geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen. Mit der

Extensible Markup Language (XML) wird ein bereits etablierter und bewährter Standard als Zielformat für die Erstellung des Qualitätsberichts im Regelungsrumpl verankert.

Darüber hinaus wird hier die Datensatzbeschreibung im Anhang 1 zur Anlage als zentrales Dokument für die technischen Vorgaben verankert. Durch sie werden die in der Anlage definierten Inhalte in ein verbindliches technisches Format und Regelwerk übersetzt.

Zu § 7 Annahmestelle für den Qualitätsbericht

Es werden die wesentlichen Aufgaben der vom G-BA beauftragten Annahmestelle Qb beschrieben. Diese bestehen insbesondere aus regelmäßigen Abfragen des Standortverzeichnisses, Bereitstellung einer internetbasierten Plattform, Sicherstellung nutzerfreundlicher und aufwandsarmer Prozesse, einer geeigneten Authentifizierung und Registrierung autorisierter Anwender, der Annahme von Qualitätsberichtsdaten sowie der Bereitstellung der unveränderten Daten für den Empfängerkreis und die veröffentlichenden Stellen.

Zu Absatz 1:

Zu Nr. 1:

Um auf Fragen und Probleme zeitnah reagieren zu können wird klargestellt, dass die Annahmestelle Qb eine technische Unterstützung und Beratung der übermittelnden Stellen im Sinne eines telefonischen und schriftlichen Service zu den üblichen Arbeitszeiten montags bis freitags sicherstellt. Dies gilt insbesondere im Rahmen der Datenübermittlung.

Zu Nr. 2:

Zur Sicherstellung aufwandsarmer Prozesse führt die Annahmestelle Qb eine Abfrage der im Standortverzeichnis zum 30. September des Berichtsjahres mit gültiger Standortnummer geführten Krankenhausstandorte durch. Die im Standortverzeichnis hinterlegten Angaben werden für die Registrierung in der Annahmestelle Qb automatisch übernommen, sodass nur fehlerhafte oder nicht aktuelle Angaben manuell geändert werden müssen.

Zu Nr. 3 und 6:

Im Zuge des Datenlieferungsverfahrens werden automatische E-Mails insbesondere zur Quittierung von Liefereingängen und Erinnerung an Fristen an die übermittelnden Stellen umgesetzt.

Innerhalb der Übermittlungsfristen einschließlich der Nach-, Korrektur- und Ersatzlieferungen ohne Angabe von Gründen, d.h. bis zum 15. Dezember des Berichtsjahrs können, bspw. zur Korrektur, bereits bei der Annahmestelle Qb hinterlegte Berichtsteile durch neu hochgeladene gültige Berichte überschrieben werden. Voraussetzung ist eine erfolgreiche Prüfung der Dateien gemäß § 9.

Zu Nr. 4:

Die Annahmestelle Qb stellt sicher, dass die eingegangenen XML-Daten schemakonform und plausibel sind und meldet die Prüfergebnisse unverzüglich an die jeweils übermittelnde Stelle.

Zu Nr. 5:

Die Annahmestelle Qb fasst für Krankenhäuser mit mehreren Standorten die Daten aus den Standortberichten automatisiert zu einem Gesamtbericht zusammen. Dies reduziert sowohl

den Aufwand bei den berichtspflichtigen Krankenhäusern und hilft Fehler, die durch eine manuelle Aggregation der Daten entstehen können, zu vermeiden.

Zu Nr. 7 und 8:

Die Annahmestelle Qb verarbeitet die finalen berichtsjahresbezogenen XML-Daten, geniert daraus Referenzberichte gemäß § 11 Absatz 1 und stellt die angenommenen Berichtsdaten dem Empfängerkreis gemäß § 10 zur Verfügung.

Zu Nr. 9:

Im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung einer Verletzung der Berichtspflicht muss der G-BA wissen, für welche Krankenhausstandorte Qualitätsberichte angenommen wurden. Die Annahmestelle Qb erstellt daher gemäß § 13 Absatz 5 eine Liste der Krankenhausstandorte, für die kein Qualitätsbericht vorliegt. Diese Liste enthält des Weiteren die Information, ob die Datenlieferungen zum Kapitel C-1 erfolgt sind.

Zu Nr. 10:

Die Annahmestelle Qb informiert im Rahmen der jährlichen Tätigkeitsberichtserstattung des technischen Dienstleisters über besondere Vorkommnisse im Zusammenhang mit der Aufgabenerfüllung. Eine Darstellung von grundlegenden Kennzahlen und Statistiken zum Annahmeprozesse ist nicht notwendig, da diese von den berechtigten Akteuren in der internetbasierten Anwendung direkt eingesehen werden können.

Zu Absatz 2:

Der G-BA muss für das Verfahren zur Feststellung einer Verletzung der Berichtspflicht gemäß § 13 eine Identifikation der berichtspflichtigen Krankenhausstandorte vornehmen. Hierzu führt die Annahmestelle Qb entsprechende Abfragen des Standortverzeichnisses jeweils vier Monate nach den in § 4 Absatz 1 genannten Stichtagen durch.

Die Abfrage der berichtspflichtigen Krankenhausstandorte, die zu den vorgenannten Stichtagen im Standortverzeichnis mit gültiger Standortnummer geführt wurden, muss vier Monate im Nachhinein erfolgen, um etwaige Aktualisierungen im Standortverzeichnis zu berücksichtigen.

Zu Absatz 3:

Um nur berechtigten Nutzern Zugang zur internetbasierten Annahmestelle Qb zu geben, wird ein datensparsames und rechtssicheres Authentifizierungs- und Registrierungsverfahren umgesetzt. Der G-BA entscheidet hierzu über ein Rollen- und Rechtesystem, in dem festgelegt ist, welche Akteure Zugang zur Annahmestelle Qb erhalten und welche Funktionen jeweils freigeschaltet sind. Um die Annahmestelle Qb nutzen zu können, ist für die übermittelnden Stellen zudem für jedes Berichtsjahr eine Anmeldung bzw. Bestätigung der Daten gemäß § 8 Absatz 3 (berichtsjahresspezifische Registrierung) notwendig. Diese Registrierung ist für das jeweilige Berichtsjahr ab dem 1. Juni bis spätestens zum 15. Dezember des Erstellungsjahres möglich. Im Vergleich zum bisher bestehenden Verfahren kann die Registrierung deutlich flexibler gehandhabt werden, da das Zeitfenster für die Registrierung erweitert wurde. Unabhängig davon können die Zugangsdaten der Nutzer (Nutzername und Passwort), welche die Registrierung vornehmen, jederzeit geändert werden.

Zu § 8 Erstellung und Übermittlung des Qualitätsberichts

Sowohl das Verfahren als auch die einzuhaltenden Fristen der Übermittlung der einzelnen Teile des Qualitätsberichts werden spezifiziert.

Zu Absatz 1, 2 und 3:

So erstellen und übermitteln die Krankenhäuser einmal im Jahr die Daten der Teile A, B und C-2ff der Standortberichte. Dafür steht, wie bereits in der bisherigen Fassung der Qb-R normiert, der Zeitraum vom 15. Oktober bis zum 15. November des Erstellungsjahres zur Verfügung.

Zur Erreichung einer möglichst durchgehenden Automatisierung von Prozessen zur Reduktion des Aufwands und Senkung des Fehlerrisikos bei allen Beteiligten, wird für Krankenhäuser mit mehr als einem Standort eine automatische Aggregation des Gesamtberichts umgesetzt.

Die Übermittlung erfordert eine vorherige Anmeldung (berichtsjahresspezifische Registrierung) der Krankenhäuser in der Annahmestelle Qb. Hierzu gehört auch die Prüfung der Identifikationsdaten des Krankenhauses und seiner Standorte, welche mit aus dem Standortverzeichnis automatisiert abgefragten Daten vorbelegt sind.

Daten, die für die Identifikation der Standorte relevant sind, werden automatisch in die Annahmestelle Qb bis zum 31. Mai des Erstellungsjahres übernommen und können im Zuge der Registrierung von den Krankenhäusern bestätigt oder korrigiert werden. Änderungen können insbesondere dann notwendig sein, um eine Verknüpfung der Daten des Kapitels C-1 mit weiteren Berichtsteilen sicherzustellen. Eine Ausnahme bildet hierbei die Standortnummer. Diese kann nicht geändert werden, da sie über das gesamte Bestehen eines Standortes unveränderlich ist und sich auch z.B. beim Wechsel einer Trägerschaft nicht ändert. Wird ein neuer Standort vom gleichen Träger errichtet, erhält dieser eine neue Standortnummer im Standortverzeichnis und ist bei vorliegender Berichtspflicht gemäß § 4 Absatz 1 Qb-R entsprechend § 7 Absatz 1 Nr. 2 i.V.m. § 8 Absatz 3 S. 2 und 3 Qb-R komplett neu anzulegen.

Darüber hinaus sieht Absatz 3 vor, dass Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen der von den Krankenhäusern zu übermittelnden Berichtsteile ohne Angabe von Gründen bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres erfolgen können.

Zu Absatz 4 bis 6:

Um trotz der durch die Überführung der QSKH-RL in die DeQS-RL erforderlichen zusätzlichen Prozessschritte die Veröffentlichung der Daten der Qualitätsberichte bis zum 31. Januar sicherstellen zu können, wurde eine Anpassung der für die Bearbeitung der einzelnen Aufgaben vorgesehenen Zeitfenster notwendig.

Die Übermittlung des C-1-Teils muss weiterhin bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres erfolgen. Hintergrund für den im Vergleich zu den Krankenhäusern späteren Übermittlungszeitraum ist, dass die vollständigen Qualitätsergebnisse erst Ende Oktober vorliegen. So soll etwa gemäß DeQS-RL das Stellungnahmeverfahren (als letzter Verfahrensschritt) bis zum 31. Oktober des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres (d.h. des Erstellungsjahres im Sinne der Qb-R) abgeschlossen werden. Im Anschluss ist ein Zeitraum für die Aufbereitung und Kontrolle der Daten sowie die Kommentierung durch die Krankenhäuser vorgesehen.

Zudem wurde das Übermittlungsverfahren für das Kapitel C-1 um einen Akteur, die DeQS-Datenannahmestellen, erweitert und um zusätzliche Prozessschritte ergänzt. Grund hierfür ist, dass bei Verfahren gemäß DeQS-RL die Qualitätsergebnisse bei der jeweiligen QS-Stelle nur leistungserbringer-pseudonymisiert vorliegen und so eine direkte Lieferung an die Annahmestelle Qb nicht möglich ist. Daher werden die Daten zum Kapitel C-1 in einem Zwischenschritt von der jeweiligen QS-Stelle an die DeQS-Datenannahmestelle übermittelt. Dabei nimmt die DeQS-Datenannahmestelle eine zentrale Rolle im Prozess der

Datenübermittlung ein. Sie depseudonymisiert die Daten und führt sie standortbezogen zusammen. Dabei prüft sie, dass zu allen Verfahren gemäß DeQS-RL, in denen der Krankenhausstandort Leistungen erbracht hat auch Daten zum Kapitel C-1 von der jeweiligen QS-Stelle übermittelt wurden (Prüfung der Vollständigkeit). Zudem werden die Angaben zu den Dokumentationsraten (Kapitel C-1.1 der Anlage) durch die DeQS-Datenannahmestellen ergänzt, da diese den QS-Stellen nicht vorliegen. Im Anschluss erfolgt die Bereitstellung der Daten zum Kapitel C-1 zur Prüfung und Kommentierung durch die Krankenhäuser sowie die Einarbeitung der Rückmeldungen und Initiierung von ggf. notwendigen Korrekturen. Abschließend übermittelt die DeQS-Datenannahmestelle die finalen Datensätze an die Annahmestelle Qb.

Zu § 9 Schemaprüfung und Plausibilisierung

Zu Absatz 1:

Im Rahmen der Datenannahme erfolgt eine Schemaprüfung der eingegangenen Qualitätsberichtsdaten. Bei einer Abweichung vom gemäß Anlage beschlossenen Datenschema wird der Bericht abgelehnt und die jeweils übermittelnde Stelle (Krankenhaus bzw. Datenannahmestelle DeQS) unverzüglich über die Auffälligkeit und die Ablehnung des Berichts informiert. Tritt kein Fehler auf, gilt der Bericht als schemakonform. Auch darüber erhält die übermittelnde Stelle eine Information.

Zu Absatz 2:

Schemakonforme Qualitätsberichte werden anhand von berichtsjahresspezifischen Plausibilisierungsregeln auf eventuelle Implausibilitäten oder Inkonsistenzen geprüft. Das Ergebnis der Prüfung wird unverzüglich der übermittelnden Stelle mitgeteilt. Damit die übermittelnden Stellen bereits vor der Abgabe des Qualitätsberichts bei der Annahmestelle Qb die Möglichkeit haben die eigenen Berichtsdaten hinsichtlich der Plausibilisierungsregeln zu prüfen, steht ihnen der Plausibilisierungsdienst bereits ab dem 12. Juli des Erstellungsjahres unter nachfolgendem Link <https://plausibilisierungsdienst.g-ba-qualitaetsberichte.de/#/plausi-check> zur Verfügung. Eine Nutzung des Plausibilisierungsdienstes ist bis zum 31. Mai des Veröffentlichungsjahres möglich, um z.B. Berichtigungen gemäß § 12 ebenfalls noch vor einer Übermittlung der Daten testen zu können.

Die dem Plausibilisierungsdienst zugrundeliegenden Regeln werden im Auftrag des G-BA kontinuierlich weiterentwickelt und bei Bedarf erweitert, um die Qualität der Qualitätsberichtsdaten zu verbessern. Diese Regeln und ihre Konsequenzen werden im Anhang 4 der Anlage transparent dargestellt, auch um die Wirkungsweise des Plausibilisierungsdienstes für alle Beteiligten nachvollziehbar zu machen.

Zu Absatz 3:

An dieser Stelle werden die drei Prüfklassen („weich“, „hart“ und „Pilot“) der Plausibilisierungsregeln definiert und ihre Konsequenzen insbesondere im Hinblick auf die Annahme der Berichtsdaten dargestellt.

Zu § 10 Empfängerkreis des Qualitätsberichts

Zu Absatz 1:

In diesem Abschnitt wird der Empfängerkreis des Qualitätsberichtes gemäß § 136b Absatz 7 spezifiziert, der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt wird. Der Empfängerkreis wurde in den vorherigen Regelungen zu den Qualitätsberichten unter § 9 (Veröffentlichung) aufgeführt. In der nun aktualisierten Regelung erhöht die Trennung von Empfängerkreis und

veröffentlichenden Stellen (§11) die Stringenz und Nachvollziehbarkeit der Regelung für die Adressaten.

Entsprechend der bisherigen Fassung der Qb-R wird festgelegt, dass der G-BA, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB sowie die weiteren nach § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V zu beteiligenden Organisationen die Qualitätsberichte unverzüglich nach dem Ende des Übermittlungszeitraums sowie (soweit erforderlich) nach dem Ende des Berichtigungszeitraumes vollständig und unverändert zur Verfügung gestellt bekommen.

Die Nutzung der Qualitätsberichte für weitere Akteure gemäß den Allgemeinen Nutzungsbedingungen des G-BA (ANB) bleibt unverändert weiterhin bestehen.

Zu Absatz 2:

Zusätzlich erhalten der G-BA, die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, sowie die Patientenorganisationen nach § 140f Zugriff auf Zwischenstände der Datenübermittlung während des Übermittlungszeitraums. Diese Daten dürfen nicht veröffentlicht werden. Der Zugang erlaubt es den veröffentlichenden Stellen, die Veröffentlichung der Daten in ihren jeweiligen Systemen vorzubereiten. Insbesondere bei substanziellen inhaltlichen Änderungen sind hier ggf. zeitintensive Vorarbeiten notwendig. Der G-BA kann darüber hinaus frühzeitig prüfen, ob beispielsweise Anforderungen im Rahmen der Erstellung der Qualitätsberichte, die sich aus neuen Inhalten ergeben, erwartungsgerecht umgesetzt werden. Daraus kann sich ggf. auch die Notwendigkeit ergeben, kurzfristige Unterstützungsangebote für die übermittelnden Stellen zu schaffen. Aus diesen Gründen erhalten auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände sowie die Patientenorganisationen nach § 140f Zugriff auf Zwischenstände während des Übermittlungszeitraums. Die Regelung greift die bislang bestehende Regelung nach § 6 Absatz 4 und 5 Qb-R a. F. auf.

Zu § 11 Veröffentlichung der Qualitätsberichte

Zu Absatz 1 und 2:

Es wird ein Zeitpunkt normiert, bis wann die Veröffentlichung erfolgen soll. Der 31. Januar des Veröffentlichungsjahres stellt dabei eine möglichst zeitnahe Veröffentlichung nach Annahme des Qualitätsberichts sicher. Dabei berücksichtigt er einen angemessenen Zeitraum der Datenaufbereitung und Vorbereitung für die veröffentlichenden Stellen sowie den G-BA.

Zu Absatz 2:

Wie in der bisherigen Fassung der Qb-R sind die Qualitätsberichte von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen im Internet zu veröffentlichen. Auch der Verband der Privaten Krankenversicherung wird weiterhin in der Regelung benannt, was der Transparenz und damit einem wesentlichen Ziel des Qualitätsberichts entspricht. Für die Veröffentlichung ist mit dem 31. Januar des Veröffentlichungsjahres eine einheitliche Frist vorgesehen.

Zu Absatz 3 und 4:

Analog zur bisherigen Fassung der Qb-R werden die Rahmenbedingungen für die Veröffentlichung vorgegeben. Es müssen alle vorliegenden Daten in unveränderter Form veröffentlicht werden. Zusätzlich ist eine Verlinkung zur Internetseite des Krankenhauses

möglich. Des Weiteren besteht für die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zusätzlich die Möglichkeit, vergleichend über Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser zu informieren und Empfehlungen auszusprechen. Damit für den Nutzer erkennbar ist, welche Inhalte originär Qualitätsbericht und was Vergleiche bzw. Empfehlungen sind, sind beide Inhaltstypen deutlich voneinander abzugrenzen.

Zu Absatz 5:

Neben den vorgenannten Veröffentlichungen durch Dritte hat zudem das Krankenhaus jeweils seinen aktuellen Qualitätsbericht auf der eigenen Internetseite zu veröffentlichen. Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten bedeutet dies, dass sowohl Standortbericht(e) als auch der automatisch generierte Gesamtbericht darzustellen sind.

Zu Absatz 6:

Darüber hinaus können, z. B. zum Zwecke der Forschung, die Berichtsdaten einzelner, einer Auswahl oder aller in der Referenzdatenbank des G-BA gespeicherten und verfügbaren Berichtsjahre durch Dritte angefordert, über ein maschinenverwertbares Format (XML) abgerufen und auf Basis der Nutzungsbedingungen verwendet werden. Die Möglichkeiten der Nutzung sowie die Rechte und Pflichten der Nutzenden legt der G-BA in Allgemeinen Nutzungsbedingungen (ANB) fest, die im Rahmen der Anforderung der Daten vom Nutzer zu bestätigen sind.

Zu § 12 Berichtigung im Veröffentlichungsjahr

§ 12 regelt die Möglichkeit von Berichtigungen der an die Annahmestelle Qb übermittelten Qualitätsberichte im Veröffentlichungsjahr.

Zu Absatz 1:

Die Vorschrift bestimmt, dass Krankenhäuser einen bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb übermittelten Standortbericht auch nach seiner Veröffentlichung noch berichtigen können. Die Berichtigung ist bis zum 28. Februar des Veröffentlichungsjahres gegenüber der Annahmestelle Qb anzuzeigen. Die Annahmestelle Qb bestimmt in Abstimmung mit dem Krankenhaus ein Zeitfenster von mindestens zwei Wochen, innerhalb dessen die berichtigten Daten zu übermitteln sind. Für die übermittelten berichtigten Daten gilt § 9 dieser Regelungen entsprechend.

Die Berichtigungsmöglichkeit ist auf bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb übermittelte Standortberichte beschränkt und soll nachrangig gegenüber § 8 Absatz 3 gehandhabt werden, wonach die Krankenhäuser verpflichtet sind, die Standortberichte in der Zeit vom 15. Oktober bis zum 15. November des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb zu übermitteln. Zur Unterstützung der Krankenhäuser steht ihnen der berichtsjahrspezifische Plausibilisierungsdienst gemäß § 9 bereits während der Berichtserstellung ab dem 12. Juli des Erstellungsjahres zu Verfügung. Sollte dennoch ein nicht immer vor Übermittlung der Standortberichte zu vermeidender Änderungsbedarf erkannt werden, eröffnet zunächst § 8 Absatz 3 Satz 7 die Möglichkeit, bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres ohne Angabe von Gründen Nach-, Ersatz- und Korrekturlieferungen vorzunehmen. Diese Ausgestaltung des Verfahrens ist folglich darauf ausgerichtet, erforderliche Berichtigungen im Veröffentlichungsjahr nach Möglichkeit zu vermeiden.

Berichtigungen oder Löschungen von im Qualitätsbericht vorhandener personenbezogener Daten können indessen jederzeit vorgenommen werden, um Krankenhäusern zu ermöglichen,

einem berechtigten Verlangen betroffener Person auf Berichtigung oder Löschung im datenschutzrechtlichen Sinne Rechnung tragen zu können.

Zu Absatz 2:

Die Vorschrift bestimmt, dass auch DeQS-Datenannahmestellen bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb übermittelte Daten zum Kapitel C-1 auch nach ihrer Veröffentlichung berichtigen können. Die Berichtigung ist bis zum 28. Februar des Veröffentlichungsjahres gegenüber der Annahmestelle Qb anzuzeigen. Die Annahmestelle Qb bestimmt in Abstimmung mit der DeQS-Datenannahmestelle ein Zeitfenster von mindestens zwei Wochen, innerhalb dessen die berichtigten Daten zu übermitteln sind. Für die übermittelten berichtigten Daten gilt § 9 dieser Regelungen entsprechend. Vor Berichtigung sind Krankenhäuser von der DeQS-Datenannahmestelle zu informieren. Die berichtigten Daten werden den Krankenhäusern zur Fehlerprüfung und Kommentierung zur Verfügung gestellt.

Auch hier gilt, dass die Ausgestaltung des Erstellungs- und Übermittlungsverfahrens darauf ausgerichtet ist, erforderliche Berichtigungen im Veröffentlichungsjahr nach Möglichkeit zu vermeiden (vgl. Begründung zu Absatz 1)

Zu Absatz 3:

Die Vorschrift regelt, dass die berichtigten Qualitätsberichte von der Annahmestelle Qb unverzüglich dem Empfängerkreis im Sinne des § 10 zur Verfügung zu stellen sind. Die veröffentlichenden Stellen gemäß § 11 haben unverzüglich ihre Veröffentlichungen der Qualitätsberichte entsprechend der durchgeführten Berichtigungen zu aktualisieren.

Zu § 13 Folgen der Verletzung der Berichtspflicht

Zur Sicherstellung der Verhältnismäßigkeit werden für die Verletzung der Berichtspflicht abgestufte Folgen festgelegt.

Zu Absatz 1:

Zunächst wird die Erfüllung der Berichtspflicht definiert. Die Berichtspflicht gilt demnach als erfüllt, wenn der Standortbericht fristgerecht im Standard- bzw. Berichtigungszeitraum gemäß § 8 bzw. § 12 übermittelt wurde und weder die Schema- noch die Plausibilisierungsprüfung eine Ablehnung eines Berichts bedingt.

Zu Absatz 2:

Stellt der G-BA beim Abgleich der abschließenden Lieferliste mit den berichtspflichtigen Krankenhausstandorten gemäß Absatz 5 sowie nach Anhörung des Krankenhauses im Zuge eines Stellungnahmeverfahrens gemäß Absatz 6 eine Verletzung der Berichtspflicht fest, veröffentlicht er auf seinen Internetseiten die Information, dass für den jeweiligen Krankenhausstandort kein Qualitätsbericht vorliegt. Auf diese Weise können Patientinnen und Patienten oder zuweisende Ärztinnen und Ärzte unmittelbar feststellen, ob für einen bestimmten Krankenhausstandort ein Standortbericht für das jeweilige Berichtsjahr vorliegt. Die standortbezogene Veröffentlichung wird auf drei Jahre begrenzt. Damit bleibt für die Krankenkassen erkennbar, ob ein Krankenhausstandort seine Berichtspflicht in zwei bzw. drei aufeinanderfolgenden Jahren verletzt hat und ggf. die weiteren Sanktionsstufen gemäß Absatz 3 (Vergütungsabschläge) greifen.

Zu Absatz 3:

Für den Fall einer wiederholten Verletzung der Berichtspflicht in zwei oder drei aufeinanderfolgenden Jahren, werden Vergütungsabschläge festgelegt. Zur Wahrung der Verhältnismäßigkeit erfolgt dies in zwei Stufen:

- bei zweimaliger Verletzung der Berichtspflicht in Folge: ein Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall des Berichtsjahres,
- bei dreimaliger Verletzung der Berichtspflicht in Folge: zwei Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall des Berichtsjahres.

Die Bezugseinheit für die Zählung der der Fälle ist jeweils das Krankenhaus, unabhängig davon, wie viele Standorte die Berichtspflicht verletzt haben. Dies reflektiert die übergeordnete Verantwortung des Krankenhauses für die Erstellung und Übermittlung des strukturierten Qualitätsberichts gemäß Qb-R.

Zu Absatz 4:

Die Regelung bestimmt, dass eine Verletzung der Berichtspflicht nicht sanktioniert wird, wenn sie dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist. Dies gilt nach Satz 2 insbesondere bei einer fehlenden Lieferung des C-1-Berichtsteils durch die DeQS-Datenannahmestellen.

Weitere Gründe für eine etwaige den Krankenhäusern nicht zurechenbare Verletzung der Berichtspflicht können beispielsweise Probleme sein, die möglicherweise im Zuge der Umstellung der Annahmestelle Qb einschließlich der Anmelde- und Übermittlungsverfahren im Berichtsjahr 2020 auftreten. Des Weiteren können Probleme durch das ab dem Berichtsjahr 2020 geänderte Verfahren zur Feststellung berichtspflichtiger Krankenhausstandorte auftreten, die eine Verletzung der Berichtspflicht bedingen können und in Folge dem Krankenhaus als nicht zurechenbar zu werten sind. Die Darstellung dieser Sachverhalte durch die Krankenhäuser und ihre Bewertung durch den G-BA erfolgt jeweils im Verfahren nach Absatz 6.

Zu Absatz 5:

Zur Feststellung der Verletzung der Berichtspflicht erfolgt ein Abgleich der Liste aller berichtspflichtigen Krankenhausstandorte eines Berichtsjahres mit der abschließenden Lieferliste des Jahres. Zur Operationalisierung und Vereinfachung des Verfahrens erstellt die Annahmestelle Qb eine Deltaliste aus diesen Einzellisten und übergibt sie dem G-BA bis zum 31. Januar des Erstellungsjahres. Diese Liste enthält die berichtspflichtigen Krankenhausstandorte für die kein Standortbericht vorliegt ebenso wie die Information, ob die jeweiligen C-1 Berichtsteile erfolgreich geliefert wurden.

Zu Absatz 6:

In diesem Absatz erfolgt die Konkretisierung des Verfahrens zur Feststellung der Verletzung der Berichtspflicht wie es bislang in Anlage 3 zur Qb-R a. F. definiert war. Ausgangspunkt des Verfahrens bildet die Liste gemäß Absatz 5. Wird dort vom G-BA festgestellt, dass für einen gemäß § 4 Absatz 1 i.V.m. § 7 Absatz 2 als berichtspflichtig identifizierten Krankenhausstandort kein Bericht vorliegt, wird das Krankenhaus mit dreiwöchiger Frist zur Stellungnahme aufgefordert. Unter Berücksichtigung der Stellungnahme entscheidet der G-BA im Anschluss, ob eine Verletzung der Berichtspflicht gegeben ist und ob eine Folge gemäß § 13 Absatz 2 erfolgt. Sofern relevant, werden die Berichtigungen gemäß § 12 dabei berücksichtigt. Die Liste gemäß Absatz 2 wird bis zum 30. September des Veröffentlichungsjahres auf den Internetseiten des G-BA veröffentlicht.

Die ausführliche Darstellung des Verfahrens dient dazu, um den Krankenhäusern verbindlich und nachvollziehbar die Verfahrenseckpunkte einschließlich der dazugehörigen Fristen aufzuzeigen.

Zu Absatz 7:

Wird festgestellt, dass für einen Krankenhausstandort keine Daten zum Kapitel C-1 vorliegen, kann der G-BA die zuständige übermittelnde Stelle schriftlich unter Fristsetzung und unter Bezeichnung des Sachverhalts zur Abgabe einer Stellungnahme sowie zur Nachlieferung der Daten auffordern.

§ 14 Datenschutz

Es werden Hinweise zum Datenschutz gegeben. Die Qualitätsberichte beinhalten die in der Anlage vorgesehenen personenbezogenen und einrichtungsbezogenen Daten, um Transparenz über das Versorgungsgeschehen herzustellen, verantwortliche Stellen eindeutig identifizieren zu können und Patientinnen und Patienten über Kontaktmöglichkeiten zu informieren. Auf diese Weise soll es Patientinnen und Patienten ermöglicht werden, Informationen und Ansprechpartner bspw. im Hinblick auf die Barrierefreiheit eines Krankenhauses oder zum Beschwerdemanagement einzusehen. Dabei richtet sich der Personenbezug der Ansprechpersonen ausschließlich auf den Namen und ggf. Titel; weitere Angaben, wie z.B. Telefonnummer, E-Mail-Adresse, gehören zur jeweiligen Funktion, die im Krankenhaus übernommen wird.

Darüber hinaus gilt zur Sicherstellung des Datenschutzes für den Qualitätsbericht, dass bei Zahlen mit Patientenbezug, die kleiner als 4, aber nicht Null sind, anstelle der konkreten Zahl die Angabe „< 4“ zu machen ist. Dies greift den Sachverhalt auf, dass ggf. bei kleinen Fallzahlen unter Hinzunahme von Zusatzinformationen Patientenbezug hergestellt werden kann.

Zu § 16 Übergangsregelungen

In den Übergangsregelungen werden Vorgaben zu Inhalt, Struktur und Umfang des Qualitätsberichts gefasst, die lediglich temporär Bestandteil der Regelungen sein sollen. Hierzu zählen insbesondere temporäre Abweichungen von bestehenden Vorgaben im Regelungsrumpf; die Anlage mit ihren Anhängen wird aufgrund der regelmäßigen Anpassungen berichtsjahresspezifisch erstellt und beschlossen.

Absatz 1:

Absatz 1 bestimmt, dass für die Berichtsjahre 2018 und 2019 mit den noch ausstehenden Verfahrensschritten (insbesondere Nachlieferungen und Sanktionsverfahren) weiterhin die bisher bestehenden Regelungen (Qb-R in der Fassung vom 16. Mai 2013, zuletzt geändert am 20. November 2020) Anwendung finden. Dadurch wird sichergestellt, dass die Prozesse für diese beiden Berichtsjahre unter den Regelungsvoraussetzungen, unter denen sie begonnen wurden, auch abgeschlossen werden können. Die Neufassung der Qb-R findet somit ab dem Berichtsjahr 2020 Anwendung.

Absatz 2:

Die Neufassung der Qb-R orientiert sich in Bezug auf die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung an den Vorgaben und Verfahren gemäß DeQS-Richtlinie. In einzelnen Bereichen (z.B. dem Follow-Up in Leistungsbereichen der datengestützten Qualitätssicherung und den Leistungsbereichen der QSKH-RL, die mit Inkrafttreten zum 1. Januar 2021 in die

DeQS-RL überführt wurde) gilt die QSKH-Richtlinie jedoch noch temporär weiter und stellt damit Inhalte für den C-1 Teil des Qualitätsberichts zur Verfügung. Daher werden für diese Datenlieferungen übergangsweise auch die Akteure gemäß QSKH-RL als übermittelnde Stellen vorgesehen.

Zu § 17 Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie

Es ist zu erwarten, dass sich die Covid-19-Pandemie sowohl auf die Erstellung der Qualitätsberichte 2020, als auch deren Inhalte auswirken wird. Dabei führen insbesondere Ausnahmeregelungen, die im Rahmen der QS-Verfahren beschlossen wurden bzw. werden, in einigen Bereichen zu nicht vollständigen Daten. Um die Besonderheit des Datenjahres 2020 transparent zu kommunizieren, werden die veröffentlichenden Stellen verpflichtet, einen entsprechenden Hinweistext mit zu veröffentlichen.

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

Für das Berichtsjahr 2020 erfolgt eine umfassende Überarbeitung der Anlage insbesondere aufgrund der künftigen Nutzung des Standortverzeichnisses und der damit verbundenen Neustrukturierung des Regelungsrumpfes und der Anlage und Anhänge gemäß Qb-R. Zudem wurden die Überführung der QSKH-RL in die DeQS-RL, die weitere Umsetzung des IQTIG-Kennzahlenkonzepts (vgl.: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf) sowie Änderungsbedarf im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie berücksichtigt.

Zu den Allgemeinen Hinweisen:

Es werden Streichungen vorgenommen, wenn Informationen durch die vorgenommene Neustrukturierung nunmehr im Regelungsrumpf enthalten sind.

Zu 1. Erläuterungen zur Berichterstellung:

Es wird die Benennung der Lieferdateien konkretisiert. Dabei wird sichergestellt, dass die Dateien unterschiedlicher Lieferanten einem Standort und im Falle des Gesamtberichts einem Krankenhaus zugeordnet werden können, ohne dass die einzelnen Dateien geöffnet werden müssen. Die Benennung der Gesamtberichte erfolgt dabei durch die Annahmestelle Qb. Die Benennung orientiert sich dabei am bereits etablierten Aufbau und berücksichtigt zudem, dass ab dem Berichtsjahr 2020 die Standortnummer und Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis zur Identifikation Verwendung finden.

Zu Kapitel A:

Um die Nutzerinnen und Nutzer der Qualitätsberichte angemessen über eventuelle Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Aussagekraft der Qualitätsberichtsdaten zu informieren, wird an dieser Stelle ein Hinweistext vorgegeben, der automatisch durch die Erfassungssoftware übernommen wird.

Zu Kapitel A-1:

Es erfolgen Anpassungen aufgrund der Nutzung des Standortverzeichnisses als neue Grundlage für die Standortdefinition gemäß Qb-R. Zur eindeutigen Identifikation werden die

neunstellige Standortnummer gemäß Standortverzeichnis sowie die ebenfalls im Standortverzeichnis hinterlegte Haupt-IK verwendet.

Zudem ist im Berichtsjahr 2020 die bisher genutzte Identifikation unter „weitere relevante Institutskennezeichen“ sowie „Standortnummer (alt)“ anzugeben, wenn diese Daten vorhanden sind. Dies soll im Übergangszeitraum eine berichtsjahresübergreifende Betrachtung für die Nutzerinnen und Nutzer des Qualitätsberichts ermöglichen.

Zu Kapitel A-11.2:

Im Zusammenhang mit der Berücksichtigung der generalistischen Pflegeausbildung erfolgt die Ergänzung der Pflegefachfrau und des Pflegefachmanns (durch Ausbildung bzw. Studium) bei den anzugebenen pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Dabei ist zu beachten, dass diese generalistische Pflegeausbildung erst im Jahr 2020 begonnen werden konnte. Aufgrund einer Ausbildungsdauer von mindestens 3 Jahren können daher im Jahr 2020 die entsprechenden Abschlüsse noch nicht erworben worden sein. Jedoch werden ab 2020 die Abschlüsse der generalistischen Pflegeausbildung bei der Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen verwendet. Daher ist eine Angabe bereits ab dem Berichtsjahr 2020 vorgesehen.

Zu Kapitel A-14:

Für die Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung nach den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V (Regelungen zu den Notfallstrukturen) wurde neben den bisher bereits bestehenden Allgemeinen Notfallstufen sowie den Modulen der Speziellen Notfallversorgung die Auswahloption „Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung“ ergänzt sowie die Auswahloption „Notfallstufe wurde noch nicht vereinbart“ um den Aspekt der Nichtteilnahme erweitert. Die Ergänzung beruht auf § 1 Absatz 2 sowie § 3 Absatz 2 Satz 1 der Regelungen zu den Notfallstrukturen. Krankenhäuser, die dieser Kategorie zuzuordnen waren, konnten ihre Nichtteilnahme bisher nicht über eine Auswahlmöglichkeit abbilden.

Zu Kapitel B-X.6:

Es wurde eine redaktionelle Änderung des im Text genannten ICD-10-Beispielkodes vorgenommen. Dieser ist nun, wie in der Beschreibung gefordert, endstellig.

Zu Kapitel B-X.7:

Es wurde eine redaktionelle Änderung des im Text genannten OPS-Beispielkodes vorgenommen. Dieser ist nun, wie in der Beschreibung gefordert, endstellig.

Kapitel B-[X].11.2:

Im Zusammenhang mit der Berücksichtigung der generalistischen Pflegeausbildung erfolgt die Ergänzung der Pflegefachfrau und des Pflegefachmanns (durch Ausbildung bzw. Studium) bei den anzugebenen pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Dabei ist zu beachten, dass diese generalistische Pflegeausbildung erst im Jahr 2020 begonnen werden konnte. Aufgrund einer Ausbildungsdauer von mindestens 3 Jahren können daher im Jahr 2020 die entsprechenden Abschlüsse noch nicht erworben worden sein. Jedoch werden ab 2020 die Abschlüsse der generalistischen Pflegeausbildung bei der Anerkennung

von im Ausland erworbenen Qualifikationen verwendet. Daher ist eine Angabe bereits ab dem Berichtsjahr 2020 vorgesehen.

Zu Kapitel C-1:

Es erfolgen Anpassungen im Zusammenhang mit der Nutzung des Standortverzeichnisses als neue Standortdefinition gemäß Qb-R sowie mit der Berücksichtigung der Überführung der Leistungsbereiche der QSKH-RL in die DeQS-RL und der weiteren Umsetzung des sogenannten IQTIG-Kennzahlenkonzepts (vgl.: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf).

Die Überführung der Leistungsbereiche der QSKH-RL in die DeQS-RL erfolgt in zwei Schritten. Für das Berichtsjahr 2020 hat bereits die Überführung einiger Leistungsbereiche in die DeQS-RL stattgefunden. Für die restlichen Leistungsbereiche ist das Berichtsjahr 2021 vorgesehen, im Berichtsjahr 2020 erfolgt die Qualitätssicherung noch gemäß QSKH-RL. Um Ergebnisse aus allen relevanten Verfahren im Qualitätsbericht abbilden zu können, wurde daher das gesamte Kapitel C-1 geprüft und, wo notwendig, Verweise auf die Verfahren gemäß DeQS-RL ergänzt.

Aufgrund der Nutzung des Standortkennzeichens gemäß Standortverzeichnis kann der bisher durchgeführte standardisierte Prozess zur Sicherstellung einheitlicher Identifikationsdaten (Institutionskennzeichen, Standortnummer) entfallen. Stattdessen besteht nun niederschwellig über die Annahmestelle Qb die Möglichkeit für die übermittelnden Stellen in Kontakt zu treten, um einheitliche identifizierende Daten sicherzustellen. Es besteht die Möglichkeit zur Korrektur der Identifikationsdaten mit Ausnahme der Standortnummer.

Zu Kapitel C-1.1:

Ab dem Jahr 2020 werden die Dokumentationsraten nicht mehr standortspezifisch ausgewiesen, sondern nur noch für das gesamte Krankenhaus. Die Anforderungen zur Darstellung der Dokumentationsrate wurden entsprechend angepasst. Zudem ist ein verpflichtender Hinweis zur Dokumentationsrate bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten vorgesehen. Dieser soll die Nutzerinnen und Nutzer des Qualitätsberichts über das Abweichen von der grundsätzlich standortbezogenen Darstellung informieren.

Trotz der geänderten Ausweisung der Dokumentationsrate ist es weiterhin möglich, die Anzahl der dokumentierten Fälle für den einzelnen Standort anzugeben und so zumindest eine Teilinformation standortbezogen darzustellen. Dies erfolgt in der neuen Variable „Datensätze des Standortes“.

Um die Nutzerinnen und Nutzer der Qualitätsberichte angemessen über eventuelle Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die eingeschränkte Aussagekraft der Dokumentationsraten zu informieren, wird an dieser Stelle ein Hinweistext vorgegeben, der automatisch durch die Erfassungssoftware übernommen wird. Im Jahr 2020 wurden Unterschreitungen der Dokumentationsraten aufgrund des Pandemiegeschehens als nicht vom Krankenhaus verschuldet gewertet und daher die Sanktionierung der Unterschreitungen ausgesetzt. Dies kann z.B. dazu führen, dass die Dokumentationsraten nicht denen aus den Vorjahren entsprechen und sie somit nur eingeschränkt vergleichbar sind.

Zu Kapitel C-1.2.2:

Die Variablen „Bezug zu anderen QS-Ergebnissen“, „Sortierung“ sowie „risikoadjustierte Rate“ werden gemäß der dritten Umsetzungsstufe des Kennzahlenkonzepts des IQTIG ab dem Berichtsjahr 2020 aufgenommen.

Aufgrund der Überführung der Leistungsbereiche der QSKH-RL in die DeQS-RL waren Anpassungen an den Bewertungseinstufungen notwendig. Um die Ergebnisse des

Stellungnahmeverfahrens für Indikatoren gemäß DeQS-RL zu ermöglichen, wurden entsprechende Bewertungseinstufungen ergänzt. Dabei sind für Ergebnisse gemäß DeQS-RL Einstufungen analog zu den bereits bestehenden Einstufungen für die Ergebnisse gemäß QSKH-RL vorgesehen.

Zu Kapitel C-3:

Die Angaben zur Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V wurden an die Änderungen der Richtlinie zur Zusammenführung der Anforderungen an die Richtlinie zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-A-RL) angepasst.

Zu Kapitel C-5:

Aufgrund der besonderen Bedeutung der Fallzahlhöhe bei den Angaben zu den Mindestmengen wird zur Vermeidung von Fehlinterpretationen an dieser Stelle ein Hinweis gegeben, dass die Fallzahlen im Berichtsjahr 2020 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein können und daher nur eingeschränkt bewertbar sind. Der vorgegebene Hinweistext wird automatisch durch die Erfassungssoftware übernommen.

Zu Kapitel C-5.2:

Es erfolgt eine Überarbeitung und Neustrukturierung der geforderten Mindestmengenangaben zum Prognosejahr. Die sprachlichen Klarstellungen und Präzisierungen der Unterkapitel zielen auf eine Erhöhung der Verständlichkeit der vorzunehmenden Angaben.

Zum Unterkapitel C-5.2.1.b „Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)“ wird nachfolgender Ausfüllhinweis gegeben. Das Krankenhaus hat in den ersten 12 Monaten der Leistungserbringung mindestens 50 Prozent der Mindestmenge erfüllt. Die Ermittlung der Leistungsmenge beginnt zum 1. des Monats, in dem die betreffende Leistung das erste Mal erbracht wurde. Danach schließt sich unmittelbar der erste 12-monatige Zeitraum an, in welchem die jeweils festgelegte Mindestmenge gilt.

Zu Kapitel C-6:

Die Angaben zur Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB wurden an die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) angepasst. Gemäß § 10 Absatz 5 QFR-RL werden auch für die perinatalen Schwerpunkte auf www.perinatalzentern.org standortbezogene Informationen dargestellt.

Des Weiteren werden aufgrund der Verlängerung des sogenannten klärenden Dialogs gemäß § 8 QFR-RL die weiteren Angaben auch für die Berichtsjahre 2020 und 2021 vorgesehen. Es erfolgt des Weiteren eine sprachliche Präzisierung des Hinweistextes zum klärenden Dialog.

Zu Kapitel C-7:

Es erfolgt eine Anpassung der Ausfüllhinweise. Es gelten die Bestimmungen gemäß § 3 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R). Bei den Angaben in Kapitel C-7 ist für das Berichtsjahr zu berücksichtigen, dass gemäß § 6 FKH-R Sonderregelungen aufgrund der COVID-19-Pandemie zu den Fristen für die Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen sowie für die Erbringung des Fortbildungsnachweises bestehen.

Zu Kapitel C-8:

Kapitel C-8.1 sowie C-8.2 im Berichtsjahr 2020 basieren auf den Nachweisen der Krankenhäuser zu den Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 12.11.2019 sowie der PpUG-Ergänzungs-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 04.05.2020. Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (BGBl. I S. 597 vom 27.03.2020) und vor dem Hintergrund der COVID-19 Pandemie hat das Bundesministerium für Gesundheit die Regelungen zu Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen gemäß §§ 1 bis 9 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 28.10.2019 (PpUGV) mit Wirkung zum 01.03.2020 bis zum 31.12.2020 ausgesetzt. Mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 16.07.2020 (BGBl. I S. 1701) wurden die Regelungen zu Pflegepersonaluntergrenzen in pflegesensitiven Bereichen gemäß §§ 1 bis 5 PpUGV sowie für die Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie die §§ 6 bis 9 PpUGV zum 01.08.2020 wieder eingesetzt. Die §§ 6 bis 9 PpUGV sind für weiteren pflegesensitiven Bereiche nach § 6 Absatz 1 Nummer 3 bis 8 vom 1. August 2020 bis einschließlich 31. Dezember 2020 nicht anzuwenden.

Für das Berichtsjahr 2020 liegen demnach Nachweise nach §§ 3 bis 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 für alle pflegesensitiven Bereiche gemäß § 6 Absatz 1 Nrn. 1 bis 8 PpUGV für die Monate Januar und Februar vor. Für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie liegen darüber hinaus Nachweise zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß §§ 3 bis 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 für die Monate August bis Dezember vor. Der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen ist gemäß § 137i Absatz 4 S. 4 SGB V sowie gemäß § 4 der Zweiten PpUG-Ergänzungs-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 17.08.2020 in den Qualitätsberichten darzustellen.

Aufgrund der oben beschriebenen Anpassungen vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ist die Datengrundlage zur Ermittlung des monatsbezogenen (Kapitel C-8.1) sowie des schichtbezogenen Erfüllungsgrades (Kapitel C-8.2) im Berichtsjahr 2020 eingeschränkt. Mit den Daten für die Monate Januar und Februar liegen für die Bereiche Neurologie, Neurologie Schlaganfallereinheit, Neurologische Frührehabilitation, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie jeweils lediglich Daten zu zwei Monaten des Jahres 2020 vor, auf deren Basis der monatsbezogene Erfüllungsgrad (Kapitel C-8.1) ermittelt wird. Bei der Ermittlung des monatsbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie können darüber hinaus monatsbezogene Daten der Monate August bis Dezember genutzt werden.

Zur Ermittlung des schichtbezogenen Erfüllungsgrades (Kapitel C-8.2) werden die einzelnen Schichten in den pflegesensitiven Bereichen herangezogen. Für das Berichtsjahr 2020 liegen in den pflegesensitiven Bereichen Neurologie, Neurologie Schlaganfallereinheit, Neurologische Frührehabilitation, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie jeweils Daten zu maximal 60 Tag- bzw. Nachtschichten (31 Schichten im Januar + 29 Schichten im Februar) vor.

Bei der Ermittlung des schichtbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie konnten darüber hinaus schichtbezogene Daten der Monate August bis Dezember genutzt werden. Die Angaben in den Kapiteln C-8.1 und C-8.2 sollen von der Erfassungssoftware automatisch aus der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 übernommen werden. Spezifische Vorgaben hierzu finden sich in den Kapiteln C-8.1 und C-8.2 der Anlage sowie des Anhang 1 zur Anlage.

2.1.3 Anhang 2 zur Anlage (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2020)

Es erfolgt eine jährliche Überarbeitung der Auswahllisten.

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

Zur Umsetzung der Generalistik in der Pflegeausbildung werden die Auswahlelemente „Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner“, „Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.“ sowie „Altenpflegerin, Altenpfleger“ ergänzt.

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

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat Ende 2018 eine neue Musterweiterbildungsordnung verabschiedet. Im Jahr 2020 fand diese jedoch erst in einigen Bundesländern Anwendung. Zur Sicherstellung, dass alle im Berichtsjahr 2020 gültigen und möglichen Weiterbildungen in der Auswahlliste enthalten sind, werden die neuen Weiterbildungsmaßnahmen ergänzt. Somit können nun alle Facharztbezeichnungen und ärztliche Zusatz-Weiterbildungen nach alter und neuer Musterweiterbildungsordnung angegeben werden. Für das Berichtsjahr 2021 erfolgt, in Anhängigkeit des bundesweiten Umsetzungsstandes der Musterweiterbildungsordnung, ggf. eine weitere Überarbeitung dieser Auswahlliste.

Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelung (Kapitel C-5.1)

Zur Sicherstellung nachvollziehbarer und plausibler Angaben erfolgt eine Konkretisierung und Präzisierung der Auswahlelemente.

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

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

- Streichung der Elemente CQ09 und CQ10, da die Beschlüsse seit dem 1. Januar 2020 nicht mehr gültig sind
- Ergänzung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung der gezielten Lungendenergieung durch Katheterablation bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, die am 19. Dezember 2019 vom G-BA beschlossen wurden (Inkrafttreten am 18. Juli 2020) (CQ26)
- Ergänzung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem (QS-Richtlinie bronchoskopische LVR /QS-RL BLVR), die am 19. Dezember 2019 vom G-BA beschlossen wurden (Inkrafttreten am 08. September 2020) (CQ27)
- Ergänzung der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion), die am 19. September 2019 vom G-BA beschlossen worden ist (Inkrafttreten am 07.12.2019) (CQ28)

2.1.4 Anlage 2

Ab dem Berichtsjahr 2020 wird die neue Annahmestelle Qb umgesetzt, welche direkt vom G-BA beauftragt wird. Zudem werden im Rahmen der Neustrukturierung der Qb-R in § 7 nun die zentralen Aufgaben, Anforderungen und Fristen der Annahmestelle Qb bereits gebündelt festgeschrieben. Daher ist die Anlage 2 nicht mehr notwendig und kann entfallen.

3. Bürokratiekostenermittlung

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue, bzw. zusätzliche Informationspflichten für Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO. Hieraus resultieren einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 138.047 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage I**.

4. Verfahrensablauf

Am 9. Juli 2019 begann die Arbeitsgruppe Qualitätsbericht mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In 14 Sitzungen wurde der Beschlussentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung beraten.

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Absatz 5 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 Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 7. Oktober 2020 wurde das Stellungnahmeverfahren am 14. Oktober 2020 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage II**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 11. November 2020.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 10. November 2020 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage III**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2020 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung tragen den Beschluss mit.

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

6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage I: Bürokratiekostenermittlung

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

Anlage III: Schreiben des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Berlin, den 17. Dezember 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anlage I Bürokratiekostenermittlung

zur Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R): Neustrukturierung und Anpassungen für das Berichtsjahr 2020

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 zusätzliche Berichtsinhalte in den Qualitätsbericht integriert werden. Hierbei handelt es sich insbesondere um zusätzliche Angaben zum Personalbestand (A-11.2 Pflegepersonal/B-[X].11.2 Pflegepersonal), die Ergänzung weiterer pflegesensitiver Bereiche mit dazugehörigen Pflegepersonaluntergrenzen (C-8) sowie die Erweiterung einer Reihe von Auswahllisten um zusätzliche Auswahlmöglichkeiten. Letzteres betrifft die Auswahllisten „Ausbildung in anderen Heilberufen“, „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“, „Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung“, „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge“ sowie „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V“.

Laut Positivliste für das Berichtsjahr 2019 (<https://www.g-ba.de/richtlinien/39/>) besteht für 2.590 Krankenhäuser und deren Standorte eine Berichtspflicht nach § 4 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 60 Minuten geschätzt. Mithin resultieren daraus einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 53,30 Euro je Qualitätsbericht sowie insgesamt in Höhe von geschätzt 138.047 Euro (53,30 Euro x 2.590).

Da die zusätzliche Berichtspflicht unter A-11.2/B-[X].11.2 in einer einfachen Meldung mit durchschnittlicher Komplexität besteht, sind die daraus resultierenden zusätzlichen Bürokratiekosten marginal. Daher wird an dieser Stelle auf eine Quantifizierung der jährlichen Bürokratiekosten verzichtet.

Beschlussentwurf



Gemeinsamer
Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R): Neustrukturierung der Qb-R und Anpassungen für das Berichtsjahr 2020

Stand: 14.10.2020

Hinweise:

Dissentente Positionen sind **gelb** hinterlegt

Grau hinterlegte Textteile: Folgedissens oder spezifische Anpassungen erforderlich

Anlage 1 Qb-R für das BJ 2020, der DKG-Vorschlag für Anlage 2 Qb-R für das BJ 2020, Anhang 2 zu Anlage 1 Qb-R für das BJ 2020 und die Tragenden Gründen konnten durch die Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle noch nicht geprüft werden.

Vom 17. Dezember 2020

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 17. Dezember 2020 beschlossen, die Regelungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 20. August 2020 (BAnz AT TT.MM.JJJJ BX), wie folgt zu ändern:

I. Die Qb-R werden wie folgt geändert:

1. Die §§ 1 bis 10 werden durch folgende §§ 1 bis 16 ersetzt:

„§ 1 Rechtsgrundlage und Regelungsgegenstand

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die nachfolgenden Regelungen auf der Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Satz 2 sowie Absatz 6 und Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V).
- (2) Gegenstand dieser Regelungen sind der Inhalt, der Umfang und das Datenformat sowie das Verfahren für die Erstellung, Übermittlung und Veröffentlichung des jährlich zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsberichts der zugelassenen Krankenhäuser.

§ 2 Ziele

PatV	DKG
Zielsetzung des Qualitätsberichts ist eine Verbesserung von Transparenz und Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Der Qualitätsbericht ist eine Informations- und Entscheidungshilfe sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Leistungserbringer im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung. Er ist Grundlage vergleichbarer Informationen und Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen an Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Versicherte über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus. Darüber hinaus ermöglicht der Qualitätsbericht dem jeweiligen Krankenhaus, Art, Anzahl und Qualität seiner Leistungen für die Allgemeinheit transparent und sichtbar darzustellen.	Das erste Ziel von Qualitätsberichterstattung ist die Stärkung der Patientenautonomie und des Vertrauens der Bevölkerung in das Gesundheitssystem. Dies erfolgt durch Herstellung von Transparenz und Aufklärung über die veröffentlichten Daten. Transparenz ist in vielen, insbesondere öffentlichen Bereichen eine zunehmende Forderung der modernen Gesellschaft. Zweites Ziel ist die Verbesserung der Qualität in der medizinischen Versorgung. Auf Grundlage der veröffentlichten Qualitätsdaten sollen Patienten eine Auswahlentscheidung für das aus ihrer Sicht geeignete Krankenhaus treffen können.

§ 3 Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieser Regelungen bezeichnet der Ausdruck:

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

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende UA QS
die Definition nach § 2a KHG erfüllt und	<i>[keine Übernahme]</i>

im Standortverzeichnis mit einer Standortnummer mit dem Vorgabewert 000 an der siebten bis neunten Stelle geführt wird;

5. „Standortbericht“

GKV-SV	DKG
die Daten des standortspezifischen Qualitätsberichts eines Krankenhauses;	den krankenhausstandortspezifischen Qualitätsbericht eines Krankenhauses;

6. „Gesamtbericht“

Folgedissens zu § 3 Nr. 5	
GKV-SV	DKG
die Daten des standortübergreifenden Qualitätsberichts eines Krankenhauses,	den krankenhausstandortübergreifenden Qualitätsbericht eines Krankenhauses,

der unter Einbeziehung aller standortspezifischen Daten eine Zusammenfassung aller Standortberichte enthält;

7. „Qualitätsbericht“

Folgedissens zu § 3 Nr. 5	
GKV-SV	DKG
die Daten der Standortberichte sowie des Gesamtberichts;	die Standortberichte sowie den Gesamtbericht;

8. „Annahmestelle Qb“ die vom G-BA

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende UA QS
zur Annahme der Qualitätsberichte	gemäß § 7

beauftragte Stelle;

9. „Berichtsjahr“ das Kalenderjahr, über das im Qualitätsbericht zu berichten ist;

10. „Erstellungsjahr“ das dem Berichtsjahr nachfolgende Kalenderjahr, in dem der Qualitätsbericht erstellt wird;

11. „Veröffentlichungsjahr“ das dem Erstellungsjahr nachfolgende Kalenderjahr, in dem der Qualitätsbericht veröffentlicht wird;

12.

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende UA QS
„mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragte Stelle“ in Abhängigkeit von der Art des Verfahrens entweder das Institut nach § 137a SGB V als die auf Bundesebene beauftragte Stelle oder die Landesarbeitsgemeinschaften für sektorenübergreifende Qualitätssicherung (LAG) als die auf Landesebene beauftragten Stellen gemäß der Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und der Richtlinie zur planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL);	„QS-Stellen“ die mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach den jeweiligen Richtlinien des G-BA beauftragten Stellen;

13. „DeQS-Datenannahmestellen“ die jeweilige Datenannahmestelle nach Teil 1 § 9 Absatz 1 der DeQS-RL;

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende UA QS
14. „abschließende Lieferliste“ die Liste, die die Annahmestelle Qb dem G-BA nach Ablauf aller Nachlieferfristen gemäß § 12 zur Verfügung stellt und in der die Lieferungen aller gemäß § 8 zur Übermittlung verpflichteten Akteure krankenhaus- und standortbezogen verzeichnet sind.	<i>[keine Übernahme]</i>

§ 4 Berichtspflicht

(1)

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende UA QS				
<p>Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, jährlich für jeden Krankenhausstandort einen Standortbericht zu erstellen und zu übermitteln, der am</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="background-color: yellow;">GKV-SV</th> <th style="background-color: yellow;">DKG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>31. Dezember</td> <td>30 Juni</td> </tr> </tbody> </table> <p>des Berichtsjahres mit einer gültigen Standortnummer im Standortverzeichnis geführt wird.</p>	GKV-SV	DKG	31. Dezember	30 Juni	<p>Jedes Krankenhaus ist verpflichtet, jährlich für jeden Krankenhausstandort, der am [Tag/Monat] des Berichtsjahres und am 30. September des Erstellungsjahres mit einer gültigen Standortnummer im Standortverzeichnis geführt wird, einen Standortbericht nach Maßgabe des § 8 zu erstellen und bis zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb zu übermitteln.</p>
GKV-SV	DKG				
31. Dezember	30 Juni				

GKV-SV	DKG
(1a) Jedes Krankenhaus, das nach Absatz 1 mit mehr als einem Standort im Standortverzeichnis geführt wird, hat zusätzlich zu den Standortberichten einen Gesamtbericht zu erstellen und zu übermitteln.	<i>[keine Übernahme]</i>

(2)

GKV-SV	DKG	Vorsitzende UA QS
Die Feststellung der Berichtspflicht erfolgt durch eine Abfrage des Standortverzeichnisses zum Stichtag gemäß Satz 1.	Die Feststellung der Berichtspflicht erfolgt durch eine Abfrage des Standortverzeichnisses zum Stichtag gemäß Satz 1. Die Annahmestelle Qb führt diese Abfrage vier Monate nach dem Stichtag gemäß Absatz 1 durch und übermittelt eine elektronische Liste aller im Standortverzeichnis mit gültiger Standortnummer zum Stichtag gemäß	<i>[keine Übernahme]</i>

	Absatz 1 Satz 1 eingetragenen Krankenhausstandorte unverzüglich an den G-BA.	
--	---	--

(3)

GKV-SV	DKG	Vorsitzende UA QS
Die Berichtspflicht entfällt, wenn an einem Standort erst nach dem [Tag/Monat] des Berichtsjahrs die Versorgung von Patienten aufgenommen, oder bis zum 30. September des Erstellungsjahrs die Versorgung von Patienten eingestellt wird.	Zu berichten ist immer nur über die Krankenhäuser, Krankenhausstandorte und Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen eines Krankenhauses, die am Stichtag gemäß Absatz 1 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 Erstellungsjahrs geschlossen oder übertragen wird oder die Versorgung von Patienten eingestellt, für das betreffende Krankenhaus bzw. den Krankenhausstandort kein Qualitätsbericht erstellt bzw. die Angaben zu den Teilen A und B der betreffenden Organisationseinheit/Fachabteilung nicht im Qualitätsbericht des Krankenhauses berücksichtigt werden. Die Annahmestelle Qb führt vier Monate nach dem Stichtag gemäß Satz 2 eine Abfrage des Standortverzeichnisses zum Stichtag gemäß Satz 2 durch und übermittelt eine elektronische Liste der zu diesem Stichtag mit gültiger Standortnummer im Standortverzeichnis eingetragenen Krankenhausstandorte unverzüglich an den G-BA.	[keine Übernahme]

§ 5 Inhalt und Struktur des Qualitätsberichts

(1) Der Qualitätsbericht besteht aus den Teilen A, B und C. In Teil A sind die Struktur- und Leistungsdaten des jeweiligen Krankenhausstandortes anzugeben, in Teil B die Struktur- und Leistungsdaten der jeweiligen Organisationseinheiten sowie der jeweiligen Fachabteilungen und in Teil C erfolgen Angaben zur Qualitätssicherung.

GKV-SV	DKG
<i>[keine Übernahme]</i>	Für Tageskliniken bestehen gemäß Anlage besondere Bestimmungen zum Inhalt und der Struktur des Qualitätsberichts.

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
(2) Die Angaben des Qualitätsberichts beziehen sich auf das Berichtsjahr. Das gilt insbesondere für Angaben mit Bezug zu Verträgen, Klassifikationssystemen oder G-BA Richtlinien. Eine Ausnahme hiervon gilt für die Angaben zur Prognose nach der Mindestmengenregelung, die sich auf das Veröffentlichungsjahr beziehen.	<i>[keine Übernahme, siehe Absatz 3a im Vorschlag der Vorsitzenden des UA QS]</i>

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
(3) Das Nähere zum Inhalt des Qualitätsberichts ist in der Anlage geregelt. Die Auswahllisten, auf die in der Anlage Bezug genommen wird, sind im Anhang 2 zur Anlage geregelt. Die im Berichtsjahr zu veröffentlichenden Kennzahlen und Qualitätsindikatoren sind im Anhang 3 zur Anlage definiert;	(3) Das Nähere zum Inhalt des Qualitätsberichts ist in der für das Berichtsjahr geltenden Anlage in Verbindung mit ihren Anhängen geregelt. Die Auswahllisten, auf die in der Anlage Bezug genommen wird, sind im Anhang 2 zur Anlage geregelt. Die im Berichtsjahr zu veröffentlichenden Kennzahlen und Qualitätsindikatoren sind im Anhang 3 zur Anlage definiert;

GKV-SV	DKG
die Festlegung erfolgt auf Basis der jährlichen Empfehlungen des Instituts nach § 137a SGB V.	<i>[keine Übernahme]</i>

Folgedissens zu § 5 Absatz 2	
GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
<i>[keine Übernahme, siehe Absatz 2 im Vorschlag von GKV-SV und DKG]</i>	(3a) Soweit nicht in der Anlage etwas anderes bestimmt ist, beziehen sich die Angaben im Qualitätsbericht auf das Berichtsjahr. Das gilt insbesondere für Angaben mit Bezug zu Verträgen, Klassifikationssystemen oder G-BA Richtlinien. Bei den in der Anlage bestimmten Inhalten des Qualitätsberichts

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

GKV-SV	DKG	Vorsitzende des UA QS
(4) Alle Angaben sind obligatorisch, Abweichungen von dieser Regel werden in der Anlage konkretisiert.	[keine Übernahme]	[keine Übernahme, siehe Absatz 3a im Vorschlag der Vorsitzenden des UA QS]

§ 6 Datenformat des Qualitätsberichts

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
Der Qualitätsbericht ist nach Maßgabe der Anlage 1 im XML-Format zu erstellen. Die technischen Vorgaben sind in der Datensatzbeschreibung definiert. Die im jeweiligen Berichtsjahr geltende Datensatzbeschreibung wird im Auftrag des G-BA erstellt und vom G-BA beschlossen und veröffentlicht.	Der Qualitätsbericht ist nach Maßgabe der Anlage im XML-Format zu erstellen. Auf dieser Grundlage erfolgt die Veröffentlichung des Qualitätsberichts in Form einer lesbaren PDF-Version. Die technischen Vorgaben zur Erstellung des XML-Dokuments sind in der Datensatzbeschreibung definiert. Die im jeweiligen Berichtsjahr geltende Datensatzbeschreibung wird im Auftrag des G-BA erstellt und vom G-BA beschlossen und veröffentlicht.

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
[keine Übernahme, siehe § 8a im Vorschlag von GKV-SV und DKG]	<p>§ 6a Annahmestelle für den Qualitätsbericht</p> <p>(1) Die vom G-BA beauftragte Annahmestelle Qb hat insbesondere folgende Aufgaben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Annahme der vom Krankenhaus übermittelten Qualitätsberichte, 2. Prüfung der vom Krankenhaus übermittelten Qualitätsberichte nach § 9 durch Schemaprüfung und Plausibilisierung sowie Mitteilung des Prüfergebnisses, 3. Erstellung einer zur Veröffentlichung geeigneten lesbaren PDF-Version des Qualitätsberichts auf Basis der unveränderten XML-Daten, <p>[DKG: 3a. Erstellung eines auf Grundlage der übermittelten Standortberichtsdaten automatisch generierten Gesamtberichts für Krankenhäuser mit mehreren Standorten,]</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Zusammenführung und Bereitstellung der angenommenen und zur Veröffentlichung vorgesehen Qualitätsberichte pro Krankenhaus für den in § 10 genannten Empfängerkreis,

	<p>5. Errichtung und Betrieb [einer internetbasierten Plattform/eines Webportals] sowie Unterstützung und Beratung der übermittelnden Stellen im Rahmen der Datenübermittlung,</p> <p>6. Erstellung und Übermittlung der Liste gemäß § 13 Absatz 3.</p> <p>(2) Der Zugang [zur internetbasierten Plattform/zum Webportal]</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="background-color: yellow;">GKV-SV</th> <th style="background-color: yellow;">DKG</th> </tr> <tr> <td>nur für berechtigte Nutzer wird über ein geeignetes Registrierungsverfahren sichergestellt.</td> <td>wird nur für berechtigte Nutzer über ein geeignetes Authentifizierungs- und Registrierungsverfahren sichergestellt.</td> </tr> </table> <p>Der Zugriff auf relevante Services und Informationen wird über ein zentral administrierbares Rollen- und Rechtesystem gesteuert.</p> <p>(3) Die übermittelten XML-Daten sind von der Datenannahmestelle Qb zu löschen, wenn sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 7 nicht mehr erforderlich sind, spätestens jedoch [XX] Monate nach Veröffentlichung des Qualitätsberichts.</p>	GKV-SV	DKG	nur für berechtigte Nutzer wird über ein geeignetes Registrierungsverfahren sichergestellt.	wird nur für berechtigte Nutzer über ein geeignetes Authentifizierungs- und Registrierungsverfahren sichergestellt.
GKV-SV	DKG				
nur für berechtigte Nutzer wird über ein geeignetes Registrierungsverfahren sichergestellt.	wird nur für berechtigte Nutzer über ein geeignetes Authentifizierungs- und Registrierungsverfahren sichergestellt.				

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS								
<p>§ 7 Erstellung des Qualitätsberichts</p> <p>(1) Grundlage für die Erstellung des Qualitätsberichts sind jeweils die für das Berichtsjahr geltende Anlage in Verbindung mit den Anhängen und die Datensatzbeschreibung.</p> <p>(2) Sofern nicht abweichend geregelt, sind die Angaben vom Krankenhaus zu machen.</p> <p>(3) Die Inhalte des Kapitels C-1 gemäß Anlage basieren auf den Datenlieferungen der Krankenhäuser gemäß DeQS-RL</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="background-color: yellow;">GKV-SV</th> <th style="background-color: yellow;">DKG</th> </tr> <tr> <td>[keine Übernahme]</td> <td>bzw. QSKH-RL</td> </tr> </table> <p>und werden je nach Verfahren von den jeweiligen mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stelle ausgewertet und nach Maßgabe der Anlage der Qb-R aufbereitet.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="background-color: yellow;">GKV-SV</th> <th style="background-color: yellow;">DKG</th> </tr> <tr> <td>[keine Übernahme]</td> <td>(4) Für jedes Krankenhaus, das nach § 4 Absatz 1 mit mehr als einem Standort mit gültiger Standortnummer im Standortverzeichnis geführt wird, wird zusätzlich von der</td> </tr> </table>	GKV-SV	DKG	[keine Übernahme]	bzw. QSKH-RL	GKV-SV	DKG	[keine Übernahme]	(4) Für jedes Krankenhaus, das nach § 4 Absatz 1 mit mehr als einem Standort mit gültiger Standortnummer im Standortverzeichnis geführt wird, wird zusätzlich von der	<p>[keine Übernahme, siehe § 8]</p>
GKV-SV	DKG								
[keine Übernahme]	bzw. QSKH-RL								
GKV-SV	DKG								
[keine Übernahme]	(4) Für jedes Krankenhaus, das nach § 4 Absatz 1 mit mehr als einem Standort mit gültiger Standortnummer im Standortverzeichnis geführt wird, wird zusätzlich von der								

	Annahmestelle Qb auf Grundlage der übermittelten Standortberichtsdaten ein Gesamtbericht automatisch generiert. Die Vorgaben zur Erstellung der Gesamtberichte ergeben sich aus Anhang X (Aggregationsanleitung).	
--	---	--

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
§ 8 Übermittlung des Qualitätsberichts	§ 8 Erstellung und Übermittlung des Qualitätsberichts

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
(1) Berichtspflichtige Krankenhäuser gemäß § 4 haben den Qualitätsbericht jährlich in der Zeit vom 15. Oktober bis zum 15. November des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb zu übermitteln.	(1) Berichtspflichtige Krankenhäuser gemäß § 4 haben die Qualitätsberichte [DKG: Standortberichte] jährlich unter Berücksichtigung der für das Berichtsjahr geltenden Anlage in Verbindung mit den Anhängen zu erstellen.

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
<i>[keine Übernahme, siehe Absatz 1 im Vorschlag von GKV-SV und DKG]</i>	(1a) Die Krankenhäuser haben die Qualitätsberichte [DKG: Standortberichte] mit Ausnahme der im Kapitel C-1 der Anlage vorgesehenen Angaben in der Zeit vom 15. Oktober bis zum 15. November des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb zu übermitteln. Zur Übermittlung des Qualitätsberichts [DKG: Standortberichts] an die Annahmestelle Qb melden sich die Krankenhäuser bis zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres [in der internetbasierten Plattform/im Webportal] der Annahmestelle Qb an und prüfen die von der Annahmestelle Qb automatisiert im Standortverzeichnis und bei den DeQS-Datenannahmestellen abgefragten Daten zur Identifikation des Krankenhauses und seiner Standorte. Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen können ohne Angabe von Gründen bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres erfolgen.

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
(2) Die Angaben zum Kapitel C-1 sind je nach zugrundeliegendem Verfahren von den jeweils mit der Durchführung der	(2) Die Erstellung der in Kapitel C-1 der Anlage festgelegten Angaben wird durch die jeweils zuständigen QS-Stellen mit den im

datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen		Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhobenen Daten vorbereitet. Die vorbereiteten Angaben sind von der jeweils zuständigen QS-Stelle zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres an die DeQS-Datenannahmestellen zu übermitteln.
GKV-SV	DKG	
aufzubereiten und bis	<i>[keine Übernahme]</i>	
zum		
GKV-SV	DKG	
15. November	10. November	
des Erstellungsjahres an die DeQS-Datenannahmestellen zu übermitteln.		

GKV-SV/ DKG		Vorsitzende des UA QS
<p>(3) Die Daten der einzelnen Verfahren sind von den DeQS-Datenannahmestellen standortbezogen zusammenzuführen, [GKV-SV: um Daten des Kapitels C-1.1 der Anlage 1 zu ergänzen,] auf Vollständigkeit zu überprüfen und dem Krankenhaus bis zum</p>		<p>Die Daten der einzelnen Verfahren sind von den DeQS-Datenannahmestellen standortbezogen zusammenzuführen, auf Vollständigkeit zu überprüfen und dem Krankenhaus bis zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres zur Verfügung zu stellen. In Abhängigkeit vom Verfahren sind die Datensätze vorher durch die DeQS-Datenannahmestellen zu depseudonymisieren. Die Krankenhäuser übermitteln nach abschließender Prüfung, Bearbeitung und Kommentierung ihrer Daten das Kapitel C-1 bis zum 15. Dezember an die Annahmestelle Qb.</p>
Änderung steht im Zusammenhang mit § 8 Absatz 2		
GKV-SV	DKG	
20. November	15. November	
<p>des Erstellungsjahres zur abschließenden Prüfung und Kommentierung zur Verfügung zu stellen. In Abhängigkeit vom Verfahren sind die Datensätze vorher zu depseudonymisieren. Die Krankenhäuser erhalten bis zum 30. November die Gelegenheit zur abschließenden Prüfung und Kommentierung ihrer Daten. Die DeQS-Datenannahmestellen melden die Kommentare der Krankenhäuser, sofern aufgrund des zugrundeliegenden Verfahrens erforderlich, in pseudonymisierter Form unverzüglich an die jeweils mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stelle weiter. Diese können bis zum 10. Dezember Korrekturen vornehmen und die korrigierten Datensätze an die DeQS-Datenannahmestellen übermitteln.</p>		

GKV-SV/ DKG		Vorsitzende des UA QS
<p>(4) Die DeQS-Datenannahmestellen übermitteln die finalen, standortbezogen zusammengeführten Datensätze bis zum 15. Dezember an die Annahmestelle Qb.</p>		<i>[keine Übernahme, siehe Absatz 2 im Vorschlag der Vorsitzenden]</i>

Folgedissens zu § 6a		Vorsitzende des UA QS
GKV-SV/ DKG		
8a Annahmestelle für den Qualitätsbericht		<i>[keine Übernahme, siehe § 6a im Vorschlag der Vorsitzenden des UA QS]</i>
(1) Der G-BA beauftragt die Entwicklung und Bereitstellung einer Annahmestelle für den Qualitätsbericht.		
(2) Die Annahmestelle Qb		
GKV-SV	DKG	
nimmt die Qualitätsberichte von den übermittelnden Stellen gemäß § 8 entgegen, stellt die Schemaprüfung und Plausibilisierung gemäß § 9 sicher, speichert die gelieferten Dateien und stellt sie den veröffentlichenden Stellen gemäß § 11 zur Verfügung.	führt Abfragen des Standortverzeichnisses gemäß § 4 durch, nimmt die Qualitätsberichte von den übermittelnden Stellen gemäß § 8 entgegen, stellt die Schemaprüfung und Plausibilisierung gemäß § 9 sicher, geniert automatisch die Gesamtberichte gemäß § 7, speichert die gelieferten Dateien, um sie dem Empfängerkreis gemäß § 10 zur Verfügung zu stellen.	
(3)		
GKV-SV	DKG	
Hierzu stellt die Annahmestelle Qb eine internetbasierte Plattform bereit, über die insbesondere die übermittelnden und veröffentlichenden Stellen sowie der G-BA Zugang zu den für sie jeweils relevanten Services und Informationen erhalten.	Die Annahmestelle Qb stellt ein Webportal bereit, über das insbesondere die übermittelnden Stellen, der G-BA Zugang zu den für sie jeweils relevanten Services und Informationen erhalten. Für die Übermittlung der Qualitätsberichtsdaten wird ein aufwandsarmes und Verfahren und eine durchgehende Automatisierung von Prozessen sichergestellt. Es wird ein werktäglich telefonisch und schriftlich erreichbarer technischer Support umgesetzt.	
(4) Der Zugang		
GKV-SV	DKG	
nur für berechnigte Nutzer wird über ein geeignetes Registrierungsverfahren sichergestellt.	wird nur für berechnigte Nutzer über ein geeignetes Authentifizierungs- und Registrierungsverfahren sichergestellt.	

<p>Der Zugriff auf relevante Services und Informationen wird über ein zentral administrierbares Rollen- und Rechtesystem gesteuert.</p> <p>(5) Die angenommenen standortbezogen übermittelten Qualitätsberichtsdateien werden von der Annahmestelle Qb krankenhausbezogen zusammengeführt und</p>	
GKV-SV	DKG
<p>so gebündelt bereitgestellt. Die XML-Dateien bleiben zu jeder Zeit unverändert.</p>	<p>gebündelt bereitgestellt. Die XML-Dateien bleiben zu jeder Zeit unverändert. Die Annahmestelle Qb erstellt die Referenzberichte zur Veröffentlichung gemäß § 11 Absatz 1 bereit.</p>

§ 9 Schemaprüfung und Plausibilisierung

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
<p>(1) Im Rahmen der Annahme des Qualitätsberichts bei der Annahmestelle Qb erfolgt eine Schemaprüfung, die das XML-Dokument auf Fehler im Datenschema überprüft. Ein Fehler im Datenschema führt zur Ablehnung des Qualitätsberichts. Das Prüfergebnis wird der jeweiligen übermittelnden Stelle unverzüglich mitgeteilt.</p>	<p>(1) Die Annahmestelle Qb überprüft die von den Krankenhäusern übermittelten XML-Daten auf Fehler im Datenschema. Werden Fehler im Datenschema festgestellt, wird der vom Krankenhaus übermittelte Qualitätsbericht nicht angenommen. Die Annahmestelle Qb teilt das Prüfergebnis dem Krankenhaus und bei Fehlern im Kapitel C-1 zusätzlich der DeQS-Annahmestelle zur Weiterleitung an die jeweilige QS-Stelle unverzüglich mit.</p>

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

	des G-BA technisch umgesetzt und sind im Anhang 4 zur Anlage geregelt.
--	--

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
<p>(3) Bei der Plausibilisierung werden drei Prüfklassen unterschieden:</p> <p>a) „weich“: Die übermittelnde Stelle erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Sie entscheidet selbst, ob eine Korrektur der Daten notwendig ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle Qb erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert wurden.</p> <p>b) „hart“: Die übermittelnde Stelle erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Die Annahme des Berichtsteils durch die Annahmestelle Qb erfolgt erst nach regelkonformer Korrektur der Daten.</p> <p>c) „Pilot“: Diese Prüfklasse enthält neue oder überarbeitete Regeln, deren Wirkung im Einführungsjahr der Regel getestet werden soll. Die übermittelnde Stelle erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Sie entscheidet selbst, ob eine Korrektur der Daten notwendig ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle Qb erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert wurden.</p>	<p>(3) Das Prüfergebnis der Plausibilisierung und etwaige Handlungsanweisungen bei Regelabweichungen werden dem Krankenhaus und bei Fehlern im Kapitel C-1 zusätzlich der DeQS-Annahmestelle zur Weiterleitung an die jeweilige QS-Stelle unverzüglich mitgeteilt. Bei Abweichungen von Plausibilisierungsregeln, die nach Anhang 4 zur Anlage als „weich“ oder als „Pilot“ klassifiziert sind, kann das Krankenhaus eine Korrektur der Daten nach Maßgabe der Handlungsanweisung vornehmen. Bei Regelabweichungen von den in Anhang 4 zur Anlage als „hart“ klassifizierten Plausibilisierungsregeln muss eine Korrektur der Daten nach Maßgabe der Handlungsanweisung erfolgen. Werden vom Krankenhaus die Daten nach Satz 3 nicht nach Maßgabe der Handlungsanweisung korrigiert, wird der gesamte Qualitätsbericht nicht angenommen.</p>

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
<i>[keine Übernahme]</i>	(4) Bei Fehlern im Datenschema im Kapitel C-1 oder Abweichungen von Plausibilisierungsregeln im Kapitel C-1 gilt das Verfahren nach § 8 Absatz 3 entsprechend.

§ 10 Empfängerkreis des Qualitätsberichts

(1) Die Annahmestelle Qb stellt gleichzeitig dem G-BA,

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
<i>[keine Übernahme]</i>	den Kassenärztlichen Vereinigungen,

den gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden,

GKV-SV	DKG

dem Verband der privaten Krankenversicherung,	[keine Übernahme]
---	-------------------

der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB sowie den weiteren nach § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V zu beteiligenden Organisationen die

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
übermittelten Qualitätsberichte unverzüglich nach dem Ende des Übermittlungszeitraums sowie nach dem Ende des Nachlieferzeitraums vollständig und unverändert zur Verfügung.	angenommenen und zu Veröffentlichung vorgesehen Qualitätsberichte unverzüglich nach dem Ende des Übermittlungszeitraums im XML- und PDF-Format vollständig und unverändert zur Verfügung.

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	(2) Der G-BA, die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbänden, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB erhalten bereits während des Übermittlungszeitraums Zugriff auf die übermittelten Qualitätsberichte

§ 11 Veröffentlichung der Qualitätsberichte

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
(1) Die Qualitätsberichte werden jeweils bis zum 31. Januar des Veröffentlichungsjahres vom G-BA im Internet in der Referenzdatenbank des G-BA veröffentlicht.	(1) Die von der Annahmestelle Qb übermittelten Qualitätsberichte werden jeweils bis zum 31. Januar des Veröffentlichungsjahres vom G-BA im Internet in der Referenzdatenbank des G-BA veröffentlicht und <input checked="" type="checkbox"/> Jahre nach dem Veröffentlichungsjahr wieder entfernt.

(2) Daneben sind die Qualitätsberichte von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen

GKV-SV	DKG
und dem Verband der privaten Krankenversicherung	[keine Übernahme]

ebenfalls

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
jeweils bis zum 31. Januar des Veröffentlichungsjahres	[keine Übernahme]

im Internet zu veröffentlichen.

GKV-SV	DKG
Zur Vorbereitung der Veröffentlichung erhalten diese Stellen bereits während des Übermittlungszeitraums Zugriff auf die übermittelten Qualitätsberichte.	<i>[keine Übernahme]</i>

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
(3) Die Veröffentlichung ist nur vollständig und unverändert vorzunehmen. Sie kann technische Verknüpfungen zur Internetseite des Krankenhauses enthalten, um ergänzende Informationsmöglichkeiten ohne Aufwand zu eröffnen.	(3) Die Veröffentlichung des Qualitätsberichts ist nur vollständig und unverändert vorzunehmen.

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

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
(5) Das Krankenhaus hat seinen aktuellen Qualitätsbericht auf der eigenen Internetseite leicht auffindbar zu veröffentlichen.	(5) Das Krankenhaus hat seinen Qualitätsbericht auf der eigenen Internetseite leicht auffindbar zu veröffentlichen.

GKV-SV/PatV	DKG
<p>(6) Der G-BA etabliert ein Verfahren, das es ermöglicht, die vollständigen Berichtsdaten aller Berichtsjahre zum Zwecke der Forschung sowie der inhaltlichen und technischen Weiterentwicklung der Qualitätssicherung anzufordern und auf der Basis seiner Allgemeinen Geschäftsbedingungen zu verwenden.</p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>

GKV-SV	DKG
<p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p>(7) Die veröffentlichenden Stellen nach Absatz 1, 2 und 4 haben in ihren Veröffentlichungen nachfolgenden Hinweis aufzunehmen. „Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020: „Vor der Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA im März 2020 kurzfristig reagiert und die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. So können etwa die Angaben in einigen Berichtsteilen deutlich von den Angaben aus den vorherigen Berichtsjahren abweichen, was einen direkten Vergleich einzelner Berichtsjahre nicht immer möglich macht.“</p>

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
<p>§ 12 Nachlieferung</p> <p>(1) Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen der von den Krankenhäusern zu übermittelnden Berichtsteile (A, B und C-2ff.) können ohne Angabe von Gründen zwischen dem 23. November und 15. Dezember des Erstellungsjahres erfolgen.</p> <p>(2) Eine Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferung der C-1 Berichtsteile durch die DeQS-Datenannahmestellen ist bis zum 23. Januar des Veröffentlichungsjahres unter der Voraussetzung zulässig, dass diese Berichtsteile zum Zeitpunkt der Übermittlung technisch begründete systematische</p>	<p>§ 12 Berichtigung im Veröffentlichungsjahr</p> <p>(1) Das Krankenhaus kann einen bis zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb übermittelten Qualitätsbericht bis zum [Tag/Monat] des Veröffentlichungsjahres berichtigen. Abweichend von Satz 1 kann das Krankenhaus jederzeit eine Berichtigung oder</p>

Fehler enthielten, die mehr als ein Krankenhaus betrafen. Antrag auf Nachlieferung ist zwischen dem 16. Dezember des Erstellungsjahres und dem 15. Januar des Veröffentlichungsjahres unter Beifügung von Belegen (per E-Mail an das Postfach: nachlieferung-qb@g-ba.de) beim G-BA zu stellen.

(3) Eine Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferung der sonstigen Berichtsteile durch das Krankenhaus oder die DeQS-Datenannahmestellen ist unter der Voraussetzung zulässig, dass

GKV-SV	DKG
aus Gründen, die der jeweiligen übermittelnden Stelle nicht zurechenbar sind,	[keine Übernahme]

ein Qualitätsbericht nicht angenommen, nicht vollständig veröffentlicht werden kann oder

GKV-SV	DKG
technisch begründete systematische	[keine Übernahme]

Fehler enthält. Der Antrag auf Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferung ist zwischen dem 16. Dezember des Erstellungsjahres und dem 28. Februar des Veröffentlichungsjahres beim G-BA unter Beifügung von Belegen (per E-Mail an das Postfach: nachlieferung-qb@g-ba.de) zu stellen. Bei Anträgen zur Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferung von Berichtsteilen C-1 durch eine DeQS-Datenannahmestelle hat diese das betroffene Krankenhaus über ihren Antrag zu informieren. Der zuständige Unterausschuss des G-BA entscheidet bis spätestens sechs Wochen nach Ende der Antragsfrist über das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1. Die Übermittlung der nachzuliefernden Berichtsteile an die Annahmestelle Qb hat innerhalb von vier Wochen nach Bekanntgabe der Entscheidung des Unterausschusses zu erfolgen.

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	Die Möglichkeit für Krankenhäuser zur abschließenden Fehlerprüfung und Kommentierung entsprechend § 8 Absatz 3 bleibt bei Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen der Berichtsteile C-1 bestehen

(4) Nach Ablauf der Nachlieferfristen gemäß Absatz 1 und Absatz 2 sind die im Rahmen der

Löschung vorhandener personenbezogener Daten vornehmen. Die Berichtigung ist gegenüber der Annahmestelle Qb anzuzeigen. Die Annahmestelle Qb bestimmt in Abstimmung mit dem Krankenhaus ein Zeitfenster von mindestens zwei Wochen, innerhalb dessen die berichtigten Daten zu übermitteln sind. Für die übermittelten berichtigten Daten gilt § 9 dieser Regelungen entsprechend.

(2) Soweit die QS-Stellen und die DeQS-Datenannahmestellen bis zum [Tag/Monat] des Veröffentlichungsjahres Anhaltspunkte für eine erforderliche Berichtigung des Kapitels C-1 feststellen, haben sie dies dem Krankenhaus mitzuteilen und das entsprechend geänderte Kapitels C-1 den Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen. Absatz 1 gilt entsprechend.

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

<p>Nachlieferung übermittelten Qualitätsberichte von der Annahmestelle Qb unverzüglich dem Empfängerkreis im Sinne des § 10 zur Verfügung zu stellen. Die veröffentlichenden Stellen gemäß § 11 aktualisieren unverzüglich ihre Veröffentlichungen der Qualitätsberichte.</p>	
---	--

§ 13 Folgen der Verletzung der Berichtspflicht

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS				
<p>(1) Die Berichtspflicht gilt als erfüllt, wenn der Qualitätsbericht fristgerecht</p> <table border="1" data-bbox="204 674 916 772"> <tr> <th data-bbox="204 674 560 719">GKV-SV</th> <th data-bbox="560 674 916 719">DKG</th> </tr> <tr> <td data-bbox="204 719 560 772">und vollständig</td> <td data-bbox="560 719 916 772">[keine Übernahme]</td> </tr> </table>	GKV-SV	DKG	und vollständig	[keine Übernahme]	<p>(1) Wurde ein Qualitätsbericht nicht oder nicht mit allen Berichtsteilen bis zum [Tag/Monat] des jeweiligen Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb übermittelt, sind die Krankenkassen verpflichtet, das Krankenhaus auf die Folgen nach Absatz 2 hinzuweisen.</p>
GKV-SV	DKG				
und vollständig	[keine Übernahme]				
<p>gemäß § 8 Absatz 1 übermittelt wurde und die Überprüfungen nach § 9 keine Ablehnung des Berichts bedingen.</p> <p>(2) Folge der Verletzung der Berichtspflicht ist gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 4 der Richtlinie zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 SGB V (QFD-RL) die standortbezogene Veröffentlichung der Information, dass</p> <table border="1" data-bbox="204 1178 916 1473"> <tr> <th data-bbox="204 1178 560 1223">GKV-SV</th> <th data-bbox="560 1178 916 1223">DKG</th> </tr> <tr> <td data-bbox="204 1223 560 1473">die Berichtspflicht vom Krankenhaus verletzt wurde.</td> <td data-bbox="560 1223 916 1473">kein Qualitätsbericht des Krankenhausstandortes vorliegt. Die standortbezogene Veröffentlichung ist spätestens nach 2 Jahren zu löschen.</td> </tr> </table>	GKV-SV	DKG	die Berichtspflicht vom Krankenhaus verletzt wurde.	kein Qualitätsbericht des Krankenhausstandortes vorliegt. Die standortbezogene Veröffentlichung ist spätestens nach 2 Jahren zu löschen.	<p>(2) Wurde ein Qualitätsbericht nicht oder nicht mit allen Berichtsteilen bis zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres an die Datenannahmestelle Qb übermittelt und ist im vorausgegangenen Kalenderjahr bereits ein Hinweis nach Absatz 1 erteilt worden, hat durch die Krankenkassen gegenüber dem Krankenhaus ein Vergütungsabschlag nach § 8 Absatz 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 8 Absatz 3 der Bundespflegesatzverordnung in Höhe von zwei Euro pro Krankenhausfall des Berichtsjahres zu erfolgen.</p>
GKV-SV	DKG				
die Berichtspflicht vom Krankenhaus verletzt wurde.	kein Qualitätsbericht des Krankenhausstandortes vorliegt. Die standortbezogene Veröffentlichung ist spätestens nach 2 Jahren zu löschen.				
<p>(3) Bei einer wiederholten Verletzung der Berichtspflicht im Folgejahr ist für Standortberichte weitere Folge gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 1 QFD-RL ein</p> <table border="1" data-bbox="204 1630 916 2074"> <tr> <th data-bbox="204 1630 560 1675">GKV-SV</th> <th data-bbox="560 1630 916 1675">DKG</th> </tr> <tr> <td data-bbox="204 1675 560 2074">Vergütungsabschlag in Höhe von einem Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall des Berichtsjahres. Im wiederholten Fall der Verletzung der Berichtspflicht im darauffolgenden Jahr ist Folge gemäß § 5</td> <td data-bbox="560 1675 916 2074"><u>einmaliger</u> Vergütungsabschlag in Höhe von einem Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall <u>des jeweiligen Standortes</u> des Berichtsjahres. Im wiederholten Fall der Verletzung der Berichtspflicht im</td> </tr> </table>	GKV-SV	DKG	Vergütungsabschlag in Höhe von einem Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall des Berichtsjahres. Im wiederholten Fall der Verletzung der Berichtspflicht im darauffolgenden Jahr ist Folge gemäß § 5	<u>einmaliger</u> Vergütungsabschlag in Höhe von einem Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall <u>des jeweiligen Standortes</u> des Berichtsjahres. Im wiederholten Fall der Verletzung der Berichtspflicht im	<p>(3) Die Annahmestelle Qb erstellt jährlich bis zum 31. Januar des Veröffentlichungsjahres auf Grundlage einer Abfrage des Standortverzeichnisses zum Stichtag nach § 4 eine Liste aller berichtspflichtigen Krankenhausstandorte, die Qualitätsberichte nicht oder nicht mit allen Berichtsteilen an die Datenannahmestelle Qb bis zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres übermittelt haben und übermittelt diese Liste unverzüglich an [...]</p>
GKV-SV	DKG				
Vergütungsabschlag in Höhe von einem Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall des Berichtsjahres. Im wiederholten Fall der Verletzung der Berichtspflicht im darauffolgenden Jahr ist Folge gemäß § 5	<u>einmaliger</u> Vergütungsabschlag in Höhe von einem Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall <u>des jeweiligen Standortes</u> des Berichtsjahres. Im wiederholten Fall der Verletzung der Berichtspflicht im				

<p>Absatz 1 Nummer 1 QFD-RL ein Vergütungsabschlag in Höhe von zwei Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall des jeweiligen Berichtsjahres.</p>	<p> darauffolgenden Jahr ist Folge gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 1 QFD-RL ein <u>einmaliger</u> Vergütungsabschlag in Höhe von zwei Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall <u>des jeweiligen Standortes</u> des jeweiligen Berichtsjahres.</p>	<p>zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach dieser Richtlinie.</p>				
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="204 613 475 663">GKV-SV</th> <th data-bbox="475 613 914 663">DKG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="204 663 475 882"> <p><i>[keine Übernahme]</i></p> </td> <td data-bbox="475 663 914 882"> <p>(3a) Bei Nichtlieferung gemäß § 8 Absatz 4 fordert der G-BA die DeQS-Datenannahmestelle auf, die Berichtsteile C-1 innerhalb von vier Wochen nachzuliefern.</p> </td> </tr> </tbody> </table>		GKV-SV	DKG	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p>(3a) Bei Nichtlieferung gemäß § 8 Absatz 4 fordert der G-BA die DeQS-Datenannahmestelle auf, die Berichtsteile C-1 innerhalb von vier Wochen nachzuliefern.</p>	
GKV-SV	DKG					
<p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p>(3a) Bei Nichtlieferung gemäß § 8 Absatz 4 fordert der G-BA die DeQS-Datenannahmestelle auf, die Berichtsteile C-1 innerhalb von vier Wochen nachzuliefern.</p>					
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="204 934 475 983">GKV-SV</th> <th data-bbox="475 934 914 983">DKG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="204 983 475 2049"> <p>(4) Die Folgen gemäß Absatz 2 und 3 treten nicht ein, wenn die Verletzung der Berichtspflicht dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist. Dies gilt insbesondere bei fehlender Lieferung des C-1 Teils gemäß § 8 Absatz 2</p> </td> <td data-bbox="475 983 914 2049"> <p>(4) Die Folgen gemäß Absatz 2 und 3 treten insbesondere nicht ein, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die Verletzung der Berichtspflicht dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist, Dies gilt insbesondere bei fehlender Lieferung des C-1 Teils gemäß § 8 Absatz 2. b) eine Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen gemäß § 12 erfolgt ist. c) eine Verletzung der Berichtspflicht im Berichtsjahr 2020 in Folge der Covid-19-Pandemie erfolgt ist. d) eine Verletzung der Berichtspflicht im Berichtsjahr 2020 in Folge der Umsetzung einer neuen Annahmestelle Qb erfolgt ist. e) eine Verletzung der Berichtspflicht im </td> </tr> </tbody> </table>		GKV-SV	DKG	<p>(4) Die Folgen gemäß Absatz 2 und 3 treten nicht ein, wenn die Verletzung der Berichtspflicht dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist. Dies gilt insbesondere bei fehlender Lieferung des C-1 Teils gemäß § 8 Absatz 2</p>	<p>(4) Die Folgen gemäß Absatz 2 und 3 treten insbesondere nicht ein, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die Verletzung der Berichtspflicht dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist, Dies gilt insbesondere bei fehlender Lieferung des C-1 Teils gemäß § 8 Absatz 2. b) eine Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen gemäß § 12 erfolgt ist. c) eine Verletzung der Berichtspflicht im Berichtsjahr 2020 in Folge der Covid-19-Pandemie erfolgt ist. d) eine Verletzung der Berichtspflicht im Berichtsjahr 2020 in Folge der Umsetzung einer neuen Annahmestelle Qb erfolgt ist. e) eine Verletzung der Berichtspflicht im 	
GKV-SV	DKG					
<p>(4) Die Folgen gemäß Absatz 2 und 3 treten nicht ein, wenn die Verletzung der Berichtspflicht dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist. Dies gilt insbesondere bei fehlender Lieferung des C-1 Teils gemäß § 8 Absatz 2</p>	<p>(4) Die Folgen gemäß Absatz 2 und 3 treten insbesondere nicht ein, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> a) die Verletzung der Berichtspflicht dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist, Dies gilt insbesondere bei fehlender Lieferung des C-1 Teils gemäß § 8 Absatz 2. b) eine Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen gemäß § 12 erfolgt ist. c) eine Verletzung der Berichtspflicht im Berichtsjahr 2020 in Folge der Covid-19-Pandemie erfolgt ist. d) eine Verletzung der Berichtspflicht im Berichtsjahr 2020 in Folge der Umsetzung einer neuen Annahmestelle Qb erfolgt ist. e) eine Verletzung der Berichtspflicht im 					

	Berichtsjahr 2020 in Folge angepassten Verfahren zur Feststellung der Berichtspflicht erfolgt ist.	
--	--	--

Folgedissens zu § 13					
GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS				
<p>§ 14 Feststellende, festlegende und durchsetzende Stellen</p> <p>(1) Feststellende, festlegende und durchsetzende Stelle gemäß § 2 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4 QFD-RL für die Folge im Sinne des § 13 Absatz 2 und 4 ist der G-BA.</p> <p>(2)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>GKV-SV</th> <th>DKG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Die Feststellung der Verletzung der Berichtspflicht erfolgt auf Basis des Abgleichs der abschließenden Lieferliste mit der Liste aller Krankenhäuser mit gültigem Standortkennzeichen zum Stichtag 31. Dezember des jeweiligen Berichtsjahrs. Zum Abgleich der Fristen gemäß § 4 Absatz 4 stellt die Annahmestelle Qb dem G-BA zusätzlich entsprechende stichtagsbezogene Listen aus dem Standortverzeichnis zur Verfügung. Der G-BA beschließt die Veröffentlichung der Liste gemäß § 14 Absatz 2 auf den Internetseiten des G-BA bis zum 30. September des Veröffentlichungsjahres.</td> <td>Die Feststellung der Verletzung der Berichtspflicht erfolgt durch einen Abgleich der abschließenden Lieferliste mit der Liste gemäß § 4 Absatz 2. Krankenhäuser und Krankenhausstandorte die bis zum 30. September des Erstellungsjahres nicht mehr mit gültigem Standortkennzeichen im Standortverzeichnis eingetragen sind, werden aus dem Abgleich gemäß Satz 1 ausgeschlossen, da für sie gemäß § 4 Absatz 3 keine Berichtspflicht besteht. Krankenhäuser, bei denen der Abgleich gemäß Satz 1 und 2 ergibt, dass sie nicht auf der abschließenden Lieferliste enthalten sind, werden vom G-BA schriftlich unter Fristsetzung und unter Bezeichnung des Sachverhalts zur Stellungnahme aufgefordert. Die Frist für das Krankenhaus soll nicht kürzer als drei Wochen sein. Nach Ablauf der Stellungnahmefrist, entscheidet der zuständige Unterausschuss des G-BA unverzüglich ob eine Verletzung der Berichtspflicht vorliegt und ob eine Aufnahme des Krankenhauses auf die Liste gemäß § 13 Absatz 2 erfolgt. Der G-BA beschließt die Veröffentlichung der Liste gemäß § 13 Absatz 2 auf den Internetseiten des G-BA bis zum 30. September des Veröffentlichungsjahres.</td> </tr> </tbody> </table>		GKV-SV	DKG	Die Feststellung der Verletzung der Berichtspflicht erfolgt auf Basis des Abgleichs der abschließenden Lieferliste mit der Liste aller Krankenhäuser mit gültigem Standortkennzeichen zum Stichtag 31. Dezember des jeweiligen Berichtsjahrs. Zum Abgleich der Fristen gemäß § 4 Absatz 4 stellt die Annahmestelle Qb dem G-BA zusätzlich entsprechende stichtagsbezogene Listen aus dem Standortverzeichnis zur Verfügung. Der G-BA beschließt die Veröffentlichung der Liste gemäß § 14 Absatz 2 auf den Internetseiten des G-BA bis zum 30. September des Veröffentlichungsjahres.	Die Feststellung der Verletzung der Berichtspflicht erfolgt durch einen Abgleich der abschließenden Lieferliste mit der Liste gemäß § 4 Absatz 2. Krankenhäuser und Krankenhausstandorte die bis zum 30. September des Erstellungsjahres nicht mehr mit gültigem Standortkennzeichen im Standortverzeichnis eingetragen sind, werden aus dem Abgleich gemäß Satz 1 ausgeschlossen, da für sie gemäß § 4 Absatz 3 keine Berichtspflicht besteht. Krankenhäuser, bei denen der Abgleich gemäß Satz 1 und 2 ergibt, dass sie nicht auf der abschließenden Lieferliste enthalten sind, werden vom G-BA schriftlich unter Fristsetzung und unter Bezeichnung des Sachverhalts zur Stellungnahme aufgefordert. Die Frist für das Krankenhaus soll nicht kürzer als drei Wochen sein. Nach Ablauf der Stellungnahmefrist, entscheidet der zuständige Unterausschuss des G-BA unverzüglich ob eine Verletzung der Berichtspflicht vorliegt und ob eine Aufnahme des Krankenhauses auf die Liste gemäß § 13 Absatz 2 erfolgt. Der G-BA beschließt die Veröffentlichung der Liste gemäß § 13 Absatz 2 auf den Internetseiten des G-BA bis zum 30. September des Veröffentlichungsjahres.
GKV-SV	DKG				
Die Feststellung der Verletzung der Berichtspflicht erfolgt auf Basis des Abgleichs der abschließenden Lieferliste mit der Liste aller Krankenhäuser mit gültigem Standortkennzeichen zum Stichtag 31. Dezember des jeweiligen Berichtsjahrs. Zum Abgleich der Fristen gemäß § 4 Absatz 4 stellt die Annahmestelle Qb dem G-BA zusätzlich entsprechende stichtagsbezogene Listen aus dem Standortverzeichnis zur Verfügung. Der G-BA beschließt die Veröffentlichung der Liste gemäß § 14 Absatz 2 auf den Internetseiten des G-BA bis zum 30. September des Veröffentlichungsjahres.	Die Feststellung der Verletzung der Berichtspflicht erfolgt durch einen Abgleich der abschließenden Lieferliste mit der Liste gemäß § 4 Absatz 2. Krankenhäuser und Krankenhausstandorte die bis zum 30. September des Erstellungsjahres nicht mehr mit gültigem Standortkennzeichen im Standortverzeichnis eingetragen sind, werden aus dem Abgleich gemäß Satz 1 ausgeschlossen, da für sie gemäß § 4 Absatz 3 keine Berichtspflicht besteht. Krankenhäuser, bei denen der Abgleich gemäß Satz 1 und 2 ergibt, dass sie nicht auf der abschließenden Lieferliste enthalten sind, werden vom G-BA schriftlich unter Fristsetzung und unter Bezeichnung des Sachverhalts zur Stellungnahme aufgefordert. Die Frist für das Krankenhaus soll nicht kürzer als drei Wochen sein. Nach Ablauf der Stellungnahmefrist, entscheidet der zuständige Unterausschuss des G-BA unverzüglich ob eine Verletzung der Berichtspflicht vorliegt und ob eine Aufnahme des Krankenhauses auf die Liste gemäß § 13 Absatz 2 erfolgt. Der G-BA beschließt die Veröffentlichung der Liste gemäß § 13 Absatz 2 auf den Internetseiten des G-BA bis zum 30. September des Veröffentlichungsjahres.				
<p><i>[keine Übernahme, siehe § 13]</i></p>					

GKV-SV	DKG	
[keine Übernahme]	(3) Die Feststellung der Verletzung der Berichtspflicht gemäß § 13 Absatz 3a erfolgt durch den Abgleich gemäß Absatz 2 Satz 1 und 2. Wird festgestellt, dass für einen Krankenhausstandort in der abschließenden Lieferliste keine Daten zum Kapitel C-1 vorliegen, fordert der G-BA die DeQS-Datenannahmestelle schriftlich unter Fristsetzung und unter Bezeichnung des Sachverhalts zur Nachlieferung der Daten auf. Kann der Berichtspflicht nicht entsprochen werden, können die DeQS-Datenannahmestellen in diesem Zuge eine Stellungnahme abgeben.	
<p>(4) Feststellende, festlegende und durchsetzende Stellen gemäß § 2 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4 QFD-RL für die Folge im Sinne des § 13 Absatz 3 sind die Krankenkassen</p>		
GKV-SV	DKG	
[keine Übernahme].	auf Ortsebene.	

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
[keine Übernahme, siehe § 16]	<p>§ 14a Datenschutz</p> <p>(1) Die Krankenhäuser sind gemäß § 299 Absatz 1 Satz 1 SGB V befugt und verpflichtet, die in der Anlage vorgesehenen personen- und einrichtungsbezogenen Daten der Leistungserbringer zu verarbeiten. Die Verarbeitung einrichtungsbezogener Daten des Krankenhauses ist erforderlich, da der Qualitätsbericht ein einrichtungsbezogener Bericht des Krankenhauses ist, der dazu dient, Transparenz über die erbrachten Leistungen und Behandlungsergebnisse herzustellen. Die Verarbeitung personenbezogener Daten von Krankenhausmitarbeitern ist erforderlich, um Versicherten, Patientinnen und Patienten sowie Fachkolleginnen und Fachkollegen die Möglichkeit zu geben, mit den für die Leistungserbringung verantwortlichen Personen in Kontakt treten zu können.</p> <p>(2) Sind nach der Anlage Zahlen mit Patientenbezug (zum Beispiel die OPS-Anzahl oder die Fallzahl pro Leistungsbereich) anzugeben und ist die entsprechende anzugebende Zahl kleiner als 4, aber nicht Null, ist anstelle der konkreten Zahl die Angabe „<4“ zu machen. In der Summenbildung des Gesamtberichts sind diese Angaben nicht zu berücksichtigen. Stattdessen ist im Gesamtbericht zusätzlich zu der Angabe der Gesamtsumme die Angabe „+ <4“ zu machen.“</p>

§ 15 Übergangsregelungen

(1)

GKV-SV	DKG
<p>Ergänzend zu § 7 Absatz 3 basieren die Inhalte des Kapitels C-1 gemäß Anlage zusätzlich auf Datenlieferungen der Krankenhäuser gemäß QSKH-RL und plan. QI-RL. Bei den nach QSKH-RL und plan. QI-RL weiterhin ermittelten Daten zum Kapitel C-1 ist § 8 Absatz 2 nicht anzuwenden. Abweichend von § 8 Absatz 3 stellen die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen gemäß QSKH-RL und plan. QI-RL die zugehörigen Daten dem Krankenhaus bis zum 15. November zur abschließenden Prüfung und Kommentierung zur Verfügung. Die Krankenhäuser erhalten bis zum 30. November die Gelegenheit zur abschließenden Prüfung und Kommentierung ihrer Daten. Abweichend zu § 8 Absatz 4 übermitteln die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen gemäß QSKH-RL und plan. QI-RL die finalen, standortbezogen zusammengeführten Datensätze gemäß QSKH-RL und plan. QI-RL bis zum 15. Dezember direkt an die Annahmestelle Qb.</p>	<p>Bei den nach QSKH-RL und plan. QI weiterhin ermittelten Daten zum Kapitel C-1 ist für das Berichtsjahr 2020 § 8 Absatz 3 nicht anzuwenden. Abweichend von § 8 Absatz 3 stellen die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen gemäß QSKH-RL und plan. QI die zugehörigen Daten dem Krankenhaus bis zum 15. November zur abschließenden Prüfung und Kommentierung zur Verfügung. Die Krankenhäuser erhalten bis zum 30. November die Gelegenheit zur abschließenden Prüfung und Kommentierung ihrer Daten. Abweichend zu § 8 Absatz 4 übermitteln die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen gemäß QSKH-RL und plan. QI die finalen, standortbezogen zusammengeführten Datensätze gemäß QSKH-RL und plan. QI bis zum 15. Dezember direkt an die Annahmestelle Qb.</p>

(2) Die Nachlieferung für den Berichtsteil C-1 ist bei Daten gemäß QSKH-RL

GKV-SV	DKG
<p>und plan. QI-RL abweichend von §12 Absätze 2 und 3 von den auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen gemäß QSKH-RL und plan. QI-RL unter Berücksichtigung der dort genannten Fristen zulässig.</p>	<p>und plan. QI abweichend von § 12 Absätze 2 und 3 von den auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen gemäß QSKH-RL und plan. QI zulässig. Es gelten die Fristen gemäß § 12 Absätze 2 und 3.</p>

Folgedissens zu § 14a	
GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
<p>§ 16 Datenschutz</p> <p>(1) Die Krankenhäuser sind gemäß § 299 Absatz 1 Satz 1 SGB V befugt und verpflichtet, die in der Anlage vorgesehenen personen- und einrichtungsbezogenen Daten der Leistungserbringer zu verarbeiten. Die Verarbeitung einrichtungsbezogener Daten des Krankenhauses ist erforderlich, da der Qualitätsbericht ein einrichtungsbezogener Bericht des Krankenhauses ist, der dazu dient, Transparenz über die erbrachten Leistungen und Behandlungsergebnisse herzustellen. Die Verarbeitung personenbezogener Daten von Krankenhausmitarbeitern ist erforderlich, um Versicherten, Patientinnen und Patienten sowie Fachkolleginnen und Fachkollegen die Möglichkeit zu geben, mit den für die Leistungserbringung verantwortlichen Personen in Kontakt treten zu können.</p> <p>(2) Sind nach der Anlage Zahlen mit Patientenbezug (zum Beispiel die OPS-Anzahl oder die Fallzahl pro Leistungsbereich) anzugeben und ist die entsprechende anzugebende Zahl kleiner als 4, aber nicht Null, ist anstelle der konkreten Zahl die Angabe „<4“ zu machen. In der Summenbildung des Gesamtberichts sind diese Angaben nicht zu berücksichtigen. Stattdessen ist im Gesamtbericht zusätzlich zu der Angabe der Gesamtsumme die Angabe „+ <4“ zu machen.“</p>	<p><i>[keine Übernahme, siehe § 14a]</i></p>

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

4.

GKV-SV	DKG
<i>[keine Übernahme]</i>	Nach der Anlage 2: Annahmestelle und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr 2019 wird die Anlage 2: Annahmestelle und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr 2020 gemäß Anlage 3 zum Beschluss eingefügt.

5. Die Anlage 1 „Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2018“ wird aufgehoben.
6. Der Anhang 1 zu Anlage 1 „Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2018“ wird aufgehoben.

7. Der Anhang 2 zu Anlage 1 „Auswahllisten für das Berichtsjahr 2018“ wird aufgehoben.
 8. Der Anhang 3 zu Anlage 1 „Qualitätsindikatoren aus den Verfahren gemäß QSKH-RL für das Berichtsjahr 2018“ wird aufgehoben.
 9. Der Anhang 4 zu Anlage 1 „Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2018“ wird aufgehoben.
 10. Die Anlage 2 „Annahmestelle und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr 2018“ wird aufgehoben.
- 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 17. Dezember 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Stand: 09.09.2020

Hinweise:

Dissente Positionen sind **gelb** hinterlegt.

Folgedissense **grau** hinterlegt.

Diese Unterlage konnte durch die Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle noch nicht geprüft werden.

Anlage 1 Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

Inhalt

Allgemeine Hinweise.....	5
1. Erläuterungen zur Berichterstellung.....	6
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	12
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	12
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	12
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	13
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	13
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	13

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

A-8	Forschung und Lehre des Krankenhauses	15
A-8.1	Forschung und akademische Lehre.....	15
A-8.2	Ausbildung in anderen Heilberufen	15
A-9	Anzahl der Betten	15
A-10	Gesamtfallzahlen	15
A-11	Personal des Krankenhauses	16
A-11.1	Ärztinnen und Ärzte	17
A-11.2	Pflegepersonal.....	18
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	18
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	19
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	20
A-12.2.1	Verantwortliche Person.....	20
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 infektiionsmedizinische Aspekte	23
A-12.3.1	Hygienepersonal.....	23
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene.....	24

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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)	27
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement.....	28
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement.....	28
A-12.5	Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS).....	29
A-12.5.1	Verantwortliches Gremium.....	30
A-12.5.2	Verantwortliche Person.....	30
A-12.5.3	Pharmazeutisches Personal	30
A-12.5.4	Instrumente und Maßnahmen.....	31
A-13	Besondere apparative Ausstattung	32
A-14	Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V	33
A-14.1	Teilnahme an einer Notfallstufe	33
A-14.2	Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung.....	34
A-14.3	Teilnahme am Modul Spezialversorgung	34
A-14.4	Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Abs. 3 der der Regelungen zu den Notfallstrukturen)	34
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....	36
B-[X].1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	36
B-[X].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten	37
B-[X].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	37
B-[X].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	37

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

B-[X].6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	38
B-[X].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	38
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	39
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	41
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft.....	41
B-[X].11	Personelle Ausstattung.....	42
B-[X].11.1	Ärztinnen und Ärzte	43
B-[X].11.2	Pflegepersonal.....	44
B-[X].11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	46
C	Qualitätssicherung.....	47
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....	47
C-1.1.[Y]	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	48
C-1.1.1	Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten	48
C-1.1.2	Übermittlung der Daten.....	48
C-1.1.3	Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen	49
C-1.2.[Z]	Ergebnisse der Qualitätssicherung	50
C-1.2.1	Übermittlungswege.....	50
C-1.2.2	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen.....	51
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	57
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	58
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	58
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	59

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

C-5.1	Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr	59
C-5.2	Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	61
C-5.2	Angaben zum Prognosejahr	61
C-5.2.1	Gesamtergebnis der Prognosedarlegung	61
C-5.2.1	Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	61
C-5.2.2	Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden	62
C-5.2.1.a	Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen	62
C-5.2.3	Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen	63
C-5.2.4	Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)	63
C-5.2.1.b	Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)	63
C-5.2.5	Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	64
C-5.2.1.c	Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)	64
C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	64
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	65
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	66
C-8.1	Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	68
C-8.2	Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG	71

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 2020

1. Erläuterungen zur Berichterstellung

Benennung des Qualitätsberichts

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

Benennung der Lieferdateien: Dateinamenskonvention

[GKV-SV: Die Dateien sind folgendermaßen zu benennen:

a) Standortberichte

Berichtsteil A,B,C-2ff. 77<XXXX>000-<JAHR>-xml.xml

Berichtsteil C-1 Land 77<XXXX>000-<JAHR>-land.xml

Berichtsteil C-1 Bund 77<XXXX>000-<JAHR>-bund.xml

Berichtsteil C-1 DeQS 77<XXXX>000-<JAHR>-das.xml

b) Gesamtberichte

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

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

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

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

2. Umfang und Format des Qualitätsberichts

Format

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

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

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	von den DeQS-Datenannahmestellen

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

an die Annahmestelle Qb übermittelt werden.

Umfang

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

3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts

Gliederung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht besteht aus drei Teilen:

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

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	<p>Qualitätsbericht für Tageskliniken</p> <p>Für Tageskliniken besteht die Möglichkeit unter Ergänzung der Angaben zu A-1 und A-2 einen Standortbericht als nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit zu erstellen und zu übermitteln.</p>

Freiwillige Angaben

Für freiwillige Angaben stehen die Felder „Kommentar/Erläuterung“ zur Verfügung. Für alle Freitextangaben sollen möglichst umgangssprachliche Bezeichnungen verwendet werden.

Einige Kapitel des Qualitätsberichts müssen nur ausgefüllt werden, wenn diese auf das Krankenhaus zutreffen (z. B. Kapitel C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V).

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

Auswahllisten

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

Kontaktdaten

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

Das heißt im Einzelnen:

„Kontakt/Person lang“ enthält:

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

„Kontakt/Person kurz“ enthält:

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

„Kontakt/Adresse“ enthält:

- Straße
- Hausnummer (freiwillig)

alternativ: Postfach (freiwillig)

- Adresszusatz (freiwillig)
- Postleitzahl
- Ort

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

„Kontakt/Zugang“ enthält:

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

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

„Kontakt/Person lang“

„Kontakt/Person kurz“

„Kontakt/Adresse“

„Kontakt/Zugang“

Einleitung des Qualitätsberichts

Hier sind folgende Angaben zu machen:

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

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

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

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020:

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

GKV-SV/ PatV	DKG
Dennoch stellen die Angaben im Qualitätsbericht die Strukturen und das Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern für das Berichtsjahr 2020 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.	[keine Übernahme]

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hier müssen vollständige Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden.

Verpflichtend sind folgende Kontaktdaten anzugeben:

I. Angaben zum Krankenhaus

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

1. Name und Hausanschrift des Krankenhauses [„Kontakt/Zugang“]; zusätzlich: Zentrale Telefonnummer; zentrale E-Mailadresse, zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt/Adresse“]
2. Institutionskennzeichen (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis)
 - a) Institutionskennzeichen

Hier ist das Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis anzugeben, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle als auch bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wurde. Liefert das Krankenhaus

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

keine Daten für die externe vergleichende Qualitätssicherung, ist nur darauf zu achten, dass an dieser Stelle dasselbe Institutionskennzeichen angegeben wird, welches als Identifikation bei der Annahmestelle verwendet wird.

b) Weitere relevante Institutionskennzeichen

Hier können weitere, z. B. in der Vergangenheit genutzte Institutionskennzeichen angegeben werden.

3.

GKV-SV	DKG
Bei Krankenhäusern mit nur einem Standort:	[keine Übernahme]

Standortnummer aus dem Standortverzeichnis

GKV-SV	DKG
4. Standortnummer (alt) Bei Krankenhäusern mit nur einem Standort ist die Ziffer 00 anzugeben. Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist die Ziffer 99 anzugeben.	[keine Übernahme]

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

Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten zusätzlich:

GKV-SV	DKG
<p>II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Name und Hausanschrift des Krankenhausstandorts [„Kontakt/Zugang“]; zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt/Adresse“] 2. Institutionskennzeichen 3. Standortnummer gemäß Standortverzeichnis 4. Standortnummer (alt) 5. Hier ist die bis 2019 verwendete Nummer für diesen Standort anzugeben. Angaben zur Leitung des Krankenhausstandorts: Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung mit Daten zur Erreichbarkeit [„Kontakt/Person lang“] <p>III. Gesamtbericht</p> <p>Im Gesamtbericht eines Krankenhauses über mehrere Standorte sind zusätzlich die Kontaktdaten aller Standorte anzugeben.</p>	<p>Bei mehreren Standorten sind zusätzlich die Standortnummern gemäß Standortverzeichnis aller Standorte anzugeben.</p>

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)

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

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

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

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Angaben zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten werden – sofern vorhanden – für das gesamte Krankenhaus (allgemein) gemacht. Sie werden aus der Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ (Kapitel A-6) des Anhangs 2 übernommen. Darüber hinaus können jeweils ergänzende Angaben (z. B. zur Anzahl der jeweiligen Patientenzimmer oder über relevante Internetseiten des Krankenhauses) gemacht werden. Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

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

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Barrierefrei sind bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für Menschen mit

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

Behinderungen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe auffindbar, zugänglich und nutzbar sind. Hierbei ist die Nutzung behinderungsbedingt notwendiger Hilfsmittel zulässig.

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

Die Aspekte der Barrierefreiheit sind für den Krankenhausstandort anzugeben.

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

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen

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

[„Kontakt/Person lang“]

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit

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

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

Dolmetscherdienste sind nur dann anzugeben, wenn es eine vertragliche Beziehung zu einem gewerblichen Dolmetscher oder einer gewerblichen Dolmetscherin gibt. Dies umfasst auch Gebärdensprach- und Schriftdolmetscherdienste.

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

Beispiel:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

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

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

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

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

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

A-9 Anzahl der Betten

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

Reha-Betten werden nicht berücksichtigt.

A-10 Gesamtfallzahlen

Anzugeben sind:

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

Zählung der voll- und teilstationären Fälle:

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

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

Zählung der ambulanten Fälle:

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

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

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

A-11 Personal des Krankenhauses

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

Ärzte und Ärztinnen (Beleg- und Konsiliarärzte) sind nicht einzubeziehen. Analog werden das nicht fest angestellte Pflegepersonal und sonstige Personalzahlen nicht fest angestellter Personen umgerechnet.

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

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

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

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

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

A-11.1 Ärztinnen und Ärzte

Anzugeben ist die Zahl der:

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

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

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

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

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

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

A-11.2 Pflegepersonal

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anzugeben ist die Zahl der:

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

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

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

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

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

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

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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

A-12.1.2 Lenkungsgremium

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)

- Tagungsfrequenz des Gremiums

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

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

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

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Hier ist die für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person anzugeben.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

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

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

A-12.2.2 Lenkungsgremium

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

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

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

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

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

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems

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

Wenn ja,

- Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

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

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

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

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

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums

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

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Anzugeben ist hier die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die gemäß den Vorgaben der einzelnen Krankenhaushygieneverordnungen der Bundesländer mit der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention betraut sind. Dabei werden auch die landesspezifischen Übergangsvorschriften berücksichtigt. Bei der Veröffentlichung nach § 9 Qb-R ist auf Folgendes hinzuweisen: „Gemäß § 23 Absatz 8 Satz 2 Nummer 3 Infektionsschutzgesetzes (IfSG) haben die Landesregierungen durch Rechtsverordnung für Krankenhäuser insbesondere Regelungen zu treffen über die erforderliche personelle Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und die Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2019 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals.“

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

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

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

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

Darüber hinaus ist anzugeben, ob eine Hygienekommission eingerichtet wurde:

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

- Tagungsfrequenz des Gremiums

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

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

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

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

Die Maßnahmen im Einzelnen:

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

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

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

Auswahloptionen: ja; nein; kein Einsatz ZVK

Wenn ja:

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

- Mund-Nasen-Schutz
- steriles Abdecktuch

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein; kein Einsatz ZVK

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

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

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Durchführung Operationen

1. Der Standard thematisiert insbesondere:

- a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

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

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor.

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

Auswahloptionen: ja; nein; keine Durchführung Wundversorgung

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

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

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

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

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

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

Knochenmarktransplantationsstationen werden den Intensivstationen zugeordnet.

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

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

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

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen.

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

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

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Hier erfolgen Angaben zum Lob- und Beschwerdemanagement:

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

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

Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden

Auswahloptionen: ja; nein

Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

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

A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

A-12.5.1 Verantwortliches Gremium

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

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

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

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

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

A-12.5.2 Verantwortliche Person

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja, ist zusätzlich anzugeben:

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

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

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

A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal

Anzugeben ist hier die Anzahl

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

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

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

A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen

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

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

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

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

- Aufnahme ins Krankenhaus, inklusive Anamnese

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

- Medikationsprozess im Krankenhaus

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

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

- Entlassung

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

A-13 Besondere apparative Ausstattung

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

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

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

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

Beispiel:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

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

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

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

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

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

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

Auswahloptionen: Basisnotfallversorgung (Stufe 1), Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2), Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3); Erfüllung der Voraussetzungen des Moduls der Spezialversorgung (siehe A-14.3);

GKV-SV	DKG
Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung; Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart	Notfallstufe noch nicht vereinbart

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung

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

A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung

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

Auswahloptionen:

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

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

Auswahloptionen: ja; nein

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

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

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

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

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

Fachabteilungsschlüssel (mindestens ein Schlüssel/vierstellig)

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

Auswahloptionen:

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

Ärztliche Leitung

Auswahloptionen:

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

Die Stellvertretung ist nicht anzugeben.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

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

Auswahloptionen: ja; nein; keine Vereinbarung geschlossen

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

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

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

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

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

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

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

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

GKV-SV	DKG
[Keine Übernahme]	[Angaben zu B-[X].5 sind für das Berichtsjahr 2020 ausgesetzt]

Angegeben werden müssen:

- a) Vollstationäre Fallzahl
- b) Teilstationäre Fallzahl

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

Zählung der voll- und teilstationären Fälle:

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

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

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

B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD

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

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

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

B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Hier sind alle durchgeführten Prozeduren mit ihrer jeweiligen OPS-Ziffer anzugeben. Zu jeder Prozedur ist darzustellen, wie häufig sie im Berichtsjahr durchgeführt wurde. Alle OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind endstellig (z. B. 5-877.20) in absteigender Häufigkeit anzugeben.

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

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

B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

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

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

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

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

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

Beispiel:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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 Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Schrittmacher-Ambulanz	VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
			
...	

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

Beispiele für die Ambulanzart AM06 und AM17:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

GKV-SV	DKG
[Keine Übernahme]	[Angaben zu B-[X].9 sind für das Berichtsjahr 2020 ausgesetzt]

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.

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

GKV-SV	DKG
[Keine Übernahme]	[Angaben zu B-[X].11.1 - B-[X].11.3 sind für das Berichtsjahr 2020 ausgesetzt]

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

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

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

B-[X].11.1 Ärztinnen und Ärzte

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

Beispiele:

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

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

B-[X].11.2 Pflegepersonal

Hier ist nur das Pflegepersonal zu erfassen, das dieser Abteilung zugeordnet werden kann. Pool-Personal, welches fachabteilungs- und/oder stationsübergreifend eingesetzt wird und weiteres Personal, wie z. B. aus Intensivstationen, Ambulanzen, OP-Personal, Funktionspersonal, Radiologie etc., sofern es nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet ist oder zugeordnet werden kann, ist in Kapitel A-11.2 Pflegepersonal „Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind“ zu erfassen. Die Gesamtzahl der pflegerischen Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl der pflegerischen Vollkräfte aller Organisationseinheiten/Fachabteilungen (Kapitel B-[X].11.2) addiert mit der Anzahl pflegerischer Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen.

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

- Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

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

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

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

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

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

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

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

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

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

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

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

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

Anzugeben ist die Zahl der:

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

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

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

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

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

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

C Qualitätssicherung

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

Hinweis:

Die Übermittlung der Angaben zu Kapitel C-1.1[Y] und zu Kapitel C-1.2[Z] für die Qualitätsindikatoren und Kennzahlen des Anhangs 3 erfolgt gemäß § 8 Absätze 2 bis 4 durch die DeQS-Datenannahmestellen und gemäß Übergangsregelung in § 15 Qb-R durch die nach QSKH-RL und plan. QI-RL auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen.

GKV-SV	DKG
	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, wird ein aufwandsarmes Prüf- und Korrekturverfahren umgesetzt. Bei eventuellen Abweichungen der identifizierenden Daten erfolgt ein Hinweis an die übermittelnden Stellen mit der Möglichkeit Anpassungen vorzunehmen.

Angaben zum Krankenhaus bzw. Standort:

- Institutionskennzeichen (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis)
- Standortnummer

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

Hinweis zum Datenschutz:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

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

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

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	Es erfolgt nachfolgender Hinweis: „Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nicht bewertbar, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.“

C-1.1.1 Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten

Folgende Anforderungen sind zu beachten:

- Liegen für ein Krankenhaus keine erbrachten Leistungen in einem der bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche vor (Soll und Ist = 0), ist das Feld „Dokumentationsrate“ leer zu lassen und der Kommentar „In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.“ anzugeben.
- Ist eine Dokumentationsrate nicht berechenbar (Soll = 0 und Ist > 0), ist das Feld „Dokumentationsrate“ leer zu lassen und der Kommentar „Dokumentationsrate nicht berechenbar“ anzugeben.
- In den standortspezifischen Qualitätsberichten und im Gesamtbericht wird eine krankenhausbegleitende Dokumentationsrate je Leistungsbereich berechnet, die anzugeben ist. Bei Krankenhäusern mit mehr als einem Standort ist in den Standortberichten und im Gesamtbericht der Hinweis „Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbegleitend berechnet“ hinzuzufügen.

C-1.1.2 Übermittlung der Daten

Die Daten werden wie folgt übermittelt:

- Die Daten sind gemäß „Aufstellung der Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll)“ gemäß § 23 Absatz 2 QSKH-RL bzw. Teil 1 § 15 Absatz 2 DeQS-RL (Meldung zur Sollstatistik) für bundesweit verpflichtende Leistungsbereiche des jeweiligen Berichtsjahres zu übermitteln. Für Leistungsbereiche, für die in der Sollstatistik aufgrund von Überliegern zwei Fallzahlen angegeben werden, ist die Summe aus beiden zu bilden und anzugeben.
- „Leistungsbereich“: Hier sind das Kürzel und die Bezeichnung der Leistungsbereiche aus der Tabelle in Anhang 1 Nummer 9.1 zu übernehmen.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

- „Fallzahl des Krankenhauses“: Hier ist die Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll) anzugeben. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.
- „Dokumentationsrate des Krankenhauses“: Hier ist die Dokumentationsrate im Leistungsbereich in Prozent (%) anzugeben. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Dokumentationsrate nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen. Aufgrund der Systematik des Verfahrens können Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden.

GKV-SV	DKG
<ul style="list-style-type: none"> • „Datensätze des Standortes“: Hier ist die Anzahl der dokumentierten Datensätze des Standortes (ohne Minimaldatensätze) im Leistungsbereich (Ist) anzugeben. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen. 	[keine Übernahme]

- „Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses“: Hier ist, soweit vorhanden, der Kommentar des Krankenhauses anzugeben. Die Angaben sind auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-1.1.3 Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen

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

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

- Die Dokumentationsraten der Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (Modul HCH) beziehen sich auf die Auswertungen zu "Isolierte Koronarchirurgie", "Kombinierte Koronar-und Herzklappenchirurgie", "Kathetergestützte isolierte Aortenklappenchirurgie", "Offen-chirurgische isolierte Aortenklappen-chirurgie", "Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe", "Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe", "Kombinierte Herzklappenchirurgie" und "Katheterge-stützte kombinierte Herzklappeneingriffe".
 - Die Dokumentationsraten der Pankreas-Nieren-Transplantation beziehen sich auf die Bereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation“.
2. Für die Leistungsbereiche der Hüft- und Kniegelenksendoprothetik (HEP, KEP) erfolgt eine weitere Differenzierung der Fallzahlen (Soll) für Erstimplantationen („HEP_IMP“, „KEP_IMP“) und Wechseleingriffe („HEP_WE“, „KEP_WE“).
 3. Für die kathetergestützte Implantation von Aortenklappen erfolgt eine differenzierte Darstellung der Fallzahlen (Soll). „Aort Kath Endo“ stellt die Zahl der erbrachten über einen endovaskulären Zugangsweg implantierten Aortenklappen dar. „Aort Kath Trapi“ stellt die Zahl der erbrachten über den transapikalen Zugangsweg implantierten Aortenklappen dar.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

4. Für den Leistungsbereich der Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme (HTXM) erfolgt eine weitere Differenzierung der Fallzahlen (Soll) für Herztransplantationen („HTXM_TX“) und Herzunterstützungssysteme („HTXM_MKU“).

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

C-1.2.[Z] Ergebnisse der Qualitätssicherung

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

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

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

C-1.2.1 Übermittlungswege

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

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

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

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

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

C-1.2.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

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

GKV-SV	DKG
aufzubereiten.	an die DeQS-Datenannahmestellen 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.

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

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

. Es werden folgende Parameter dargestellt:

Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

„Nummer“ und „Bezeichnung“:

GKV-SV	DKG
Hier ist im Gesamtbericht die Standortnummer gemäß Standortverzeichnis und die Bezeichnung des Krankenhausstandortes anzugeben.	Hier ist nur bei einem Krankenhaus oder einem Krankenhausstandort mit mehreren Auswertungen je Qualitätsindikator bzw. Kennzahl eine fortlaufende Nummer und die Bezeichnung der Auswertungseinheit anzugeben. Bei einem Krankenhaus oder einem Krankenhausstandort mit nur einer Auswertung je Qualitätsindikator bzw. Kennzahl entfällt diese Angabe.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

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

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

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

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

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

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

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

Nur für Qualitätsindikatoren:

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

„Entwicklung Rechnerisches Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr“: Hier ist anzugeben, ob sich das Ergebnis statistisch signifikant gegenüber dem Ergebnis des vorherigen Berichtsjahres „verbessert“ oder „verschlechtert“ hat, ob es „unverändert“ oder „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ ist. Ein statistisch signifikanter Unterschied liegt vor, wenn sich die Vertrauensbereiche der jeweiligen Ergebnisse nicht überschneiden. Zur Berechnung der Vertrauensbereiche sind die bundeseinheitlichen Rechenregeln gemäß § 8 QSKH-RL bzw. § 8 DeQS-RL zu verwenden. Bei den Ergebnissen der DeQS-RL erfolgt die standortbezogene Bewertung der Entwicklung durch das IQTIG (Institut nach § 137a SGB V). Das Ergebnis ist „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.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

„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. Hier ist die qualitative Bewertung gemäß DeQS-RL 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)
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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

		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/ DeQS-RL und gemäß plan. QI-RL							
Kategorien	N	R	H	U	A	D	S
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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

D	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	verbessert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	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 Indikatorendergebnis eines Krankenhauses wegen fehlerhafter Dokumentation im Vorjahr als „D“ einstuft und im Berichtsjahr wegen qualitativer Auffälligkeiten als „A“, dann ist die Bewertung dieses Qualitätsindikators „eingeschränkt/nicht vergleichbar“.								

„Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen“: Hier ist die über die „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“ hinausgehende Kommentierung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zum Ergebnis des Strukturier-ten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen. Hier ist einer der Kommentare gemäß § 11 Absatz 9 der plan. QI-RL einzufügen. Ergeben sich in Folge der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie Einschränkungen in der Aussagekraft oder Vergleichbarkeit der QS-Ergebnisse sind diese hier zu benennen.

Die Angaben zu

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

Für Qualitätsindikatoren, bei denen die qualitative Bewertung [GKV-SV: gemäß DeQS-RL, QSKH-RL oder plan.QI-RL]

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	durch neutrale praktisch tätige Fachkollegen auf Augenhöhe
noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für den Vergleich noch nicht geeignet sind, ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse an dieser Stelle ausgeschlossen	
GKV-SV	DKG
.	, um Fehlinterpretationen und Falschinformationen zu vermeiden.

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

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3

Tabelle D: siehe Anhang 3

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

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

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

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

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

Gemäß § 137f SGB V werden strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) entwickelt, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern sollen. Hierzu gehören auch in diesem Zusammenhang durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Anforderungen an DMP gibt es zu folgenden Indikationen:

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

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

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

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

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

Folgende Aspekte sind dabei zu berücksichtigen:

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

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

Zeichenbegrenzung: Insgesamt 2000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) pro Verfahren.

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

GKV-SV/ PatV	DKG
<i>[keine Übernahme]</i>	Die Erfassungssoftware übernimmt nachfolgenden Hinweis automatisch: „Die Fallzahlen für mindestmengenrelevante Leistungen können im Berichtsjahr 2020 von der Covid-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.“

C-5.1 Umsetzung der Mindestmengenregelungen im Berichtsjahr

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

Leistungsbereich	Mindestmenge
Lebertransplantation	20

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

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

Krankenhäuser, die mindestmengenrelevante Leistungen erbringen, geben für diese Leistungsbereiche die jeweils im Berichtsjahr tatsächlich erbrachte Menge an. Bei Unterschreitung der Mindestmenge ist die jeweilige Begründung aus der Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge“ (Kapitel C-5.1) gemäß Anhang 2 auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

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

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

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:

GKV-SV	DKG
<p>C-5.2.1 Gesamtergebnis der Prognosedarlegung</p> <p>Der Standort ist im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt.</p>	<p>C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr</p> <p>Es ist anzugeben, ob der Krankenhausstandort im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt ist:</p>

Auswahloptionen: ja; nein; Rechtsstreit anhängig

GKV-SV	DKG
<p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p>Im Folgenden ist die Grundlage für die Leistungsberechtigung anzugeben:</p>

GKV-SV	DKG
<p>C-5.2.2 Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden</p> <ul style="list-style-type: none"> - Im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge <i>(Hinweis: Automatische Übernahme des Wertes aus Kapitel C-5.1 durch die Erfassungssoftware)</i> - die in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahrs und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichte Leistungsmenge 	<p>C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemäß § 5 Abs. 5 und 6 Mm-R. An dieser Stelle ist anzugeben, ob die Prognose von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen bestätigt wurde: Auswahloptionen: ja; nein; Rechtsstreit anhängig • Leistungsmenge, die der Krankenhausträger im Rahmen der Prognosedarlegung an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen übermittelt hat und Gegenstand der Prognoseprüfung waren: <ul style="list-style-type: none"> - Angabe der im Berichtsjahr erreichten Leistungsmenge <i>(Hinweis: Automatische Übernahme des Wertes aus Kapitel C-5.1 durch die Erfassungssoftware)</i> - Angabe der in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahrs und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichten Leistungsmenge

GKV-SV	DKG
<p>C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen</p> <p>Das Krankenhaus wird die Mindestmenge im Prognosejahr auf Grund berechtigter mengenmäßiger Erwartungen voraussichtlich erreichen (bestätigte Prognose).</p> <p>Auswahloptionen: ja; nein; Rechtsstreit anhängig</p>	

GKV-SV	DKG
<p>C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)</p> <p>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.</p>	<p>C-5.2.1.b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)</p> <p>Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt. <i>[Ausfüllhinweis: Das Krankenhaus hat in den ersten 12 Monaten der Leistungserbringung mindestens 50 Prozent der Mindestmenge erfüllt. Die Ermittlung der Leistungsmenge beginnt zum 1. des Monats, in dem die betreffende Leistung das erste Mal erbracht wurde. Danach schließt sich unmittelbar der erste 12-monatige Zeitraum an, in welchem die jeweils festgelegte Mindestmenge gilt.]</i></p>

Auswahloptionen: ja; nein

GKV-SV	DKG
<p>C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden</p> <p>Die Landesbehörden haben eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5 SGB V) erteilt.</p>	<p>C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)</p> <p>Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5 SGB V auf Antrag des Krankenhauses die Nichtanwendbarkeit des Leistungsverbots und des Vergütungsausschlusses für die betreffende Leistung entschieden.</p>

Auswahloptionen: ja; nein

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

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

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

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

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

- Das Zentrum hat dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß Nummer I.2.2 bzw. Nummer II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

Antwortoptionen: ja, nein

Wenn ja,

- Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL teil.

Antwortoptionen: ja, nein

Wenn ja,

- Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL abgeschlossen:

Antwortoptionen: ja, nein

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

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

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

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

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

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

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

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

Aus der Gesamtanzahl der fortbildungsverpflichteten Personen ist dann die Anzahl derjenigen anzugeben, die im Berichtsjahr der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen

GKV-SV	DKG
, 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 unterliegenPersonen				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="background-color: yellow;">GKV-SV</td> <td style="background-color: yellow;">DKG</td> </tr> <tr> <td>, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt</td> <td></td> </tr> </table>	GKV-SV	DKG	, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt		
GKV-SV	DKG					
, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt						
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht habenPersonen				

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

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

Tabelle 1: Pflegepersonaluntergrenzen für das Berichtsjahr

Hinweis zur COVID-19-Pandemie im Berichtsjahr 2020:

Die Angaben in diesem Kapitel basieren auf den Nachweisen der Krankenhäuser zu den Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUG-Nachweisvereinbarung 2020 vom 12.11.2019 sowie der PpUG-Ergänzungs-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 04.05.2020. Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (BGBl. I S. 597 vom 27.03.2020) und vor dem Hintergrund der COVID-19 Pandemie hat das Bundesministerium für Gesundheit die Melde- und Nachweispflichten mit Bezug zu §§ 1 bis 9 der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung vom 28.10.2019 (PpUGV) mit Wirkung zum 01.03.2020 bis zum 31.12.2020 ausgesetzt. Mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 16.07.2020 (BGBl. I S. 1701) wurden die Melde- und Nachweispflichten für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin und Geriatric zum 01.08.2020 wieder eingesetzt.

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

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

C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

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

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gem. § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-	Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020	Tagschicht	Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Tagschichten auf der Station X eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 1“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 angegeben ist.	Summe der angegebenen Ausnahmetatbestände für diese Station in der Tagschicht gemäß der Spalte „Ausnahmetatbestand gem. § 8 Abs. 2 PpUGV oder	Es können ergänzende Angaben zu den Ausnahmetatbeständen gemacht werden. Die Angaben sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

				<ul style="list-style-type: none"> - <i>Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging.</i> - <i>Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen.</i> - <i>Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern.</i> 	
--	--	--	--	--	--

C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der PpUG

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

Der schichtbezogene Erfüllungsgrad ist wie folgt darzustellen:

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

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2020

Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2020

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

Anhang 4: Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2020

Stand: 09.09.2020

Hinweise:

Dissente Positionen sind **gelb** hinterlegt.

Diese Unterlage konnte durch die Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle noch nicht geprüft werden.

Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019

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

Num-mer	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,</i>

		<i>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. Unterwassergeburt, 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	Vojtathherapie für Erwachsene und/oder Kinder	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	<i>z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris</i>
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

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

Nummer	Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
Patientenzimmer		
NM02	Ein-Bett-Zimmer	<i>z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur Ausstattung der Patientenzimmer</i>
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	<i>z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur Ausstattung der Patientenzimmer</i>
NM05	Mutter-Kind-Zimmer	<i>z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur Ausstattung der Patientenzimmer</i>
NM10	Zwei-Bett-Zimmer	<i>z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur Ausstattung der Patientenzimmer</i>
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	<i>z. B. Anzahl, Link zur Internetseite mit Angaben zur Ausstattung der Patientenzimmer</i>
Besondere Ausstattung des Krankenhauses		
NM 69	Information zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten des Krankenhauses (z. B. Fernseher, WLAN, Tresor, Telefon, Schwimmbad, Aufenthaltsraum)	<i>z. B. Link zur Internetseite des Krankenhauses</i>
Angebote für schulpflichtige Patientinnen und Patienten		
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung	<i>z. B. Kooperationspartner, Link zu Details</i>
NM63	Schule im Krankenhaus	
NM64	Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z. B. Internet	
NM50	Kinderbetreuung	<i>z. B. Alter der Kinder, Öffnungszeiten, Link zur Internetseite mit aktuellen Angaben</i>
Individuelle Hilfs- und Serviceangebote		
NM07	Rooming-in	
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
NM40	Empfangs- und Begleitedienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besuchern durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	
NM49	Informationsveranstaltungen für Patientinnen und Patienten	
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen	
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	<i>z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche, glutenfreie Ernährung</i>
NM42	Seelsorge/spirituelle Begleitung	
NM68	Abschiedsraum	

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

Nummer	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar/Erläuterung
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit		
BF01	Kontrastreiche Beschriftungen in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	<i>z. B. Beschriftung liegt vor in Patientenzimmern, in Behandlungsräumen, in Funktionsräumen</i>

BF02	Aufzug mit Sprachansage und/oder Beschriftung in erhabener Profilschrift und/oder Blindenschrift/Brailleschrift	<i>z. B. Konkretisierung, ob Ausstattung der Aufzüge mit Sprachansage, mit kontrastreicher erhabener Profilschrift, mit Blindenschrift-/Braille-Beschriftung</i>
BF03	Tastbarer Gebäudeplan	<i>z. B. Angabe, wo sich der tastbare Gebäudeplan befindet</i>
BF04	Schriftliche Hinweise in gut lesbarer, großer und kontrastreicher Beschriftung	<i>z. B. Angabe, wo im Haus die Beschriftung vorhanden ist und Konkretisierung zur Beschriftung, ob Piktogramme verwendet werden, ob die Vorgaben der DIN 18040 i.V.m DIN 32975 berücksichtigt werden</i>
BF05	Leitsysteme und/oder personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	<i>z. B. Angaben, wo im Haus ein Blinden- bzw. Bodenleitsystem für sehbehinderte oder blinde Menschen installiert ist, wann und wo eine personelle Unterstützung angefordert werden muss, ob die Vorgaben der DIN 18040 i.V.m. DIN 32984 berücksichtigt werden</i>
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
BF33	Barrierefreie Erreichbarkeit für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	<i>z. B. Angabe, ob und wieviele Behindertenparkplätze vorhanden sind, ob barrierefreie Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln gegeben ist, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden</i>
BF34	Barrierefreie Erschließung des Zugangs- und Eingangsbereichs für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen	<i>z. B. Angabe, ob der Tresen beim Service-/Anmeldeschalter eine Nutzung vom Rollstuhl aus und auch für Kleinwüchsige ermöglicht, ob eine Induktionsschleife am Service-/Anmeldeschalter installiert ist, ob Treppen im Eingangsbereich mit einem beidseitigen Handlauf versehen sind oder ob der Zugang ebenerdig oder über eine Rampe möglich ist, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden</i>
BF06	Zimmerausstattung mit rollstuhlgerechten Sanitäranlagen	<i>z. B. Konkretisierung, ob Toiletten von unterschiedlichen Seiten anfahrbar sind, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden</i>
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu Serviceeinrichtungen	<i>z. B. Angabe, welche Serviceeinrichtungen einen rollstuhlgerechten Zugang haben</i>
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug (innen/außen)	<i>z. B. Aufzüge mit gut erreichbaren Bedienfeldern</i>
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucherinnen und Besucher	<i>z. B. Angabe, ob Toilette beidseitig anfahrbar ist, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden</i>
BF11	Besondere personelle Unterstützung	<i>z. B. Angabe, in welchen Situationen es besondere personelle Unterstützung (bspw. Begleitung/Führen eines Rollstuhls) gibt, wo besondere personelle Unterstützung angefordert werden muss, ob bzw. in welchen Situationen die Begleitung individueller Bezugspersonen möglich ist</i>

Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit		
BF35	Ausstattung von Zimmern mit Signalanlagen und/oder visuellen Anzeigen	<i>z. B. Angabe, welche visuellen Anzeigen (z. B. Blitzanlage, Anzeige „Hilfe kommt“) vorhanden sind und welche Räume damit ausgestattet sind, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden</i>
BF36	Ausstattung der Wartebereiche vor Behandlungsräumen mit einer visuellen Anzeige eines zur Behandlung aufgerufenen Patienten	<i>z. B. Angabe, welche Behandlungsräume im Haus mit dieser Anzeige ausgestattet sind.</i>
BF37	Aufzug mit visueller Anzeige	<i>z. B. Konkretisierung, welche visuelle Anzeigen vorhanden sind (z. B. Stockwerksanzeige, visuelle Anzeige für den Notruf „Hilfe kommt“), Angabe, ob die Vorgaben der DIN 18040 berücksichtigt werden</i>
BF38	Kommunikationshilfen	<i>z. B. Angabe, ob Gebärdensprachdolmetscher/-in, Schriftdolmetscher/-in vorhanden, technische Kommunikationshilfe vorhanden</i>
BF13	Übertragung von Informationen in leicht verständlicher, klarer Sprache	<i>z. B. Angabe, wie eine Übertragung von Informationen in leicht verständliche Sprache abläuft und wo diese angefordert werden können</i>
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung		
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	<i>z. B. Angabe, auf welchen Stationen mit Piktogrammen gearbeitet wird</i>
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	<i>z. B. Angabe, welche baulichen Maßnahmen für Menschen mit Demenz bzw. mit geistiger Behinderung es gibt und wo diese vorhanden sind</i>
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	<i>z. B. Angabe, welche besondere personelle Unterstützung es für Menschen mit Demenz bzw. geistiger Behinderung gibt (bspw. bei der Medikamentenapplikation) und wo diese angefordert werden muss</i>
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung		
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	<i>z. B. Angabe zu max. Körpergröße und/oder max. Körpergewicht, ob elektrisch verstellbar</i>
BF18	OP-Einrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	<i>z. B. Angabe, welche OP-Einrichtungen entsprechend ausgestattet sind (z. B. Schleusen, OP-Tische), Angabe zu max. Körpergröße und/oder max. Körpergewicht</i>
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	<i>z. B. Angabe zu max. Körpergröße und/oder max. Körpergewicht</i>
BF20	Untersuchungseinrichtungen/-geräte für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	<i>z. B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten</i>
BF21	Hilfsgeräte zur Unterstützung bei der Pflege für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	<i>z. B. Patientenlifter</i>
BF22	Hilfsmittel für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	<i>z. B. Anti-Thrombosestrümpfe</i>

Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien		
BF23	Allergienarme Zimmer	<i>z. B. Angabe, auf welchen Stationen es allergienarme Zimmer gibt und ob eine Bekanntgabe von Allergien vor der Aufnahme erforderlich ist</i>
BF24	Diätische Angebote	<i>z. B. Angabe, welche Diäten berücksichtigt werden können</i>
Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung		
BF25	Dolmetscherdienste	<i>z. B. Konkretisierung, für welche Sprachen Dolmetscherdienste zur Verfügung stehen</i>
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	<i>z. B. Konkretisierung, in welchen Sprachen Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal möglich sind</i>
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	<i>z. B. Konkretisierung, in welchen Sprachen Informationsmaterial vorliegt</i>
BF30	Mehrsprachige Internetseite	<i>z. B. Konkretisierung, in welchen Sprachen die Internetseite gestaltet ist</i>
BF31	Mehrsprachiges Orientierungssystem (Ausschilderung)	<i>z. B. Konkretisierung, in welchen Sprachen die Ausschilderung vorliegt</i>
BF32	Räumlichkeiten zur religiösen und spirituellen Besinnung	<i>z. B. Raum der Stille</i>
Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit		
BF39	Informationen zur Barrierefreiheit auf der Internetseite des Krankenhauses	<i>Link zur Internetseite</i>
BF40	Barrierefreie Eigenpräsentation/Informationsdarbietung auf der Krankenhaushomepage	<i>z. B. Angabe, welche Einschränkungen der Nutzer (Sehen, Hören, Bewegen, Verarbeiten von Informationen) bei der Informationsdarbietung berücksichtigt werden</i>
BF41	Barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme	<i>z. B. Konkretisierung, wo barrierefreie Zugriffsmöglichkeiten auf Notrufsysteme vorhanden sind (z. B. Patientenzimmer, Behandlungsräume, Sanitäranlagen)</i>

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

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

FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	

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

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

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

Num-mer	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/Erläuterung
SP04	Diätassistentin und Diätassistent	
SP36	Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heilerhythmielehrerin und Heilerhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer	
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	
SP06	Erzieherin und Erzieher	
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoge	
SP08	Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge	

SP39	Heilpraktikerin und Heilpraktiker	
SP30	Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	
SP57	Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe	
SP13	Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut	
SP14	Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	<i>z. B. für Babymassage</i>
SP43	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
SP55	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	
SP16	Musiktherapeutin und Musiktherapeut	
SP17	Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)	
SP18	Orthopädiemechanikerin und Bandagistin und Orthopädiemechaniker und Bandagist/Orthopädieschuhmacherin und Orthopädieschuhmacher	
SP19	Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker	
SP20	Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	
SP22	Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)	
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	
SP24	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut	
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	
SP40	Sozialpädagogische Assistentin und Sozialpädagogischer Assistent/ Kinderpflegerin und Kinderpfleger	
SP35	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	
SP60	Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	
SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	
SP58	Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)	
SP59	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	
SP 62	Gesundheitspädagogin und -pädagoge	

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

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name letzte Aktualisierung (Datum)
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	

Anlage II der tragenden Gründe

RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<u>Auswahloptionen</u> (<i>Mehrfachangaben möglich</i>): - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen

		-Palliativbesprechungen -Qualitätszirkel -Andere: (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteter Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/S OP letzte Aktualisierung (Datum)

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

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
--------	--------------------------	---------------

IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung (Datum)
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Auswahloptionen: -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	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 (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	(Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)
------	-----------	--

Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (Kapitel A-12.3.2.6)

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	Link angeben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<u>Auswahloptionen/Module:</u> -AMBU-KISS -CDAD-KISS -HAND-KISS -ITS-KISS -MRSA-KISS -NEO-KISS -ONKO-KISS -OP-KISS -STATIONS-KISS -SARI (Mehrfachangaben möglich)
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	<u>Auswahloptionen:</u> -Teilnahme (ohne Zertifikat) -Zertifikat Bronze -Zertifikat Silber -Zertifikat Gold
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

Auswahlliste „Arzneimitteltherapiesicherheit“ (Kapitel A-12.5.4)

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

		oder Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP [letzte Aktualisierung (Datum)]	
AS04	Elektronische Unterstützung des Aufnahme- und Anamnese-Prozesses (z. B. Einlesen von Patientenstammdaten oder Medikationsplan, Nutzung einer Arzneimittelwissensdatenbank, Eingabemaske für Arzneimittel oder Anamneseinformationen)		
Medikationsprozess im Krankenhaus			
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. <i>Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung</i>)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gem. RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)]	
AS06	SOP zur guten Verordnungspraxis	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) oder Name der Verfahrensbeschreibung/SOP [letzte Aktualisierung (Datum)]	
AS07	Möglichkeit einer elektronischen Verordnung, d. h. strukturierte Eingabe von Wirkstoff (oder Präparatename), Form, Dosis, Dosisfrequenz (z. B. <i>im KIS, in einer Verordnungssoftware</i>)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer Arzneimittelinformationssysteme (z. B. <i>Lauer-Taxe®</i> , <i>ifap klinikCenter®</i> , <i>Gelbe Liste®</i> , <i>Fachinfo-Service®</i>)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	Auswahloptionen: – Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung – Zubereitung durch pharmazeutisches Personal – Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen – Sonstiges: (Freitextangabe, max. 500 Zeichen) <i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	– Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. <i>Meona®</i> , <i>Rpdoc®</i> ,	

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

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

Nummer	Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatz- angabe: 24 Stunden- Notfall- verfüg- barkeit	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 Quer- schnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja/Nein	
AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung		
AA10	Elektroenzephalographie gerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja/Nein	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA18	Hochfrequenzthermo- therapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja/Nein	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/ - unterstützung (X)		Ja/Nein	z. B. ECMO/ECLA
AA22	Magnetresonanztomo- graph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro- magnetischer Wechselfelder	Ja/Nein	
AA68	Offener Ganzkörper- Magnetresonanztomo- graph (X)		Ja/Nein	
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse		
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja/Nein	z. B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse
AA26	Positronenemissionsto- mograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		
AA56	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoff- Ionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfah- ren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		

AA30	Single-Photon-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/Biasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung		
AA69	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja/Nein	
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja/Nein	
AA71	Roboterassistiertes Chirurgie-System	Operationsroboter		
AA72	3D-Laparoskopie-System	Kamerasystem für eine dreidimensionale Darstellung der Organe während der Operation		

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

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

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

Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde	Kommentar/Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	<i>z. B. auch Hornhauttransplantation</i>
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	<i>z. B. Behandlung von Gefäßverschlüssen (Rheologie), Diagnostik und Therapie der Frühgeborenenretinopathie</i>
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	<i>z. B. intravitreale Injektionen</i>
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	

VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	<i>z. B. auch refraktive Chirurgie</i>
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	<i>z. B. Sehschule</i>
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation	
VA13	Anpassung von Sehhilfen	
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen	
VA15	Plastische Chirurgie	
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA17	Spezialsprechstunde	
VA18	Laserchirurgie des Auges	
VA00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie	Kommentar/Erläuterung
	Herzchirurgie	
VC01	Koronarchirurgie	<i>z. B. Bypasschirurgie</i>
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikulaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikulruptur	
VC03	Herzklappenchirurgie	<i>z. B. Klappenkorrektur, Klappenersatz</i>
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	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	Dialysehuntchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC68	Mammachirurgie	
	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	

VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63	Amputationschirurgie	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC69	Verbrennungschirurgie	
	Neurochirurgie	
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis)	
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen	<i>z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome</i>
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	<i>z. B. Vertebroplastie</i>
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark	
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzkrankungen	<i>z. B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronische Wirbelsäulenschmerzen</i>
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte "Funktionelle Neurochirurgie")	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC70	Kinderneurochirurgie	
	Allgemein	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	<i>z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)</i>
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC66	Arthroskopische Operationen	

VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VC00	(„Sonstiges“)	
Num- mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie	Kommentar/Erläuterung
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assozierten Erkrankungen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	<i>z. B. Photodynamische Tumortherapie</i>
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen	
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	<i>z. B. Schweiß- und Talgdrüsenerkrankungen</i>
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	<i>z. B. auch Kollagenosen, altersbedingte Hautveränderungen</i>
VD11	Spezialsprechstunde	
VD12	Dermatochirurgie	<i>z. B. auch ästhetische Dermatochirurgie</i>
VD13	Ästhetische Dermatologie	
VD14	Andrologie	
VD15	Dermatohistologie	
VD16	Dermatologische Lichttherapie	
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen	<i>z. B. auch Extrakorporale Photopherese</i>
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen	
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VD00	(„Sonstiges“)	
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“)	

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 Stoffwechselerkrankungen	<i>z. B. Diabetes, Schilddrüse</i>

VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	<i>z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs</i>
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI26	Naturheilkunde	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI28	Anthroposophische Medizin	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI35	Endoskopie	<i>z. B. auch Kapselendoskopie</i>
VI36	Mukoviszidosezentrum	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI41	Shuntzentrum	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	<i>z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn</i>
VI44	Geriatrische Tagesklinik	
VI45	Stammzelltransplantation	
VI00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie	Kommentar/Erläuterung
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	

VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	<i>z. B. Multiple Sklerose</i>
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	<i>z. B. von Hirnnerven</i>
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN20	Spezialsprechstunde	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	
VN22	Schlafmedizin	
VN23	Schmerztherapie	
VN24	Stroke Unit	
VN00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie	Kommentar/Erläuterung
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO17	Rheumachirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VO21	Traumatologie	
VO00	(„Sonstiges“)	
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	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	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	
VP00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie	Kommentar/Erläuterung
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
	Ultraschalluntersuchungen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
	Projektionsradiographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	<i>z. B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie</i>
	Computertomographie (CT)	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR13	Elektronenstrahltomographie (EBT)	
	Optische Verfahren	
VR14	Optische laserbasierte Verfahren	
	Darstellung des Gefäßsystems	
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR17	Lymphographie	
	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	
VR18	Szintigraphie	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
	Magnetresonanztomographie (MRT)	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
	Andere bildgebende Verfahren	
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	

VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
	Strahlentherapie	
VR30	Oberflächenstrahlentherapie	
VR31	Orthovoltstrahlentherapie	
VR32	Hochvoltstrahlentherapie	<i>z. B. Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)</i>
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	
VR34	Radioaktive Moulagen	
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	
	Nuklearmedizinische Therapie	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	
VR39	Radiojodtherapie	
	Allgemein	
VR40	Spezialsprechstunde	
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR42	Kinderradiologie	
VR43	Neuroradiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR45	Intraoperative Bestrahlung	
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen	
VR47	Tumorembolisation	
VR00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie und Nephrologie	Kommentar/Erläuterung
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU08	Kinderurologie	
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	
VU15	Dialyse	
VU16	Nierentransplantation	
VU17	Prostatazentrum	
VU18	Schmerztherapie	
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	
VG16	Urogynäkologie	
VU00	(„Sonstiges“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	Kommentar/Erläuterung
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde	
VZ03	Dentale Implantologie	
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie	

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

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

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

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

Nummer	Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	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 (mit Ablauf 17. März 2020 unwirksam gemäß § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V)	
LK04	Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie)	
LK05	Anlage 2 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen	
LK06	Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen	
LK07	Anlage 2 Nr. 5	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems)	
LK08	Anlage 2 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit biliärer Zirrhose	
LK09	Anlage 2 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit primär sklerosierender Cholangitis	
LK10	Anlage 2 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Morbus Wilson	
LK11	Anlage 2 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Transsexualismus	
LK12	Anlage 2 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Kindern mit folgenden angeborenen Stoffwechselstörungen: a) Adrenogenitales Syndrom b) Hypothyreose c) Phenylketonurie d) Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel) e) Galactosaemie	
LK26	Anlage 2 Nr. 14	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen	
LK27	Anlage 2 Nr. 15	Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom	
LK28	Anlage 2 Nr. 16	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Lebertransplantation	
LK15_2	Anlage 3 Nr. 1	2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax	
LK15_3	Anlage 3 Nr. 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren	
LK15_4	Anlage 3 Nr. 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren	
LK15_5	Anlage 3 Nr. 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	
LK15_6	Anlage 3 Nr. 1	6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren	

LK15_7	Anlage 3 Nr. 1	7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren	
LK15_9	Anlage 3 Nr. 1	9. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit urologischen Tumoren	
LK15_10	Anlage 3 Nr. 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung	
LK15_11	Anlage 3 Nr. 1	11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen	
LK16	Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS	
LK17	Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche)	
LK18	Anlage 3 Nr. 4	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3 bis 4)	
LK20	Anlage 3 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose	
LK21	Anlage 3 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden	
LK22	Anlage 3 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie	
LK23	Anlage 3 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden	
LK24	Anlage 3 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen	
Nummer	Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	Angebotene Leistungen	Kommentar/ Erläuterung
LK29	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	
LK30	Anlage 2 a	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	
LK31	Anlage 2 k	Marfan-Syndrom	
LK32	Anlage 2 l	pulmonale Hypertonie	
LK33	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	
LK34	Anlage 2 b	Mukoviszidose	
LK35	Anlage 1.1 b	Rheumatologische Erkrankungen	
LK36	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 3: urologische Tumoren	
LK37	Anlage 2 h	Morbus Wilson	
LK38	Anlage 2 o	ausgewählte seltene Lebererkrankungen	
LK39	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 4: Hauttumoren	
LK40	Anlage 2 c	Hämophilie	
LK41	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax	
LK42	Anlage 2 e	schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 – Sarkoidose	

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

Nummer	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und 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	
[DKG: AQ19	Phoniatrie und Pädaudiologie]	
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	
AQ50	Physiologie	

AQ11	Plastische, [DKG: Rekonstruktive] und Ästhetische Chirurgie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ52	Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
AQ54	Radiologie	
AQ55	Radiologie, SP Kinderradiologie	
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie	
AQ57	Rechtsmedizin	
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
AQ58	Strahlentherapie	
AQ12	Thoraxchirurgie	
AQ59	Transfusionsmedizin	
AQ60	Urologie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
AQ64	Zahnmedizin	
Nummer	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar/Erläuterung
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF02	Akupunktur	
ZF03	Allergologie	
ZF04	Andrologie	
[DKG: ZF neu	Balneologie und Medizinische Klimatologie]	
ZF05	Betriebsmedizin	
ZF06	Dermatohistologie	
[DKG: ZF neu	Dermatopathologie]	
ZF07	Diabetologie	
[DKG: ZF neu	Ernährungsmedizin]	
ZF08	Flugmedizin	
ZF09	Geriatric	
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	
ZF11	Hämostaseologie	
ZF12	Handchirurgie	
ZF13	Homöopathie	
[DKG: ZF neu	Immunologie]	
ZF14	Infektiologie	
ZF15	Intensivmedizin	
[DKG: ZF neu	Kardiale Magnetresonanztomographie]	
ZF16	Kinder-[DKG: und Jugend-]Endokrinologie und -Diabetologie	
ZF17	Kinder-[DKG: und Jugend-]Gastroenterologie	
ZF18	Kinder-[DKG: und Jugend-]Nephrologie	
ZF19	Kinder-[DKG: und Jugend-]Orthopädie	
ZF20	Kinder-[DKG: und Jugend-]Pneumologie	
ZF21	Kinder-[DKG: und Jugend-]Rheumatologie	
[DKG: ZF neu	Klinische Akut- und Notfallmedizin]	

[DKG: ZF neu	Krankenhaushygiene]	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden –	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF26	Medizinische Informatik	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF28	Notfallmedizin	
[DKG: ZF neu	Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen]	
ZF29	Orthopädische Rheumatologie	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF31	Phlebologie	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF33	Plastische [DKG: und Ästhetische] Operationen	
ZF34	Proktologie	
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
[DKG: ZF neu	Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner]	
ZF39	Schlafmedizin	
[DKG: ZF neu	Sexualmedizin]	
ZF40	Sozialmedizin	
[DKG: ZF neu	Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)]	
[DKG: ZF neu	Spezielle Kinder- und Jugendurologie]	
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	
[DKG: ZF neu	Transplantationsmedizin]	
ZF46	Tropenmedizin	

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

Nummer	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterung
PQ01	Bachelor	<i>z. B. Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft</i>
PQ02	Diplom	<i>z. B. Pflegewissenschaften</i>
PQ04	Intensiv- und Anästhesiepflege	

Anlage II der fragenden Grunde

PQ05	Leitung einer Station/eines Bereiches	
PQ06	Master	<i>z. B. Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft</i>
PQ11	Pflege in der Nephrologie	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
PQ08	Pflege im Operationsdienst	
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ12	Notfallpflege	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ15	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	
PQ16	Familienhebamme und Familienentbindungspfleger	
PQ17	Pflege in der Rehabilitation	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	
PQ19	Gemeindekrankenpflege/Ambulante Pflege	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ21	Casemanagement	<i>z. B. Weiterbildung nach DGCC</i>
PQ22	Intermediate Care Pflege	
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. Überleitungs-pflege</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/OP-Management	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	<i>z. B. Still- und Laktationsberaterin und Laktationsberater (IBCLC)</i>
ZP29	Stroke Unit Care	
ZP30	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP)	
ZP31	Pflegeexpertin und Pflegeexperte Neurologie	<i>z. B. Parkinson Nurse</i>
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	<i>z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW</i>
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP32	Gefäßassistentin und Gefäßassistent DGG®	

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 – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge“ (Kapitel C-5.1)

Nummer	Begründungen	Kommentar/Erläuterung
MM01	Behandlung von Notfällen oder Verlegung des Patienten medizinisch nicht vertretbar [DKG: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Abs. 4 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.]	
MM02	Aufbau eines neuen Leistungsbereichs [DKG: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es bis spätestens 31. Dezember 2017 diesen Leistungsbereich neu aufgebaut hat und ein Übergangszeitraum von 36 Monate eingeräumt wurde.]	
MM03	Personelle Neuausrichtung [DKG: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es bis spätestens 31. Dezember 2017 diesen Leistungsbereich personell neuausgerichtet hat und ein Übergangszeitraum von 24 Monaten eingeräumt wurde.]	

MM04	Entscheidung der Landesbehörde gemäß § 136b Absatz 5 SGB V wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung [DKG: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil gemäß § 136b Abs. 5 SGB V eine Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung vorgelegen hat.]	
MM06	Erstmalige Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung [DKG: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es die mindestmengenrelevante Leistung erstmalig erbringt und den Beginn der Leistungserbringung vorab den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt hat (vgl. §§ 6, 7 Mm-R).]	
MM07	Erneute Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung nach mindestens 24-monatiger Unterbrechung [DKG: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil es die mindestmengenrelevante Leistung nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung erneut erbringt und den Beginn der Leistungserbringung vorab den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen schriftlich mitgeteilt hat (vgl. §§ 6, 7 Mm-R).]	
MM08	Bestätigte Prognose. Mengenmäßige Erwartung wurde jedoch nicht erreicht [DKG: Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen die Prognose des Krankenhauses für das Berichtsjahr bestätigt hatten. Die Mindestmenge wurde im Berichtsjahr jedoch entgegen der mengenmäßigen Erwartung nicht erreicht.]	z. B. auf Grund von personellen oder strukturellen Veränderungen [DKG: oder der Covid-19-Pandemie]
MM05	kein einschlägiger Ausnahmegrund	
[DKG: MM09]	[DKG: Leistungserbringung trotz Nichtvorliegens einer positiven Prognose und ohne einschlägigen Ausnahmegrund.]	
[GKV-SV: MM-neu]	[GKV-SV: Covid-19-Pandemie]	

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 periostgedeckter 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“	
CQ-neu	Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der gezielten Lungendenerverierung durch Katheterablation bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung	
CQ-neu	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem (QS-Richtlinie bronchoskopische LVR /QS-RL BLVR)	
CQ-neu	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion)	

Stand: 09.09.2020

Legende:

Dissentente Positionen sind **gelb** hinterlegt.

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Diese Unterlage konnte durch die Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle noch nicht geprüft werden.

[DKG: Anlage 2 Annahmestelle Qb und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr 2020

Annahmestelle Qb

Die Kontaktadresse der Annahmestelle Qb lautet:

[Wird nach Konzeptumsetzung ergänzt]

Aufgaben der Annahmestelle Qb

Die Annahmestelle Qb nimmt die strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser entgegen. Zu den Aufgaben der Annahmestelle Qb 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 im Auftrag Abstimmung des G-BA.

Datenlieferverfahren

	Anmeldung
1.	Zugelassene Krankenhäuser melden sich vor der Lieferung der Qualitätsberichte bei der Annahmestelle Qb an. Eine Anmeldung ist jederzeit möglich.
2.	<p>Für jeden Bericht, der geliefert werden soll, ist eine eigene Anmeldung notwendig. Die Annahmestelle Qb stellt eine automatische Übernahme der im Standortverzeichnis hinterlegten Daten sicher. Für die Anmeldung prüft und überarbeitet ggf. das Krankenhaus folgende Angaben gemäß Anlage 1, Kapitel 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 gemäß Standortverzeichnis 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 Kapitel A-1, I.2 entsprechen. - Weitere Institutionskennzeichen, die für die externe vergleichende Qualitätssicherung im Berichtsjahr verwendet wurden:

	<p>Wurde im Berichtsjahr mehr als ein IK für die Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung verwendet, sind alle weiteren IK anzugeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontaktdaten des Krankenhauses (Name des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts, Ansprechperson, Telefonnummern, E-Mail-Adressen; sofern mehrere Standortberichte angemeldet werden und ein Gesamtbericht von der Annahmestelle Qb erstellt wird, sind das IK und die Adress- und Kontaktdaten des Hauptstandorts sowie die IK, die Standortnummern und die Kontaktdaten aller einzelnen Standorte zu prüfen und ggf. zu überarbeiten).
3.	Die Zugangsdaten können vom Krankenhaus jederzeit geändert werden. Bei fehlendem Zugriff auf die hinterlegte E-Mail-Adresse wird ein aufwandsarmes Verfahren zur Neuanlegung einer Zugangsberechtigung umgesetzt.
4.	Bei Abweichungen zwischen den bei den DeQS-Datenannahmestellen und der Annahmestelle Qb vorliegenden Institutionskennzeichen und Standortnummern erhalten die Krankenhäuser die Gelegenheit, ihre Daten zu korrigieren. Hierzu informiert die Annahmestelle Qb die betroffenen Krankenhäuser.
5.	Nach Abschluss der Korrekturphase bestätigt die Annahmestelle Qb dem Krankenhaus die Anmeldung und übermittelt dabei die gemeldeten Daten.
6.	Abweichend davon können die sonstigen krankenhausbefugten Kontaktdaten jederzeit aktualisiert werden.
	Annahmeverfahren gemäß § 8 Absatz 1 (alle Kapitel außer C-1)
7.	In den Übermittlungszeiträumen gemäß § 8 Absatz 1 und ggf. § 13 Qb-R können angemeldete bzw. registrierte Krankenhäuser ihre Qualitätsberichte in einem geschützten Bereich auf einem Datenannahmeportal hochladen und damit an die Annahmestelle Qb übermitteln. Krankenhäuser können innerhalb der Übermittlungsfristen mehrere Berichte hochladen, z. B. um die Datei zu korrigieren. Der neue Bericht überschreibt dabei jeweils die Vorgängerversion.
8.	Die Annahmestelle Qb versendet unverzüglich eine Quittung der Datenannahme für alle eingehenden Dateien per E-Mail.
9.	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.
10.	Die Annahmestelle Qb informiert das Krankenhaus unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.
11.	Angemeldete Krankenhäuser, von denen bis 14 Tage vor dem Ende der Übermittlungsfrist gemäß § 8 Absatz 1 kein Bericht eingegangen ist, erhalten eine Erinnerungs-E-Mail von der Annahmestelle Qb. Die Annahmestelle Qb 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.
12.	Nach Abschluss der Übermittlungszeiträume gemäß § 8 Absatz 1 und ggf. § 13 Qb-R erhält das Krankenhaus eine Übersicht über die gelieferten Qualitätsberichte.

Annahmeverfahren gemäß § 8 Absatz 2 bis 4 (Kapitel C-1)	
13.	Die Annahmestelle Qb liefert die Liste der Daten aus Nummer 4, erster und zweiter Spiegelstrich an die DeQS-Datenannahmestellen.
14.	Für Krankenhäuser für die keine Qualitätssicherungsdaten vorliegen, erfolgt eine Null-Meldung.
15.	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 Qb informiert die DeQS-Datenannahmestellen unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.
16.	Die Annahmestelle Qb informiert die DeQS-Datenannahmestellen 14 Tage vor dem Ablauf der Übermittlungsfrist gemäß § 8 Absatz 2 bis 4 und ggf. § 12, für welche Krankenhäuser noch keine Qualitätsdaten geliefert wurden.]

Tragende Gründe



**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R): Neustrukturierung der Qb-R und Anpassungen für das Berichtsjahr 2020

Stand: 12.10.2020

Aktuelle Vorlage in Bezug auf die Neustrukturierung sowie die Anpassungen der Qb-R für das Berichtsjahr 2020

Hinweise:

Dissentente Positionen sind **gelb** hinterlegt

Grau hinterlegte Textteile: Spezifische Anpassungen erforderlich

Kursiv: redaktionelle Hinweise zum Vorgehen

Diese Unterlage konnte durch die Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle noch abschließend nicht geprüft werden.

Vom 17. Dezember 2020

Inhalt

1.	Rechtsgrundlage	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
2.1	Zu den Regelungen im Einzelnen.....	2
2.1.1	Neustrukturierung des Regelungsrumpfs.....	2
2.1.2	Anlage 1 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020).....	22
2.1.3	Anhang 2 zu Anlage 1 (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2020)	29
2.1.4	Anlage 2	30
3.	Bürokratiekostenermittlung.....	30
4.	Verfahrensablauf	30
5.	Fazit	31
6.	Literaturverzeichnis.....	31
7.	Zusammenfassende Dokumentation.....	31

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 der Paragraphenteil der Regelungen neu gefasst sowie 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 2020 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 2019 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 Berichtsjahre 2018 aufgehoben, da diese keine Anwendung mehr finden. Dies betrifft jeweils 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 Aufhebung der insgesamt sechs Anlagen bzw. Anhänge für das Berichtsjahr 2018 und den für das Berichtsjahr 2020 erforderlichen redaktionellen Anpassungen der Verweise wurden insbesondere folgende Änderungen vorgenommen:

2.1.1 Neustrukturierung des Regelungsrumpfs

Zu § 1 Rechtsgrundlage und Regelungsgegenstand

[GKV-SV: Mit dem expliziten Verweis auf § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 und Satz 2, sowie Absatz 6 und Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) wird hier die Rechtsgrundlage zur Erstellung der Regelung ergänzt. Der Adressatenkreis und die Erläuterungen zur Berichtspflicht werden zukünftig in einem separaten Abschnitt der Regelung (§ 4) ausführlich erläutert.]

Zu § 2 Ziele

[PatV: In den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) ist das formale Verfahren für die Erstellung, Übermittlung und Veröffentlichung sowie den Inhalt, Umfang und das Datenformat des jährlich zu veröffentlichen strukturierten Qualitätsberichts festgelegt. Jedes nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus wird mit den Regelungen verpflichtet, einen Qualitätsbericht zu erstellen und zu übermitteln.]

Der Zweck, dem die Qb-R dienen, ist aus den genannten Ausführungshinweisen nicht ohne weiteres erkennbar, ebenso wenig ergibt sich eine Zweckbestimmung aus dem Titel „Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser“. Dementsprechend wird – jenseits dieser formalen Regelungen – die Notwendigkeit deutlich, den originären Sinn und Zweck des Qualitätsberichts der Krankenhäuser (QB) den konkreten Ausführungsvorgaben einfürend noch einmal komprimiert voranzustellen: Qualitätsberichterstattung zielt sowohl auf eine Verbesserung der Qualität als auch auf eine Verbesserung der Transparenz der medizinischen Versorgung im Krankenhaus ab.

Dabei erscheint es geboten, noch einmal ausdrücklich auf die Möglichkeiten und Vorzüge des Qualitätsberichts als Informations- und Entscheidungshilfe sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für Leistungserbringer im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung hinzuweisen und hier bereits bestehende Ausführungen hinsichtlich der Zielsetzungen des Qualitätsberichts zu übernehmen.

Eine Aufnahme der originären Ziele in den Qb-R belegt nochmals den Zweck der Qualitätsberichte und verdeutlicht die Wichtigkeit ihrer Position in der Gesundheitsversorgung. Des Weiteren wird damit zum Ausdruck gebracht, dass Krankenhäuser mit dem Qualitätsbericht einer breiten Öffentlichkeit im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung eine äußerst wichtige Informations- und Entscheidungshilfe zur Verfügung stellen.

Als bewährte Grundlage transparenter, vergleichbarer Informationen und Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen an Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie Versicherte über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus sollten die Zielsetzungen daher in den aktualisierten Qb-R zwingend beibehalten werden.]

Zu § 3 Begriffsbestimmungen

[GKV-SV: Hier wird ein Glossar bereitgestellt, der wiederkehrende und im Kontext der Regelung mit einer bestimmbarer Bedeutung versehene Begrifflichkeiten definiert. Hierdurch soll ein einheitliches Verständnis der Regelung und deren Lesbarkeit sichergestellt werden. Die Liste der dort aufgeführten Begriffe ist nicht abschließend und kann in den kommenden Überarbeitungen der Regelung erweitert oder verändert werden.

Zentrale Begrifflichkeiten der Regelung, die hier definiert werden, sind etwa das Krankenhaus, der Krankenhausstandort, Standort- und Gesamtbericht, Qualitätsbericht, Annahmestelle Qb, Berichtsjahr, Erstellungsjahr, Veröffentlichungsjahr sowie die abschließende Lieferliste. Diese Begrifflichkeiten fanden bereits in früheren Versionen der Qb-R Anwendung, wurden jedoch an keiner zentralen Stelle definiert und erläutert.

Darüber hinaus wird der Integration des Standortverzeichnisses gemäß § 293 Absatz 6 SGB V in das Verfahren für die Erstellung, Übermittlung und Veröffentlichung des Qualitätsberichts Rechnung getragen, indem sowohl die Begriffe des Standortverzeichnisses und der Standortnummer in die Begriffsbestimmungen aufgenommen werden.

Aus der Integration der QSKH-Verfahren in die DeQS-Richtlinie des G-BA resultieren sowohl neue bzw. neu benannte Akteure, die für die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung zuständig sind. Die beauftragten Stellen gemäß DeQS-Richtlinie übernehmen zentrale Aufgaben für die Lieferung der Informationen zu einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsverfahren im C-Teil des Qualitätsberichts wahrnehmen. Eine Erläuterung zu den Datenannahmestellen und der mit der Durchführung der Qualitätssicherung beauftragten Stellen wurde dementsprechend ergänzt.]

Zu Nummer 4:

Der Begriff des Krankenhausstandortes bezieht sich im Rahmen der Qb-R auf stationäre und teilstationäre Standorte, die im bundesweiten Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 293 Absatz 6 SGB V geführt

werden. Ein Krankenhausstandort im Sinne der Qb-R ist demnach ein Standort mit gültiger Standortnummer, der im Standortverzeichnis mit dem Vorgabewert 000 an der siebten bis neunten Stelle geführt wird. [DKG: Für den Fall eventueller Unklarheiten bei den Einträgen im Standortverzeichnis, ist die Definition nach § 2a KHG und dementsprechend die bundeseinheitliche Definition, die die Kriterien für den Standort oder die Standorte eines Krankenhauses gemäß der Vereinbarung über die Definition von Standorten der Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen gemäß § 2a Absatz 1 KHG festlegt, maßgeblich.]

Zu den Nummern 5, 6 und 7

[GKV-SV: Die Definition des Standort- bzw. Gesamtberichts soll verdeutlichen, dass es dabei nicht mehr, wie in den Anfangszeiten der verpflichtenden Berichterstattung um einen klassischen Bericht geht, der ausgedruckt wird und dessen Kapitel papierbasiert zum Vergleich nebeneinander gelegt werden, sondern dass vielmehr der Bericht immer mehr als ein definierter Datenspeicher verstanden wird, dessen Inhalte dynamisch und zielgruppenorientiert dargestellt werden. Diese ebenfalls vom Gesetzgeber intendierte Weiterentwicklung manifestiert sich auch in dem Auftrag, auf Basis der Daten des Qualitätsberichts ein patientenorientiertes Qualitätsportal zu schaffen (IQTIG Auftrag: „Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung“).

Zu Nummer 5:

[DKG: Beim sogenannten Standortbericht handelt es sich um den Qualitätsbericht, der die Informationen zu einem Krankenhausstandort beinhaltet. Der Qualitätsbericht wird gemäß § 6 Qb-R im XML-Format erstellt.]

Zu Nummer 6:

[DKG: Beim sogenannten Gesamtbericht handelt es sich um den krankenhausesübergreifenden Qualitätsbericht, der die Informationen zu allen Standorten eines Krankenhauses beinhaltet. Dieser Bericht wird auf Grundlage der übermittelten Standortberichte automatisch nach vorab in der sogenannten Aggregationsanleitung definierten Regeln von der Datenannahmestelle Qb erstellt. Der Qualitätsbericht wird gemäß § 6 Qb-R im XML-Format erstellt.]

Zur Nummer 7:

[DKG: Der Begriff Qualitätsbericht bezieht sich auf die Standortberichte und den automatisch von der Annahmestelle Qb generierten Gesamtbericht eines Krankenhauses.]

Zu § 4 Berichtspflicht

Zu Absatz 1:

GKV-SV	DKG	Vorsitzende des UA QS:
Die Qb-R legt fest, dass Krankenhäuser für jeden stationären und teilstationären Krankenhausstandort eine Berichtspflicht aufweisen, wenn der Standort zum 30. Juni des Berichtsjahres im	In diesem Abschnitt wird die Berichtspflicht der zugelassenen Krankenhäuser konkretisiert. Es wird festgelegt, dass diese standortbezogen gilt, wobei ausschließlich die Standorte einzubeziehen	§ 4 bestimmt, dass jedes Krankenhaus verpflichtet ist, jährlich für jeden Krankenhausstandort, der am [Tag/Monat] des Berichtsjahres und am 30. September des Erstellungsjahres mit einer

Standortverzeichnis mit einer gültigen Standortnummer geführt wird.	sind, an denen stationäre oder teilstationäre Leistungen erbracht werden. Zur Operationalisierung des Standortbegriffs und damit auch der Berichtspflicht wird die Definition in § 2a KHG genutzt, die wiederum Grundlage für das Standortverzeichnis nach § 293 Absatz 6 SGB V bildet. Auf diese Weise manifestiert sich die Berichtspflicht in dem Umstand, dass ein Krankenhaus mit seinen Standorten in ebendiesem Verzeichnis geführt wird. Hat ein Krankenhaus mehr als einen Standort, ist neben dem Standortbericht auch ein alle Standorte einbeziehender Gesamtbericht zu erstellen.	gültigen Standortnummer im Standortverzeichnis geführt wird, einen Standortbericht nach Maßgabe des § 8 zu erstellen und bis zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb zu übermitteln.
---	--	--

Zu Absatz 2:

[DKG: Der G-BA stellt die Berichtspflicht durch eine Abfrage des Standortverzeichnisses zum Stichtag gemäß Absatz 1 fest. Zur Normklarheit für die Krankenhäuser wird entsprechend der bisherigen Anlage 3 Qb-R ausgeführt, wie das Verfahren zur Feststellung der Berichtspflicht konkret umgesetzt wird.

Die Klarstellung ist für die Normadressaten notwendig, da das Standortverzeichnis laufend aktualisiert und z.B. Adressdaten und Schließungsmitteilungen erst zeitversetzt umgesetzt werden. Je nach Abfragedatum können sich dadurch unterschiedliche Zwischenstände der mit gültiger Standortnummer im Standortverzeichnis eingetragenen Krankenhausstandorte ergeben.

Es wird folglich klargestellt, dass die Abfrage des G-BA im Standortverzeichnis zur Feststellung der Berichtspflicht die in der Vereinbarung gemäß § 293 Absatz 6 SGB V über ein bundesweites Verzeichnis der Standorte der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen festgelegten Fristen (vgl. § 5) berücksichtigt. Die Abfrage erfolgt dementsprechend 4 Monate nach dem Stichtag gemäß Absatz 1.

Das Vorgehen zur Abfrage und zur Erstellung einer Auflistung berichtspflichtiger Krankenhausstandorte muss auch deswegen transparent beschrieben werden, weil der G-BA diese Daten als Grundlage für das Verfahren zur Feststellung einer Verletzung der Berichtspflicht gemäß § 13 i.V.m. § 14 verwendet.]

[GKV-SV: Die Normadressaten, d.h. die Krankenhäuser haben die Möglichkeit, jederzeit ihre Berichtspflicht über eine Abfrage des öffentlich zugänglichen Standortverzeichnisses zu ermitteln. So sind beispielsweise reine Privatkliniken, die keine Vereinbarung mit der GKV haben, nicht Teil des Verzeichnisses und somit auch nicht berichtspflichtig. Darüber hinaus stellt auch der G-BA die Berichtspflicht über eine stichtagsbezogene Abfrage der Verzeichnisdaten fest. Dies ist insbesondere für das Verfahren nach § 14 Qb-R relevant.]

Zu Absatz 3:

[DKG: Die bisher bestehende Berichtszeitraumregelung gemäß Anlage 1 Qb-R wird in den Regelungsrumpf übernommen. Demnach entfällt die Berichtspflicht für Krankenhäuser, Krankenhausstandorte und Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen eines Krankenhauses ganz oder teilweise, wenn das Krankenhaus, der Krankenhausstandort oder die Organisationseinheit bzw. Fachabteilung bis zum 30.09. des Erstellungsjahres geschlossen oder übertragen wird oder die Versorgung von Patienten eingestellt. Da sich die Daten zum Kapitel C-1 gemäß Anlage Qb-R auf den gesamten Krankenhausstandort beziehen, entfällt die Berichtspflicht bei Schließung einer Organisationseinheit bzw. Fachabteilung nur für die Angaben zu den Teilen A und B gemäß Anlage Qb-R.

Zur Normklarheit wird transparent beschrieben, wie die bis zum Stichtag geschlossenen Krankenhäuser, Krankenhausstandorte und Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen per Abfrage im Standortverzeichnis für das Verfahren zur Feststellung einer Verletzung der Berichtspflicht gemäß § 13 i.V.m. § 14 identifiziert werden.]

[GKV-SV: In diesem Absatz wird eine Einschränkung der Berichtspflicht auf die Krankenhäuser vorgenommen, die auch im auf das Berichtsjahr folgende Jahr noch an der medizinischen Versorgung teilnehmen. Wird ein Krankenhaus bis zum 30.09. des Erfassungsjahres geschlossen, kann die Erstellung eines Qualitätsberichts entfallen, da über ein Haus berichtet würde, das im Veröffentlichungsjahr keine Leistungen mehr anbietet. Diese Ausnahme gilt jeweils für ganze Standorte, da kleinere Versorgungseinheiten wie Fachabteilungen oder Stationen nicht sicher abgegrenzt und damit von der Berichtspflicht ausgenommen werden können.]

Zu § 5 Inhalt und Struktur des Qualitätsberichts

[GKV-SV: Dieser Abschnitt aktualisiert und ergänzt die vorherigen Regelungen zum Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts. Es findet eine kurze Erläuterung der grundlegenden Struktur des Berichts anhand der drei separaten Berichtsteile (A, B, C) des Berichts statt.

In Absatz 2 wird das Berichtsjahr als Berichtszeitraum spezifiziert. Da die Angaben der Leistungsmengen im Prognosezeitraum nach XX § der Mindestmengenregelung eine singuläre Ausnahme von diesem Paradigma darstellen, wird dieser Tatbestand hier explizit aufgeführt. Diesem Umstand ist auch bei der Veröffentlichung der Daten Rechnung zu tragen.

Die Inhalte des Qualitätsberichts sind in den Anlagen und den dazugehörigen Anhängen der Qb-R spezifiziert, auf die in Absatz 3 verwiesen wird. Die Herauslösung der einzelnen Inhalte aus dem Regelungsrumpf soll Redundanzen zu den Anlagen sowie eine kontinuierliche Aktualisierung des Regelungsrumpfes verhindern.]

Zu Absatz 1:

GKV-SV	DKG
Eine eindeutige Identifikation von Tageskliniken ist anhand des Standortverzeichnisses nicht möglich, u.a. da keine verpflichtende Kennzeichnung dieser Versorgungsform vorgesehen ist. Daher kann kein spezifisches Berichtsformat für Tageskliniken normiert werden.	Es wird klargestellt, dass für Tageskliniken ein besonderes Berichtsformat umgesetzt werden kann. In der Anlage Qb-R wird hierzu weiter konkretisiert, dass für Tageskliniken die Möglichkeit besteht, unter Ergänzung von allgemeinen Angaben zum Standort und zur Trägerschaft, einen Qualitätsbericht als nicht-bettenführende Fachabteilung zu erstellen, um den besonderen Gegebenheiten Rechnung zu tragen.

Zu Absatz 3:

[GKV-SV: Es wird klargestellt, dass prinzipiell alle Angaben im Qualitätsbericht verpflichtend zu tätigen sind. Abweichungen davon, z.B. die Möglichkeit bei einzelnen Aspekten Kommentare hinzuzufügen, sind in Anlage 1 explizit gekennzeichnet.

Bisher war dieser Sachverhalt in Anlage 1 der Qb-RI normiert. Im Zuge der Neustrukturierung der Qb-R wird er nun im Regelungsrumpf aufgenommen, um dessen grundsätzlicher Bedeutung gerecht zu werden.]

Zu Absatz 3a:

[Vorsitzende des UA QS: Gemäß Absatz 3a beziehen sich die Angaben im Qualitätsberichts grundsätzlich auf das jeweilige Berichtsjahr, soweit die Anlage nichts Abweichendes bestimmt. Eine Ausnahme hiervon gilt hiernach insbesondere für die Angaben zur Prognose nach der Mindestmengenregelung, die sich auf das jeweilige Veröffentlichungsjahr beziehen. Ferner regelt Absatz 3a, dass es sich bei den in der Anlage bestimmten Inhalten des Qualitätsberichts grundsätzlich um verbindliche Mindestangaben, soweit sie nicht als freiwillige Angaben oder Freitextfelder zur Kommentierung und Erläuterung gekennzeichnet sind.]

Zu § 6 Datenformat des Qualitätsberichts

GKV-SV	Vorsitzende des UA QS
<p>Gemäß § 136b Absatz 6 SGB V soll der Qualitätsbericht in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat erstellt werden. Die Extensible Markup Language (XML) wird nun explizit als Zielformat für die Erstellung des Qualitätsberichts im Regelungsrumpf verankert. In der vorherigen Version der Regelung wurde das Format in Anlage 1 spezifiziert, stellte aber bereits den etablierten Standard bei der Erstellung der Qualitätsberichte dar.</p> <p>Darüber hinaus wird hier die Datensatzbeschreibung als zentrales Dokument für die technischen Vorgaben verankert.</p>	<p>Mit Absatz 6 legt der G-BA gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V i.V.m. § 136b Absatz 6 Satz 4 SGB V das geeignete Datensatzformat für den jährlich zu erstellenden und zu veröffentlichenden strukturierten Qualitätsbericht der Krankenhäuser fest. Hiernach ist der nach Maßgabe der Anlage im XML-Format zu erstellen. Auf dieser Grundlage erfolgt die Veröffentlichung des Qualitätsberichts in Form einer lesbaren PDF-Version. Die technischen Vorgaben zur Erstellung des XML-Dokuments sind in der Datensatzbeschreibung definiert. Die im jeweiligen Berichtsjahr geltende Datensatzbeschreibung wird im Auftrag des G-BA erstellt und vom G-BA beschlossen und veröffentlicht.</p>

Zu § 6a Annahmestelle für den Qualitätsbericht

[Vorsitzende des UA QS: Mit der Regelung in § 6a werden der vom G-BA beauftragten Annahmestelle Qb im Sinne von § 3 N.8 die konkreten Aufgaben im Rahmen der Qb-R zugewiesen sowie die Aufgabe Nr. 5 operationalisiert. Diese Aufgabenzuweisung dient auch der klarstellenden Abgrenzung zu den jeweiligen anderen Aufgaben der weiteren an der Durchführung der Qb-R beteiligten Akteure. Nach Absatz 3 sind die übermittelten XML-Daten von der Datenannahmestelle Qb zu löschen, wenn sie zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 7 nicht mehr erforderlich sind, spätestens jedoch [XX] Monate nach Veröffentlichung des Qualitätsberichts.]

Zu § 7 Erstellung des Qualitätsberichts

Zu Absatz 1:

An dieser Stelle werden die Vorgaben zur Erstellung der Qualitätsberichte normiert. Grundlage für die Erstellung bildet die Anlage i.V.m. den Anhängen. Die technischen Vorgaben sind in der sogenannten Datensatzbeschreibung definiert.

Zu Absatz 2 und 3:

Die Angaben in den Qualitätsberichten werden grundsätzlich vom Krankenhaus vorgenommen. Abweichungen hiervon werden im Einzelnen geregelt. Die Inhalte des Kapitels C-1 gemäß Anlage werden davon abweichend nicht vom Krankenhaus erstellt, sondern von den jeweiligen mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen für die Veröffentlichung vorbereitet und anschließend von der DeQS-Datenannahmestelle an die Annahmestelle Qb übermittelt. [DKG: Krankenhäusern wird die Möglichkeit zur Fehlerprüfung und Kommentierung gegeben.]

Zu Absatz 4:

[DKG: Die Erstellung des Gesamtberichts erfolgt automatisch durch die Annahmestelle Qb auf Grundlage der übermittelten Standortberichtsdaten. Grundlage für die automatische Aggregation der Gesamtberichte bildet eine sogenannte Aggregationsanleitung, die eindeutige Vorgaben für die Aggregation der Daten beinhaltet.]

Zu § 8

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
<p>§ 8 Übermittlung des Qualitätsberichts [GKV-SV: Sowohl das Verfahren als auch die einzuhaltenden Fristen der Übermittlung der einzelnen Teile des Qualitätsberichts werden spezifiziert.]</p>	<p>§ 8 Erstellung und Übermittlung des Qualitätsberichts § 8 legt den konkreten Erstellungs- und Übermittlungsprozess des Qualitätsberichts fest.</p>

Zu Absatz 1:

GKV-SV	Vorsitzende des UA QS
<p>So übermitteln die Krankenhäuser einmal im Jahr die Qualitätsberichte. Dafür steht weiterhin, wie bereits in der bestehenden Qb-R normiert, der Zeitraum vom 15. Oktober bis zum 15. November des Erstellungsjahres zur Verfügung.</p>	<p>Absatz 1 legt fest, dass die berichtspflichtigen Krankenhäuser gemäß § 4 die zu erstellenden Berichte unter Berücksichtigung der für das Berichtsjahr geltenden Anlage in Verbindung mit den Anhängen zu erstellen haben.</p>

Zu Absatz 1a:

[Vorsitzende des UA QS: Gemäß Absatz 1a sind die Berichte durch die Krankenhäuser mit Ausnahme der im Kapitel C-1 der Anlage vorgesehenen Angaben in der Zeit vom 15. Oktober bis zum 15. November des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb zu übermitteln. Hierzu melden sich die Krankenhäuser bis zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres [in der internetbasierten Plattform/im Webportal] der Annahmestelle Qb an und prüfen die von der Annahmestelle Qb automatisiert im Standortverzeichnis und bei den DeQS-Datenannahmestellen abgefragten Daten zur Identifikation des Krankenhauses und seiner Standorte.

Darüber hinaus sieht Absatz 1a vor, dass Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen der von den Krankenhäusern zu übermittelnden Berichtsteile (A, B und C-2ff.) ohne Angabe von Gründen bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres erfolgen können.]

GKV-SV	DKG	Vorsitzende des UA QS:
<p><u>Zu Absatz 2 bis 4:</u></p> <p>Für die Angaben zum Kapitel C-1 wird, analog zur bestehenden Qb-R, ein abweichender Zeitpunkt definiert. Die Übermittlung dieses Teils muss weiterhin bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres erfolgen. Hintergrund für den späteren Übermittlungszeitraum ist, dass die vollständigen Qualitätsergebnisse erst Ende Oktober vorliegen. Gemäß DeQS-RL sollte das Stellungnahmeverfahren (als letzter Verfahrensschritt) am 31. Oktober des Erstellungsjahres abgeschlossen sein. Im Anschluss ist ein Zeitraum für die Aufbereitung und Kontrolle der Daten sowie die Kommentierung durch die Krankenhäuser vorgesehen.</p> <p>Zudem musste das Übermittlungsverfahren für das Kapitel C-1 um einen Akteur erweitert und um zusätzliche Prozessschritte ergänzt werden. Grund hierfür ist, dass bei Verfahren gemäß DeQS-RL die Qualitätsergebnisse bei der jeweiligen mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stelle nur leistungserbringer-pseudonymisiert vorliegen und so eine direkte Lieferung an die Annahmestelle Qb (wie bisher) nicht möglich ist. Daher werden die Daten zum Kapitel C-1 in einem</p>	<p><u>Zu Absatz 2:</u></p> <p>Die Übermittlung der Angaben zum Kapitel C-1 von den mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stelle an die DeQS-Datenannahmestellen bis zum 10. November des Erstellungsjahres stellt sicher, dass die DeQS-Datenannahmestellen die Daten bis zum 15. November des Erstellungsjahres an die Krankenhäuser versenden kann. Die vorgesehene Frist zur Fehlerprüfung und Kommentierung durch die Krankenhäuser ist notwendig, um die Angaben zum Kapitel C-1 umfassend prüfen zu können und die mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen auf Anpassungsbedarf hinweisen zu können. Die Fehlerprüfung und Kommentierung durch die Krankenhäuser ist elementarer Baustein im Verfahren zur Erstellung und Übermittlung der Qualitätsbericht und zielt auf die Vermeidung von Fehlern oder missverständlichen Informationen in der Veröffentlichung von Qualitätsdaten.</p> <p><u>Zu Absatz 3:</u></p> <p>Die Prüfung der Vollständigkeit durch die</p>	<p>Zu Absatz 2:</p> <p>Absatz 2 regelt die Erstellung und Übermittlung der in Kapitel C-1 der Anlage festgelegten Angaben. Diese Angaben werden durch die jeweils zuständigen QS-Stellen im Sinne von § 3 Nr. 12 mit den im Rahmen der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung erhobenen Daten vorbereitet und zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres an die DeQS-Datenannahmestellen im Sinne von § 3 Nr. 13 übermittelt. Die Daten der einzelnen Verfahren sind anschließend von den DeQS-Datenannahmestellen standortbezogen zusammenzuführen, auf Vollständigkeit zu überprüfen und in Abhängigkeit vom jeweiligen Verfahren zunächst zu depseudonymisieren, bevor sie dem Krankenhaus bis zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres zur Verfügung zu stellen sind. Die Krankenhäuser übermitteln nach abschließender Prüfung, Bearbeitung und Kommentierung ihrer Daten das Kapitel C-1 bis zum 15. Dezember an die Annahmestelle Qb.</p>

<p>Zwischenschritt von der jeweiligen mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stelle an die DeQS-Datenannahmestelle übermittelt. Dabei nimmt die DeQS-Datenannahmestelle eine zentrale Rolle im Prozess der Datenübermittlung ein. Sie depseudonymisiert die Daten und führt sie standortbezogen zusammen. Dabei prüft sie, dass zu allen Verfahren gemäß DeQS-RL, in denen der Krankenhausstandort Leistungen erbracht hat auch Daten zum Kapitel C-1 vorliegen. Im Anschluss erfolgt die Bereitstellung der Daten zum Kapitel C-1 zur Kommentierung durch die Krankenhäuser sowie die Einarbeitung der Rückmeldungen und Initiierung von ggf. notwendigen Korrekturen. Abschließend übermittelt die DeQS-Datenannahmestelle die finalen Datensätze an die Annahmestelle Qb.</p> <p>Weiterhin sind, wie bisher, zwischen Abschluss der qualitativen Bewertung (Stellungnahmeverfahren gemäß DeQS-RL) und spätester Übermittlung des C-1-Teils (durch die DeQS-Datenannahmestellen) 45 Tage für Aufbereitung, Kontrolle, Kommentierung und Übermittlung vorgesehen. Durch die Aufnahme der neuen notwendigen Prozessschritte bedurfte es jedoch einer Anpassung der für die Bearbeitung der einzelnen Aufgaben vorgesehenen Zeitfenster.</p>	<p>DeQS-Datenannahmestellen bezieht sich auf die von den mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen übermittelten Datensätze.</p>	
--	--	--

Zu § 8a Annahmestelle für den Qualitätsbericht

GKV-SV	DKG
<p>Es werden die wesentlichen Aufgaben der Annahmestelle Qb beschrieben. Diese stellt die zentrale Schnittstelle zwischen Erstellung des Qualitätsberichtes und seiner Veröffentlichung dar. So sind an die Annahmestelle die verschiedenen Teile der Qualitätsberichte von den Krankenhäusern sowie den DeQS-Datenannahmestellen unter Wahrung der Fristen zu übermitteln. Integriert in die Datenannahme ist der Prozess der Schemaprüfung sowie der Plausibilisierung auf Basis der Plausibilisierungsregeln gemäß Anhang 4 zur Anlage 1 der Qb-R. Zudem werden die einzelnen Berichtsteile der verschiedenen übermittelnden Stellen werden von der Annahmestelle Qb zusammengeführt, ohne die übermittelnden Dateien zu öffnen. Dies wird durch eine entsprechende Benennung der übermittelnden Dateien ermöglicht. Um die intendierte Wirkung einer öffentlichen Berichterstattung zu erzielen, leitet die Annahmestelle die Qualitätsberichte zwecks Veröffentlichung an die veröffentlichenden Stellen weiter. Hierzu ist es notwendig, dass die Annahmestelle die gelieferten Dateien speichert.</p>	<p>Es werden die wesentlichen Aufgaben der vom G-BA beauftragten Annahmestelle Qb beschrieben. Die wesentlichen Aufgaben bestehen aus regelmäßigen Abfragen des Standortverzeichnisses, Bereitstellung eines Webportals, Sicherstellung nutzerfreundlicher und aufwandsarmer Prozesse, eine geeignete Authentifizierung und Registrierung autorisierter Anwender, die Annahme und Verarbeitung von Qualitätsberichtsdaten sowie die Bereitstellung der Daten für den Empfängerkreis und die veröffentlichenden Stellen.</p>

Zu § 9 Schemaprüfung und PlausibilisierungZu Absatz 1:

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
<p>Im Rahmen der Datenannahme erfolgt eine Schemaprüfung der eingegangenen Qualitätsberichtsdaten. Bei einer Abweichung vom beschlossenen Datenschema wird der Bericht abgelehnt und die jeweils übermittelnde Stelle (Krankenhaus bzw. Datenannahmestelle DeQS) unverzüglich über die Auffälligkeit und die Ablehnung des Berichts informiert. Tritt kein Fehler auf, gilt der Bericht als schemakonform. Auch darüber erhält die übermittelnde Stelle eine Information.</p>	<p>Nach Absatz 1 überprüft die Annahmestelle Qb die von den Krankenhäusern übermittelten XML-Daten auf Fehler im Datenschema. Werden Fehler im Datenschema festgestellt, wird der vom Krankenhaus übermittelte Qualitätsberichts nicht angenommen. Die Annahmestelle Qb teilt das Prüfergebnis dem Krankenhaus und bei Fehlern im Kapitel C-1 zusätzlich der DeQS-Annahmestelle zur Weiterleitung an die jeweilige QS-Stelle unverzüglich mit.</p>

Zu Absatz 2

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS

<p>Schemakonforme Qualitätsberichte werden anhand von berichtsjahresspezifischen Plausibilisierungsregeln auf eventuelle Implausibilitäten geprüft. Das Ergebnis der Prüfung wird unverzüglich der übermittelnden Stelle mitgeteilt. Mit dem Ziel, den übermittelnden Stellen, weit vor der Abgabe des Qualitätsberichts bei der Annahmestelle Qb, die Möglichkeit zu geben die eigenen Berichtsdaten über den Plausibilisierungsdienst zu prüfen, steht den übermittelnden Stellen ein sogenannter Plausibilisierungsdienst zur Verfügung zwischen dem 12. Juli des Erstellungsjahres bis zum 31. Mai des Veröffentlichungsjahres unter nachfolgendem Link zur Verfügung steht: https://plausibilisierungsdienst.g-ba-qualitaetsberichte.de/#/plausi-check.</p>	<p>Werden im Rahmen der Schemaprüfung nach Absatz 1 keine Fehler festgestellt, erfolgt durch die Annahmestelle Qb eine Plausibilisierung, bei der anhand berichtsjahresspezifischer Plausibilisierungsregeln das XML-Format auf Inkonsistenzen oder Auffälligkeiten überprüft wird. Der jeweils berichtsjahresspezifische Plausibilisierungsdienst steht dem Krankenhaus und den übermittelnden QS-Stellen bereits während der Berichtserstellung vom 12. Juli des Erstellungsjahres bis zum 31. Mai des Veröffentlichungsjahres zur Verfügung. Die im jeweiligen Berichtsjahr geltenden Plausibilisierungsregeln werden im Auftrag des G-BA technisch umgesetzt und sind im Anhang 4 zur Anlage geregelt.</p>
---	--

Zu Absatz 3

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
<p>An dieser Stelle werden die drei Prüfklassen („weich“, „hart“ und „Pilot“) der Plausibilisierungsregeln definiert und ihre Konsequenzen dargestellt.</p>	<p>Nach Absatz 3 werden das Prüfergebnis der Plausibilisierung und etwaige Handlungsanweisungen bei Regelabweichungen dem Krankenhaus und bei Fehlern im Kapitel C-1 zusätzlich der DeQS-Annahmestelle zur Weiterleitung an die jeweiligen übermittelnden QS-Stelle unverzüglich mitgeteilt. Bei Abweichungen von Plausibilisierungsregeln, die nach Anhang 4 zur Anlage als „weich“ oder als „Pilot“ klassifiziert sind, kann das Krankenhaus eine Korrektur der Daten nach Maßgabe der Handlungsanweisung vornehmen. Bei Regelabweichungen von den in Anhang X4 zur Anlage als „hart“ klassifizierten Plausibilisierungsregeln, muss eine Korrektur der Daten nach Maßgabe der Handlungsanweisung erfolgen. Werden vom Krankenhaus die Daten nach Satz 3 nicht nach Maßgabe der Handlungsanweisung korrigiert, wird der gesamte Qualitätsbericht nicht angenommen.</p>

Zu Absatz 4:

[Vorsitzende des UA QS: Absatz 4 bestimmt, dass bei Fehlern im Datenschema im Kapitel C-1 oder bei Abweichungen von Plausibilisierungsregeln im Kapitel C-1 das Verfahren zur Erstellung und Übermittlung nach § 8 Absatz 3 entsprechende Anwendung findet.]

Zu § 10 Empfängerkreis des Qualitätsberichts

Zu Absatz 1:

GKV-SV	DKG	Vorsitzende des UA QS
<p>In diesem Abschnitt wird der Empfängerkreis des Qualitätsberichtes gemäß § 136b Absatz 7 spezifiziert, der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt wird. Der Empfängerkreis wurde in der vorherigen Regelung zu den Qualitätsberichten unter § 9 (Veröffentlichung) aufgeführt. In der nun aktualisierten Regelung erhöht die Trennung von Empfängerkreis und veröffentlichenden Stellen (§11) die Stringenz und Nachvollziehbarkeit der Regelung für die Adressaten.</p> <p>Entsprechend der bisherigen Qb-R wird festgelegt, dass der G-BA, die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbänden, der Verband der privaten Krankenversicherung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB sowie die weiteren nach § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V zu beteiligenden Organisationen die Qualitätsberichte unverzüglich nach dem Ende des Übermittlungszeitraums sowie nach der Nachlieferungsfrist vollständig und unverändert zur Verfügung gestellt bekommen.</p> <p>Die Nutzung der Qualitätsberichte für weitere Akteure gemäß ANB bleibt unverändert weiterhin bestehen.</p>	<p>Entsprechend der bisherigen Qb-R wird festgelegt, dass der G-BA, die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbänden, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB sowie die weiteren nach § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V zu beteiligenden Organisationen die Qualitätsberichte unverzüglich nach dem Ende des Übermittlungszeitraums sowie nach der Nachlieferungsfrist vollständig und unverändert zur Verfügung gestellt bekommen. Der Verband der privaten Krankenversicherung ist im Kreis nach § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V zu beteiligenden Organisationen eingeschlossen und braucht daher nicht gesondert benannt zu werden.</p>	<p>Nach § 10 stellt die Annahmestelle Qb gleichzeitig dem G-BA, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden, [GKV-SV: dem Verband der privaten Krankenversicherung,] der Deutschen Krankenhausgesellschaft, den Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB sowie den weiteren nach § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V zu beteiligenden Organisationen die angenommenen und zu Veröffentlichung vorgesehenen Qualitätsberichte unverzüglich nach dem Ende des Übermittlungszeitraums im XML- und PDF-Format vollständig und unverändert zur Verfügung.</p>

Zu Absatz 2:

GKV-SV	DKG
Ein Zugriff auf Zwischenstände der Datenübermittlung während der Übermittlungszeitraumes ist in § 11 Absatz 2 vorgesehen.	Zusätzlich erhält der G-BA Zugriff auf Zwischenstände der Datenübermittlung während des Übermittlungszeitraums. Diese Daten sind nicht zur Veröffentlichung vorgesehen, sondern dienen dem G-BA dazu, der ihm obliegenden ständigen Überprüfungspflicht seiner Anforderungen nachkommen zu können und ggf. erforderliche Anpassung zu überprüfen. Um eventuellen Handlungsbedarf zeitnah erkennen zu können, zeitnah Informationen zur Umsetzung der Vorgaben der Qb-R zu erhalten, um ggf. Unterstützungs- und Beratungsangebote für die übermittelnden Stellen vorzusehen und um die gesetzlich vorgesehene Veröffentlichung der Daten vorbereiten zu können, erhalten auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbänden sowie die Patientenorganisationen nach § 140f Zugriff auf Zwischenstände während des Übermittlungszeitraums. Die Regelung greift die bislang bestehende Regelung nach § 6 Absatz 4 und 5 Qb-R auf.

Zu § 11 Veröffentlichung der Qualitätsberichte

[Vorsitzende des UA QS:

Nach Absatz 1 werden die von der Annahmestelle Qb übermittelten Qualitätsberichte jeweils bis zum 31. Januar des Veröffentlichungsjahres vom G-BA im Internet in der Referenzdatenbank des G-BA veröffentlicht und [X] Jahre nach dem Veröffentlichungsjahr wieder entfernt. Die Veröffentlichung des Qualitätsberichts ist nach Absatz 3 nur vollständig und unverändert vorzunehmen. Absatz 5 verweist deklaratorisch auf die gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser gem § 136b Absatz 7 Satz 3 SGB V den Qualitätsbericht auf der eigenen Internetseite leicht auffindbar zu veröffentlichen.]

Zu Absatz 1 und 2

[GKV-SV: Es wird ein Zeitpunkt normiert, bis wann die Veröffentlichung erfolgen soll. Der 31. Januar des Veröffentlichungsjahres stellt dabei eine möglichst zeitnahe Veröffentlichung nach Annahme des Qualitätsberichts sicher. Dabei berücksichtigt er einen angemessenen Zeitraum der Datenaufbereitung und Vorbereitung für die veröffentlichenden Stellen.]

Zu Absatz 2:

GKV-SV	DKG
In der derzeitigen Version der Qb-R werden neben den Landesverbänden der	Eine gesetzliche Grundlage zur verpflichtenden Veröffentlichung der

<p>Krankenkassen und Ersatzkassen auch der Verband der Privaten Krankenversicherung zur Veröffentlichung der Qualitätsberichte verpflichtet. Auf eigenen Wunsch des Verbandes der Privaten Krankenversicherung ist dies auch weiterhin vorgesehen, was der Transparenz und damit einem wesentlichen Ziel des Qualitätsberichts zuträglich ist. Für die Veröffentlichung gilt mit dem 31. Januar des Veröffentlichungsjahres sowohl für die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen als auch für die den Verband der Privaten Krankenversicherung eine identische Frist.</p>	<p>Qualitätsberichte bezieht sich ausschließlich auf die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Die Möglichkeit zur Veröffentlichung der Qualitätsberichte bleibt für weitere berechnigte Organisationen durch die unverzügliche Zurverfügungstellung aller Qualitätsberichte nach dem Ende des Übermittlungszeitraums gemäß § 10 Absatz 1 bestehen. Zur Sicherstellung einer Vorbereitung der gesetzlich geforderten Veröffentlichungen durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen besteht für sie die Möglichkeit gemäß § 10 Absatz 2 Zwischenstände der Datenübermittlung während des Übermittlungszeitraums einzusehen.</p>
---	--

Zu Absatz 3 und 4:

[GKV-SV: Analog zu bestehenden Qb-R werden die Rahmenbedingungen für die Veröffentlichung vorgegeben. Es müssen alle vorliegenden Daten in unveränderter Form veröffentlicht werden. Zusätzlich ist eine Verlinkung zur Internetseite des Krankenhauses möglich. Des Weiteren besteht gemäß § 136b Absatz 7 SGB V für die Kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zusätzlich die gesetzliche Möglichkeit vergleichend über Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser zu informieren und Empfehlungen auszusprechen. Damit für den Nutzer erkennbar ist, welche Inhalte originär Qualitätsbericht und was Vergleiche bzw. Empfehlungen sind, sind beide Inhaltstypen deutlich voneinander abzugrenzen.]

Zu Absatz 6:

[GKV-SV: Zum Zwecke der Forschung sowie der inhaltlichen und technischen Weiterentwicklung der Qualitätssicherung können die Berichtsdateien einzelner sowie aller beim G-BA gespeicherten und verfügbaren Berichtsjahre durch Dritte angefordert, über ein maschinenverwertbares Format (XML) abgerufen und auf Basis der Nutzungsbedingungen verwendet werden. Die Möglichkeiten der Nutzung sowie die Rechte und Pflichten der Nutzenden sind in den Allgemeinen Nutzungsbedingungen festgelegt.]

Zu Absatz 7:

GKV-SV	DKG
<p>Anlage 1 der Qb-R stellt für das Berichtsjahr 2020 bereits sicher, dass ein Hinweis zur COVID-19-Pandemie an prominenter Stelle in jeden einzelnen Qualitätsbericht aufgenommen wird (Vgl. Teil A der Anlage 1 zur Qb-R für das Berichtsjahr 2020). Eine doppelte Angabe erscheint insbesondere vor dem Hintergrund, dass der Hinweis auf den Internetseiten weitestgehend eine hohe Redundanz zum Inhalt des Hinweises im Qualitätsbericht des einzelnen</p>	<p>Um die Leserinnen und Leser der Qualitätsberichte angemessen über eventuelle Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Aussagekraft der Qualitätsberichtsdaten zu informieren, ist es notwendig, dass die veröffentlichenden Stellen einen allgemeinen Hinweis in ihrer Veröffentlichung aufnehmen. Die Aufnahme eines Hinweises zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie ist notwendig, um eventuelle Fehlinterpretationen oder Falschinformationen zu vermeiden.</p>

Krankenhauses aufweist, nicht sachgerecht und zielführend.	
--	--

Zu § 12

GKV-SV/ DKG		Vorsitzende des UA QS
<p>§ 12 Nachlieferung</p> <p>Es werden Vorgaben zu den Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen gegeben.</p> <p><u>Zu Absatz 1:</u></p> <p>Absatz 1 normiert die Möglichkeit zur Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferung für Krankenhäuser ohne Antrag und ohne Angabe von Gründen.</p> <p><u>Zu Absatz 2:</u></p> <p>Absatz 2 legt eine Möglichkeit für Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferungen für die DeQS-Datenannahmestellen fest. Die DeQS-Datenannahmestellen haben mit ihrem Antrag nachzuweisen, dass systematische Fehler vorgelegen haben, die eine Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferung begründen. Der G-BA gewährt bei Bestätigung eine kurzfristige nachträgliche bzw. korrigierende Übermittlung.</p> <p><u>Zu Absatz 3:</u></p>		<p>§ 12 Berichtigung im Veröffentlichungsjahr</p> <p>§ 12 regelt die Möglichkeit von Berichtigungen der an die Annahmestelle Qb übermittelten Qualitätsberichte im Veröffentlichungsjahr.</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>Die Vorschrift bestimmt, dass Krankenhäuser einen bis zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb übermittelten Qualitätsbericht bis zum [Tag/Monat] des Veröffentlichungsjahres berichtigen können. Berichtigungen oder Löschung vorhandener personenbezogener Daten können jederzeit vorgenommen werden. Die Berichtigung ist gegenüber der Annahmestelle Qb anzuzeigen. Die Annahmestelle Qb bestimmt in Abstimmung mit dem Krankenhaus ein Zeitfenster von mindestens zwei Wochen, innerhalb dessen die berichtigten Daten zu übermitteln sind. Für die übermittelten berichtigten Daten gilt § 9 dieser Regelungen entsprechend.</p> <p>Absatz 2:</p> <p>Soweit die QS-Stellen und die DeQS-Datenannahmestellen bis zum [Tag/Monat] des Veröffentlichungsjahres Anhaltspunkte für eine erforderliche Berichtigung des Kapitels C-1 feststellen, haben sie dies dem Krankenhaus mitzuteilen und das entsprechend geänderte Kapitel C-1 den Krankenhäusern zur Verfügung zu stellen. Absatz 1 gilt entsprechend.</p>
GKV-SV	DKG	
<p>Absatz 3 konkretisiert ergänzend zu Absatz 1 und Absatz 2 ein Verfahren, welches unter bestimmten Bedingungen auch nach Ablauf der Fristen gemäß Absatz 1 und Absatz 2 eine Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferung durch ein Krankenhaus oder eine DeQS-Annahmestelle ermöglicht. Da es sich um eine Korrektur nach Veröffentlichung der Daten handelt ist sie, wie auch in der derzeit bestehenden Regelung, an</p>	<p>Absatz 3 sieht vor, dass die DeQS-Datenannahmestellen, bei denen Absatz 2 keine Anwendung findet, und Krankenhäuser beim G-BA unter Beifügung von Belegen einen Antrag auf Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferung beantragen können. Zur Normklarheit wird das genaue Entscheidungsprozedere dargestellt.</p>	

<p>bestimmte Bedingungen gebunden. Hierzu gehört, dass die Annahme aus Gründen, die der übermittelnden Stelle nicht zurechenbar sind, verweigert wurde sowie das Bestehen von technisch begründeten systematischen Fehlern. Zur Korrektur von reinen Eingabefehlern steht den Krankenhäusern bereits die antragslose Nach-, Ersatz- oder Korrekturlieferung gemäß Absatz 1 zur Verfügung.</p>		<p>Absatz 3:</p> <p>Die Vorschrift regelt, dass die berichtigten Qualitätsberichte von der Annahmestelle Qb unverzüglich dem Empfängerkreis im Sinne des § 10 zur Verfügung zu stellen sind. Die veröffentlichenden Stellen gemäß § 11 haben unverzüglich ihre Veröffentlichungen der Qualitätsberichte entsprechend der durchgeführten Berichtigungen zu aktualisieren.</p>
---	--	--

Zu § 13 Folgen der Verletzung der Berichtspflicht

GKV-SV/ DKG	Vorsitzende des UA QS
<p>Zur Sicherstellung der Verhältnismäßigkeit werden für die Verletzung der Berichtspflicht gemäß § 5 Absatz 1 Nummer 4 der Richtlinie zur Förderung der Qualität und zu Folgen der Nichteinhaltung sowie zur Durchsetzung von Qualitätsanforderungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Absatz 1 SGB V (QFD-RL) abgestufte Folgen festgelegt.</p> <p><u>Zu Absatz 1:</u></p> <p>Es wird die Erfüllung der Berichtspflicht definiert. Die Berichtspflicht gilt demnach als erfüllt, wenn der Qualitätsbericht fristgerecht [GKV-SV: und vollständig] übermittelt wurde und die Schemaprüfung und Plausibilisierungsprüfung keine Ablehnung eines Berichts bedingt.</p> <p><u>Zu Absatz 2:</u></p> <p>Für den Fall, dass der G-BA beim Abgleich der abschließenden Lieferliste mit den berichtspflichtigen Krankenhausstandorten gemäß § 14 Absatz 2 und nach Anhörung des Krankenhauses im Zuge eines Stellungnahmeverfahrens eine Verletzung der Berichtspflicht feststellt, erfolgt eine standortbezogene Veröffentlichung,</p>	<p>§ 13 regelt die Festlegung eines gestuften Systems von Folgen der Nichteinhaltung der Berichtspflicht nach Maßgabe von § 137 Absatz 1 SGB V und der hierauf beruhenden vom G-BA beschlossenen Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie (QFD-RL). Auf dieser Grundlage werden als durchsetzende Stelle die Krankenkassen festgelegt.</p> <p>Zu Absatz 1:</p> <p>Die Vorschrift sieht auf der ersten Stufe der Nichteinhaltung der Berichtspflicht eine Hinweispflicht der Krankenkassen auf die Folgen eines Vergütungsabschlags nach Absatz 2 vor, wenn ein Qualitätsbericht nicht oder nicht mit allen Berichtsteilen bis zum [Tag/Monat] des jeweiligen Erstellungsjahres an die</p>

GKV-SV	DKG	Annahmestelle Qb übermittelt wurde.
der betroffenen Krankenhäuser	dass der Qualitätsbericht nicht ordnungsgemäß geliefert wurde. Es wird eine Löschfrist von 2 Jahren vorgesehen.	
<p><u>Zu Absatz 3:</u></p> <p>Für den Fall, dass der G-BA beim Abgleich der abschließenden Lieferliste mit den berichtspflichtigen Krankenhausstandorten gemäß § 14 Absatz 2 und nach Anhörung des Krankenhauses im Zuge eines Stellungnahmeverfahrens</p>		<p>Absatz 2:</p> <p>Als zweite Stufe der Nichteinhaltung der Berichtspflicht ist ein Vergütungsabschlag in Höhe von zwei Euro pro Krankenhausfall des Berichtsjahres vorgesehen, wenn bereits im vorausgegangenen Kalenderjahr bereits ein Hinweis nach Absatz 1 erteilt worden war und nunmehr erneut ein Qualitätsbericht nicht oder nicht mit allen Berichtsteilen bis zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres an die Datenannahmestelle Qb übermittelt wurde.</p>
GKV-SV	DKG	
<p>in zwei Jahren in Folge eine Verletzung der Berichtspflicht feststellt, wird als weitere Folge ein Vergütungsabschlag von einem Euro je teil- und vollstationärem Krankenhausfall im Berichtsjahr festgelegt. Wird im darauffolgenden Jahr erneut, also insgesamt in drei Jahren in Folge, eine Verletzung der Berichtspflicht festgestellt, ist die weitere Folge ein Vergütungsabschlag von zwei Euro je teil- und vollstationärem Krankenhausfall im Berichtsjahr. Der Vergütungsabschlag wird gemäß § 14 Absatz 4 von den Krankenkassen umgesetzt.</p>	<p>das zweite Mal in Folge eine Verletzung der Berichtspflicht feststellt, wird als weitere Folge ein Vergütungsabschlag von einem Euro je teil- und vollstationärem Krankenhausfall des jeweiligen Standortes im Berichtsjahr festgelegt. Wird im darauffolgenden Jahr erneut, also insgesamt drei Mal in Folge, eine Verletzung der Berichtspflicht festgestellt, ist die weitere Folge ein Vergütungsabschlag von zwei Euro je teil- und vollstationärem Krankenhausfall des jeweiligen Standortes im Berichtsjahr. Der Vergütungsabschlag kann gemäß § 14 Absatz 4 von den Krankenkassen auf Ortsebene umgesetzt werden. Ein Vergütungsabschlag darf nur einmal für alle im jeweiligen Standort erbrachten teil- und vollstationären Krankenhaussfälle im Berichtsjahr vorgenommen werden.</p>	<p>Absatz 3:</p> <p>Die Annahmestelle Qb erstellt jährlich bis zum 31. Januar des Veröffentlichungsjahres auf Grundlage einer Abfrage des Standortverzeichnisses zum Stichtag nach § 4 eine Liste aller berichtspflichtigen Krankenhausstandorte, die Qualitätsberichte nicht oder nicht mit allen Berichtsteilen an die Datenannahmestelle Qb bis zum [Tag/Monat] des Erstellungsjahres übermittelt haben und übermittelt diese Liste unverzüglich an [den Spitzenverband Bund der Krankenkassen] zur Unterstützung der Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach dieser Regelung.</p>

Zu Absatz 3a:

GKV-SV	DKG
<p>Berichtspflichtig im Sinne der Qb-R sind die Krankenhäuser (Vgl. § 4). Die DeQS-Datenannahmestellen liefern gemäß § 8 und § 12 der Qb-R die Daten für das Kapitel C-1 der Qualitätsberichte der Krankenhäuser, sind jedoch selbst nicht berichtspflichtig, ergo keine Normadressaten und nicht sanktionierbar. Folglich kann die Berichtspflicht auch nur durch Krankenhäuser verletzt werden kann, was mit den in Absatz 2 und Absatz 3 konkretisierten Konsequenzen einhergeht.</p>	<p>Eine Nichtlieferung der Daten des Kapitels C-1 gemäß § 8 Absatz 4 hat zur Folge, dass der G-BA die jeweilige DeQS-Datenannahmestelle zur Nachlieferung innerhalb von vier Wochen auffordert. Die vorgesehene Aufforderung zur Nachlieferung zielt auf eine möglichst vollständige Veröffentlichung vorhandener Daten.</p>

Zu Absatz 4:

GKV-SV	DKG
<p>Es wird klargestellt, wann eine Verletzung der Berichtspflicht nicht sanktioniert wird. Dies ist immer dann der Fall, wenn dies dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist. Insbesondere wird dabei auf den Umstand einer fehlenden Lieferung des C-1-Teils durch die DeQS-Datenannahmestellen verwiesen. Dabei handelt es sich ja um eine Lieferung durch einen Dritten für das Krankenhaus und diese kann vom Krankenhaus selbst nicht direkt beeinflusst werden. Somit ist ein Fehlen dem Krankenhaus auch nicht zurechenbar.</p>	<p>Es werden die wesentlichen Ausnahmeregelungen festgeschrieben, bei denen keine Folgen gemäß Absatz 2 und 3 vorgenommen werden.</p> <p><u>Zu Buchstabe a:</u></p> <p>Im Zuge des Verfahrens zur Feststellung einer Verletzung der Berichtspflicht können Krankenhäuser Stellung beziehen und z.B. Gründe benennen, weswegen eine potentielle Verletzung der Berichtspflicht dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist. Insbesondere eine eventuelle Nichtlieferung durch die DeQS-Datenannahmestellen können von den Krankenhäusern nicht beeinflusst werden und ist ihnen daher auch nicht zurechenbar. Der G-BA berücksichtigt diese Sachverhalte und verzichtet in solchen Fällen auf die Folgen gemäß Absatz 2 und 3.</p> <p><u>Zu Buchstabe b:</u></p> <p>Ist eine Nachlieferung gemäß § 12 erfolgt ist die Berichtspflicht als erfüllt anzusehen. Es erfolgen keine der Folgen gemäß Absatz 2 und 3.</p> <p><u>Zu Buchstabe c:</u></p> <p>Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA bereits im März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungs-Verfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (Vgl. G-BA Beschluss vom 27.03.2020). Die COVID-19-Pandemie hat im Jahr 2020 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. Des Weiteren ist nicht absehbar wie sich das Infektionsgeschehen weiter auswirken wird. Aus diesem Grund wird für Fälle in denen im vorgesehenen Stellungsnahmeverfahren und unter</p>

	<p>Berücksichtigung der vorgebrachten Belege nachvollziehbar begründet wurde, dass eine Verletzung der Berichtspflicht als Folge der COVID-19-Pandemie aufgetreten ist, auf eine Folge gemäß Absatz 2 und 3 verzichtet.</p> <p><u>Zu Buchstabe d:</u></p> <p>Für das Berichtsjahr 2020 ist die Umsetzung einer neuen Annahmestelle Qb vorgesehen. Die bislang bekannten Verfahren zur Anmeldung, Registrierung und Übermittlung von Qualitätsberichtsdaten bei der bisherigen Annahmestelle, der ITSG GmbH, werden vollumfänglich geändert. Im Erfassungsjahr 2021 müssen Krankenhäuser ggf. Administratoren authentifizieren, aus dem Standortverzeichnis übernommene Anmeldedaten prüfen und ggf. Anmeldungen in der neuen Annahmestelle händisch nachtragen. Bisherige Verfahren werden in diesem Zuge geändert. Die Zeitfristen für den Übergang und zur Umstellung der Verfahren sind äußerst knapp bemessen. Es erscheint daher nicht verhältnismäßig eine Sanktion vorzusehen, wenn in Folge der Umstellung der gesamten Datenannahmestelle einschließlich der Anmelde- und Übermittlungsverfahren eine Verletzung der Berichtspflicht auftritt. Aus diesem Grund wird für Fälle in denen ein Krankenhaus im vorgesehenen Stellungnahmeverfahren mit geeigneten Belegen begründet, dass eine Verletzung der Berichtspflicht in Folge Umsetzung einer neuen Annahmestelle Qb aufgetreten ist, auf eine Folge gemäß Absatz 2 und 3 verzichtet.</p> <p><u>Zu Buchstabe e:</u></p> <p>Ab dem Berichtsjahr 2020 nutzt der G-BA das Standortverzeichnis als Grundlage für die Feststellung berichtspflichtiger Krankenhausstandorte. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass insbesondere im Übergangsjahr 2020 fehlerhafte oder nicht aktualisierte Einträge im Standortverzeichnis zu Missverständnissen führen können oder eine abweichende Auffassung zum Vorliegen einer Berichtspflicht bestehen kann. Aus diesem Grund wird für die seltenen Fälle in denen im vorgesehenen Stellungnahmeverfahren und Berücksichtigung geeigneter Belege nachvollziehbar begründet wurde, dass eine Verletzung der Berichtspflicht in Folge der angepassten Verfahren zur Feststellung der Berichtspflicht erfolgt ist, auf eine Folge gemäß Absatz 2 und 3 verzichtet.</p>
--	---

Zu § 14 Feststellende, festlegende und durchsetzende Stellen

An dieser Stelle werden gemäß § 2 Absatz 3 Satz 2 Nummer 4 QFD-RL die feststellenden, festlegenden und durchsetzenden Stellen für die Folgen einer Verletzung der Berichtspflicht gemäß § 13 festgelegt.

Zu Absatz 2:

GKV-SV	DKG
<p>Der G-BA stellt eine Verletzung der Berichtspflicht durch einen Abgleich der abschließenden Lieferliste gemäß § 3 Nr. 14 mit der Liste aller Krankenhäuser mit gültigem Standortkennzeichen zum Stichtag 31. Dezember des jeweiligen Berichtsjahrs fest.</p> <p>Wenn die Versorgung vor bzw. nach den in § 4 Absatz 3 definierten Zeitpunkt beendet bzw. aufgenommen wurde, sind Krankenhäuser im Berichtsjahr von der Berichtspflicht ausgenommen und müssen keinen Qualitätsbericht übermitteln. Ausschlaggebend zur Bewertung dieses Umstandes ist, ob sich ein Krankenhaus zum Stichtag im Standortverzeichnis befindet. Um dies zu prüfen, stellt die Annahmestelle dem G-BA entsprechend Listen zu den Stichtagen gemäß § 4 Absatz 3 zur Verfügung.</p>	<p>Zur Normklarheit wird entsprechend der bisherigen Anlage 3 Qb-R transparent dargelegt, wie das Verfahren zur Feststellung der Verletzung der Berichtspflicht konkret umgesetzt wird. Der G-BA stellt eine Verletzung der Berichtspflicht durch einen Abgleich der abschließenden Lieferliste gemäß § 3 Nr. 14 mit den stichtagsbezogenen Listen der berichtspflichtigen Krankenhausstandorte gemäß § 4 fest. Bei Feststellung einer Abweichung wird den Krankenhäusern die Möglichkeit zur Stellungnahme gegeben. Unter Berücksichtigung der Stellungnahmen der Krankenhäuser entscheidet der G-BA über die Folge gemäß § 13 Absatz 2. Die Normklarheit ist an dieser Stelle notwendig, um den Krankenhäusern nachvollziehbar Fristen und Verfahrenseckpunkte aufzuzeigen, sodass z.B. die Möglichkeit zur Vorbereitung eventueller Stellungnahmen ermöglicht wird und das Verfahren sowie relevante Zeitfristen bekannt sind.</p>

Zu Absatz 3

GKV-SV	DKG
<p>Berichtspflichtig im Sinne der Qb-R sind die Krankenhäuser (Vgl. § 4). Die DeQS-Datenannahmestellen liefern gemäß § 8 und § 12 der Qb-R die Daten für das Kapitel C-1 der Qualitätsberichte der Krankenhäuser, sind jedoch selbst nicht berichtspflichtig, ergo keine Normadressaten und nicht sanktionierbar. Folglich kann die Berichtspflicht auch nur durch Krankenhäuser verletzt werden kann, was mit den in Absatz 2 und Absatz 3 konkretisierten Konsequenzen einhergeht.</p>	<p>Eine Nichtlieferung der Daten des Kapitels C-1 gemäß § 8 Absatz 4 hat zur Folge, dass der G-BA die jeweilige DeQS-Datenannahmestelle zur Nachlieferung innerhalb von vier Wochen auffordert. Für den Fall, dass der Nachlieferung nicht entsprochen werden kann, können die DeQS-Datenannahmestellen eine Stellungnahme abgeben und den Sachverhalt darlegen. Die vorgesehene Aufforderung zur Nachlieferung zielt auf eine möglichst vollständige Veröffentlichung vorhandener Daten.</p>

§ 14a Datenschutz

[Vorsitzende des UA QS: Zur Begründung wird auf den inhaltsgleichen § 16 verwiesen.]

Zu § 15 Übergangsregelungen

[GKV-SV: Erstmalig wird in der Qb-R ein Kapitel zu Übergangsregelungen aufgenommen. Hierunter werden Vorgaben zu Inhalt, Struktur und Umfang des Qualitätsberichts gefasst, die lediglich temporär Bestandteil der Regelung sein sollen. Hierzu können temporäre Abweichungen von bestehenden Vorgaben im Regelungsrumpf gezählt werden. Beispielsweise orientiert sich die Regelung in Bezug auf die einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung an den Vorgaben und Verfahren gemäß DeQS-Richtlinie. In einzelnen

Bereichen (z.B. dem Follow-Up in Leistungsbereichen der datengestützten Qualitätssicherung) gilt die QSKH-Richtlinie jedoch noch temporär weiter und stellt damit Inhalte für den C-Teil des Qualitätsberichts zur Verfügung. Sobald die Gültigkeit der Übergangsregelungen für den Qualitätsbericht endet, kann der entsprechende Abschnitt aus diesem Paragraphen entfernt werden.]

Zu § 16 Datenschutz

Es werden Hinweise zum Datenschutz gegeben. Die Qualitätsberichte beinhalten die in der Anlage vorgesehenen personenbezogenen und einrichtungsbezogenen Daten, um Transparenz über das Versorgungsgeschehen herzustellen [GKV-SV: verantwortliche Stellen eindeutig identifizieren zu können] und Patientinnen und Patienten über Kontaktmöglichkeiten zu informieren. [GKV-SV: Auf diese Weise soll es ihnen ermöglicht werden, ihre gesetzlich definierten Patientenrechte wahrnehmen zu können. D.h. beispielsweise, dass sie Informationen und Ansprechpartner im Hinblick auf die Barrierefreiheit eines Krankenhauses benötigen oder konkret wissen sollten, an wen sie ihre Beschwerden richten können. Dabei richtet sich der Personenbezug ausschließlich auf den Namen und ggf. Titel, weiteren Angaben, wie z.B. Telefonnummer, E-Mail-Adresse, gehören zur jeweiligen Funktion, die im KH übernommen wird.]

GKV-SV	DKG
Darüber hinaus gilt zur Sicherstellung des Datenschutzes	Zur Sicherstellung des Datenschutzes gilt

für den Qualitätsbericht, dass bei Zahlen mit Patientenbezug anstelle der konkreten Zahl die Angabe „< 4“ zu machen ist. Dies greift den Sachverhalt auf, dass ggf. bei kleinen Fallzahlen unter Hinzunahme von Zusatzinformationen Patientenbezug hergestellt werden kann.

2.1.2 Anlage 1 (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2020)

Im Berichtsjahr 2020 erfolgt eine umfassende Überarbeitung der Anlage 1 insbesondere aufgrund der künftigen Nutzung des Standortverzeichnisses und der damit verbundenen Neustrukturierung des Regelungsrumpfes und der Anlagen und Anhänge gemäß Qb-R

GKV-SV	DKG
. Zudem wurden die Umstellung des Verfahrens gemäß QSKH-RL auf das Verfahren gemäß DeQS-RL, die weitere Umsetzung des IQTIG-Kennzahlenkonzepts (vgl.: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf) sowie Änderungsbedarf im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie berücksichtigt.	, der Berücksichtigung der Umstellung des Verfahrens gemäß QSKH-RL auf das Verfahren gemäß DeQS-RL, der weiteren Umsetzung des IQTIG-Kennzahlenkonzepts (vgl.: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf) sowie der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie.

Zu den Allgemeinen Hinweisen:

Es werden Streichungen vorgenommen, wenn Informationen durch die vorgenommene Neustrukturierung nunmehr im Regelungsrumpf enthalten sind.

GKV-SV	DKG
<p>Unter Nummer 1 wird die Benennung der Lieferdateien konkretisiert. Dabei wird sichergestellt, dass die Dateien unterschiedlicher Lieferanten einem Standort und im Falle des Gesamtberichts einem Krankenhaus zugeordnet werden können, ohne dass die einzelnen Dateien geöffnet werden müssen. Die Benennung orientiert sich dabei am bereits etablierten Aufbau und berücksichtigt zudem, dass ab dem Berichtsjahr 2020 die Standortnummer und Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis zur Identifikation Verwendung finden.</p>	<p>Aufgrund der besonderen Gegebenheiten von Tageskliniken wird unter Nummer 3 ein Hinweis aufgenommen mit dem klargestellt wird, dass Standortberichte für Tageskliniken neben den allgemeinen Informationen zum Standort und zu seiner Trägerschaft ausschließlich die Angaben zu nicht-bettenführenden Fachabteilungen enthalten können. Dieses spezielle Berichtsformat wird entsprechend in der Datensatzbeschreibung als Auswahloption für Tageskliniken angeboten werden.</p>

Zu Kapitel A:

Um die Leserinnen und Leser der Qualitätsberichte angemessen über eventuelle Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Aussagekraft der Qualitätsberichtsdaten zu informieren, wird an dieser Stelle ein Hinweistext vorgegeben, der automatisch durch die Erfassungssoftware übernommen wird.

Zu Kapitel A-1:

GKV-SV	DKG
<p>Es erfolgen Anpassungen aufgrund der Nutzung des Standortverzeichnisses als neue Grundlage für die Standortdefinition gemäß Qb-R. Zur eindeutigen Identifikation werden die neunstellige Standortnummer gemäß Standortverzeichnis sowie die ebenfalls im Standortverzeichnis hinterlegte Haupt-IK verwendet.</p> <p>Zudem ist die bisher genutzte Identifikation unter „weitere relevante Institutskennezeichen“ sowie „Standortnummer (alt)“ anzugeben. Dies soll im Übergangszeitraum eine berichtsjahresübergreifende Betrachtung für die Nutzerinnen und Nutzer des Qualitätsberichts ermöglichen.</p>	<p>Es erfolgen Anpassungen aufgrund der Nutzung des Standortverzeichnisses als neue Grundlage für die Standortdefinition gemäß Qb-R und die Feststellung berichtspflichtiger Krankenhäuser.</p>

Zu Kapitel A-11.2:

[DKG: Im Zusammenhang mit der Berücksichtigung der generalistischen Pflegeausbildung erfolgt die Ergänzung der Pflegefachfrau und des Pflegefachmanns (durch Ausbildung bzw. Studium) bei den anzugebenen pflegerischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.]

Zu Kapitel A-14:

[GKV-SV: Ziel der Regelung des G-BA zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern (G-BA Regelung) ist neben der Festlegung eines gestuften Systems in

Krankenhäusern auch die Festlegung einer Stufe für die Nichtteilnahme an der Notfallversorgung (Vgl. § 1 bzw. § 3 Absatz 2 Satz 1 der G-BA Regelung). Gemäß Vereinbarung der Partner auf Bundesebene legen die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG daraufhin „(...) in der Budgetverhandlung verbindlich fest, in welche Notfallstufe bzw. in welches Modul der speziellen Notfallversorgung (Modul) der Krankenhausstandort einzustufen ist“ (§ 1 Absatz 1 Satz 1 Notfallstufenvergütungsvereinbarung). Sofern § 3 Absatz 2 der G-BA Regelung zutrifft, vereinbaren die Vertragsparteien die Stufe der Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung (Vgl. § 3 Absatz 2 Satz 1 der G-BA Regelung; Vgl. § 1 Absatz 1 Satz 2 der Notfallstufenvergütungsvereinbarung).

Um neben den Allgemeinen Notfallstufen sowie den Modulen der Speziellen Notfallversorgung auch die Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung in den Qualitätsberichten strukturiert abzubilden, wird den Auswahlmöglichkeiten in Kapitel A-14.1 die Option „Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung“ hinzugefügt. Krankenhäuser, die bisher dieser Kategorie zuzuordnen waren, konnten dies nicht über eine Auswahlmöglichkeit abbilden. Da in diesen Fällen keine Angabe in A-14 vorzunehmen war, lässt sich im Qualitätsbericht nicht unterscheiden, ob ein Krankenhaus diese Angabe entweder übersehen hat oder – d.h. gemäß Vereinbarung – nicht am gestuften System der Notfallversorgung teilnimmt.

Die Information einer Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung war im Qualitätsbericht ergo bisher auch nicht für Patient*innen oder zuweisende Ärzt*innen verfügbar. Da die Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung mit der Nichterfüllung bestimmter Voraussetzungen (z.B. strukturell, technisch, personell) am Standort einhergeht, ist dies eine wichtige Information für die oben genannten Adressat*innen

Es ist zu betonen, dass es sich bei der Ergänzung der Auswahloption „Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung“ in Anlage 1 der Qb-R um eine Ergänzung handelt, die lediglich die Vollständigkeit aller vom G-BA festzulegenden Stufen der strukturierten Notfallversorgung im Qualitätsbericht sicherstellt. Eine Ausweitung der Inhalte auf Strukturen der Notfallversorgung außerhalb der Regelung des G-BA findet nicht statt.]

Zu Kapitel B-X.5:

GKV-SV	DKG
<p>Unbestritten hat die COVID-19-Pandemie das Leistungsgeschehen im Jahr 2020 beeinflusst. Mit der weiterhin vorzunehmenden Ausweisung der Fallzahlen auf Ebene der Fachabteilung/Organisationseinheit werden eben diese geänderten Leistungen transparent abgebildet und z.B. dargestellt wo Behandlungsschwerpunkte lagen.</p>	<p>Die Krankenhäuser hatten und haben z.T. noch immer aufgrund der COVID-19-Pandemie und deren Folgen außergewöhnliche Herausforderungen zu bewältigen. Durch die COVID-19-Pandemie kam es im Jahr 2020 zu erheblichen personellen und strukturellen Anpassungen in Krankenhäusern. Durch die Priorisierung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 und die Verschiebung planbarer Leistungen ergaben sich Auswirkungen bei den erbrachten Fallzahlen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. Es besteht die Gefahr von Fehlinformationen. Daher werden die Angaben auf Fachabteilungsebene zu den erbachten Fällen für das Berichtsjahr 2020 ausgesetzt. Um dennoch ausreichend Transparenz sicherzustellen, werden Gesamtfallzahlen auf Krankenhausstandortebene im Kapitel</p>

	A-10 dennoch für das Berichtsjahr 2020 ausgewiesen.
--	---

Zu Kapitel B-X.6:

[GKV-SV: Es wurde eine redaktionelle Änderung des im Text genannten ICD-10-Beispielkodes vorgenommen. Dieser ist nun, wie in der Beschreibung gefordert, endstellig.]

Zu Kapitel B-X.7:

[GKV-SV: Es wurde eine redaktionelle Änderung des im Text genannten OPS-Beispielkodes vorgenommen. Dieser ist nun, wie in der Beschreibung gefordert, endstellig.]

Zu Kapitel B-X.9:

GKV-SV	DKG
Unbestritten hat die COVID-19-Pandemie das Leistungsgeschehen im Jahr 2020 beeinflusst. Mit der weiterhin vorzunehmenden Ausweisung der Art und Anzahl von ambulanten Operationen werden eben dieses geänderte Leistungsgeschehen transparent abgebildet. Wird dieses Kapitel ausgesetzt, entfällt die Information über ambulante Operationen für das Jahr 2020 komplett, d.h. der Qualitätsbericht enthält keine Angabe darüber, welche ambulanten Operationen in welchem Umfang erbracht wurden.	Die Krankenhäuser hatten und haben z.T. noch immer aufgrund der COVID-19-Pandemie und deren Folgen außergewöhnliche Herausforderungen zu bewältigen. Durch die Priorisierung von Patientinnen und Patienten mit COVID-19 und die Verschiebung planbarer Leistungen ergaben sich Auswirkungen bei den erbrachten Fallzahlen. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. Es besteht die Gefahr von Fehlinformationen. Daher werden Angaben zu den ambulanten Operationen für das Berichtsjahr 2020 ausgesetzt.

Zu Kapitel B-X.11:

GKV-SV	DKG
Unbestritten hat die COVID-19-Pandemie das Leistungsgeschehen im Jahr 2020 beeinflusst. Mit der weiterhin vorzunehmenden Ausweisung der personellen Ausstattung auf Ebene der Fachabteilung/Organisationseinheit werden eben diese geänderten Leistungen sowie eine dafür eventuell notwendige geänderte Aufteilung der personellen Ressourcen innerhalb eines Krankenhauses transparent abgebildet. Wird diese Kapitel ausgesetzt, entfallen zudem alle Konkretisierungen zur ärztlichen und pflegerischen Fachexpertise, da über diese sinnvollerweise nur auf Ebene der Fachabteilung bzw. Organisationseinheit berichtet wird.	Die Krankenhäuser hatten und haben z.T. noch immer aufgrund der COVID-19-Pandemie und deren Folgen außergewöhnliche Herausforderungen zu bewältigen. Durch die COVID-19-Pandemie kam es im Jahr 2020 zu erheblichen personellen und strukturellen Anpassungen in Krankenhäusern. Die gesamte Planung und Zuteilung des Krankenhauspersonals musste kurzfristig bedarfsgerecht angepasst werden. Dadurch ist eine sinnvolle Darstellung der Personalangaben im Qualitätsbericht nicht möglich. Diese Effekte spiegeln sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2020 wider. Es besteht die Gefahr von Fehlinformationen. Daher werden Angaben auf Fachabteilungsebene zur personellen Ausstattung für das

	Berichtsjahr 2020 ausgesetzt. Um dennoch ausreichend Transparenz sicherzustellen, bleibt die Darstellung des Personals des Krankenhauses im Kapitel A-11 dennoch für das Berichtsjahr 2020 bestehen.
--	--

Zu Kapitel C-1:

Es erfolgen Anpassungen im Zusammenhang mit der Nutzung des Standortverzeichnisses als neue Standortdefinition gemäß Qb-R sowie mit der Berücksichtigung der Umstellung des Verfahrens gemäß QSKH-RL auf das Verfahren gemäß DeQS-RL und der weiteren Umsetzung des sogenannten IQTIG-Kennzahlenkonzepts (vgl.: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3380/2018-06-21_Qb-R_Freigabe-IQTIG-Bericht_Kennzahlen_inkl-Anlagen.pdf).

[GKV-SV: Die Überführung der Verfahren von der QSKH-RL in die DeQS-RL erfolgt in zwei Schritten. Für das Berichtsjahr 2020 hat bereits die Überführung einiger Leistungsbereiche in die DeQS-RL stattgefunden. Für die restlichen Leistungsbereiche ist das Berichtsjahr 2021 vorgesehen, im Berichtsjahr 2020 erfolgt die Qualitätssicherung noch gemäß QSKH-RL. Um Ergebnisse aus allen relevanten Verfahren im Qualitätsbericht abbilden zu können, wurde das gesamte Kapitel C-1 geprüft und, wo notwendig, Verweise auf die Verfahren gemäß DeQS-RL ergänzt.]

[GKV-SV: Ab dem Jahr 2020 ist die Standortnummer gemäß Standortverzeichnis sowohl für den Qualitätsbericht als auch für die datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung verbindlich anzuwenden. D.h. es gibt eine im Vorfeld vergebene Standortnummer, die in beiden Prozessen (Anmeldung Qualitätsbericht sowie datengestützte einrichtungsübergreifende Qualitätssicherung) identisch ist. Daher kann der bisher durchgeführte Prozess zur Sicherstellung einheitlicher Identifikationsdaten (Institutionskennzeichen, Standortnummer) entfallen.]

Zu Kapitel C-1.1:

[GKV-SV: Ab dem Jahr 2020 werden die Dokumentationsraten nicht mehr standortspezifisch ausgewiesen, sondern nur noch für das gesamte Krankenhaus. Die Anforderungen zur Darstellung der Dokumentationsrate wurden entsprechend angepasst. Zudem ist ein verpflichtender Hinweis zur Dokumentationsrate bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten vorgesehen. Dieser soll die Nutzerinnen und Nutzer des Qualitätsberichts über das Abweichen von der grundsätzlich standortbezogenen Darstellung informieren.

Trotz der geänderten Ausweisung der Dokumentationsrate ist es weiterhin möglich, die Anzahl der dokumentierten Fälle für den einzelnen Standort auszuweisen und so zumindest eine Teilinformation standortbezogen darzustellen. Dies erfolgt in der neuen Variable „Datensätze des Standortes“.]

Zu Kapitel C-1.2.2:

[GKV-SV: Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen sind gemäß QSKH-RL (RL § 8 Absatz 3 und 4) sowie DeQS-RL grundsätzlich standortbezogen zu berechnen. Daher bedarf es keiner Unterscheidung in weitere „Auswertungseinheiten“ innerhalb eines Standortes, sodass der entsprechende Hinweis für die Darstellung gestrichen wird. In Folge wird die bestehende Variable „Nummer“ und „Bezeichnung“ dahingehend angepasst, dass es nur noch im Gesamtbericht unterschiedliche Auswertungseinheiten (entspricht den Ergebnissen für die

einzelnen Standorte) geben kann. Hier ist nun die Standortnummer gemäß Standortverzeichnis sowie der Name des Krankenhausstandortes anzugeben.

Die Variablen „Bezug zu anderen QS-Ergebnissen“, „Sortierung“ sowie „risikoadjustierte Rate“ werden gemäß der dritten Umsetzungsstufe des Kennzahlenkonzeptes des IQTIG ab dem Berichtsjahr 2020 aufgenommen.]

Zu Kapitel C-3:

Die Angaben zur Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V wurden an die Änderungen der Richtlinie zur Zusammenführung der Anforderungen an die Richtlinie zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V (DMP-A-RL) angepasst.

Zu Kapitel C-5:

[DKG: Aufgrund der besonderen Bedeutung der Fallzahlhöhe bei den Angaben zu den Mindestmengen, wird zur Vermeidung von Fehlinterpretationen an dieser Stelle ein Hinweis gegeben, dass die Fallzahlen im Berichtsjahr 2020 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein können und daher nur eingeschränkt bewertbar sind.]

Zu Kapitel C-5.2:

[DKG: Es erfolgt eine Überarbeitung und Neustrukturierung der geforderten Mindestmengenangaben zum Prognosejahr. Die z.T. sprachlichen Klarstellungen und Präzisierungen der Unterkapitel zielen auf eine Erhöhung der Verständlichkeit der vorzunehmenden Angaben.]

Zu Kapitel C-6:

Die Angaben zur Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB wurden an die Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen (QFR-RL) angepasst. Gemäß § 10 Absatz 5 QFR-RL werden auch für die perinatalen Schwerpunkte auf www.perinatalzentern.org standortbezogene Informationen dargestellt.

Des Weiteren werden aufgrund der Verlängerung des sogenannten klärenden Dialogs gemäß QFR-RL die weiteren Angaben auch für die Berichtsjahr 2020 und 2021 vorgesehen. Es erfolgt des Weiteren eine sprachliche Präzisierung des Hinweistextes zum klärenden Dialog.

Zu Kapitel C-7:

[DKG: Aufgrund des Änderungsbeschluss des G-BA vom 16. Juli 2020 zur Verlängerung der Nachweisfrist gemäß § 6 der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R), erfolgt eine Anpassung der Ausfüllhinweise.]

Zu Kapitel C-8:

GKV-SV	DKG
Kapitel C-8.1 sowie C-8.2 im Berichtsjahr 2020	Die Angaben in diesem Kapitel

basieren auf den Nachweisen der Krankenhäuser zu den Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 12.11.2019 sowie der PpUG-Ergänzungs-

Nachweis-Vereinbarung 2020 vom 04.05.2020. Mit der Ersten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (BGBl. I S. 597 vom 27.03.2020) und vor dem Hintergrund der COVID-19 Pandemie hat das Bundesministerium für Gesundheit die Melde- und Nachweispflichten mit Bezug zu §§ 1 bis 9 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 28.10.2019 (PpUGV) mit Wirkung zum 01.03.2020 bis zum 31.12.2020 ausgesetzt. Mit der Zweiten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 16.07.2020 (BGBl I S. 1701) wurden die Melde- und Nachweispflichten für die pflegesensitiven Bereiche Intensiv-mezizin und Geriatrie zum 01.08.2020 wieder eingesetzt.

Für das Berichtsjahr 2020 liegen demnach Nachweise nach §§ 3 bis 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 für alle pflegesensitiven Bereiche gemäß § 6 Absatz 1 Nrn. 1 bis 8

GKV-SV	DKG
PpUGV	(Vgl. Tabelle 1)

für die Monate Januar und Februar vor. Für die pflegesensitiven Bereiche Intensivmedizin und Geriatrie liegen darüber hinaus Nachweise zur Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß §§ 3 bis 5 PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020 für die Monate August bis Dezember vor. Der Erfüllungsgrad der Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen ist gemäß § 137i Absatz 4 S. 4 SGB V sowie gemäß § (Einzufügen) der Zweiten PpUG-Ergänzungs-Nachweis-Vereinbarung 2020 vom (Einzufügen) in den Qualitätsberichten darzustellen.

Aufgrund der oben beschriebenen Anpassungen vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ist die Datengrundlage zur Ermittlung des monatsbezogenen (Kapitel C-8.1) sowie des schichtbezogenen Erfüllungsgrades (Kapitel C-8.2) im Berichtsjahr 2020 eingeschränkt. Mit den Daten für die Monate Januar und Februar liegen für die Bereiche Neurologie, Neurologie Schlaganfallereinheit, Neurologische Frührehabilitation, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie jeweils lediglich Daten zu zwei Monaten des Jahres 2020 vor, auf deren Basis der monatsbezogene Erfüllungsgrad (Kapitel C-8.1) ermittelt

GKV-SV	DKG
wird. Bei der Ermittlung des monatsbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie können	wurde. Die Erfüllungsgrade sind daher unter Berücksichtigung der eingeschränkten Datengrundlage zu interpretieren und müssen nicht repräsentativ für das gesamte Jahr sein. Bei der Ermittlung des monatsbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie konnten

darüber hinaus monatsbezogene Daten der Monate August bis Dezember genutzt werden.

Zur Ermittlung des schichtbezogenen Erfüllungsgrades (Kapitel C-8.2) werden die einzelnen Schichten in den pflegesensitiven Bereichen herangezogen. Für das Berichtsjahr 2020 liegen in den pflegesensitiven Bereichen Neurologie, Neurologie Schlaganfallereinheit, Neurologische Frührehabilitation, Herzchirurgie, Kardiologie, Unfallchirurgie jeweils Daten zu maximal 60 Tag- bzw. Nachtschichten (31 Schichten im Januar + 29 Schichten im Februar) vor.

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	Die o.g. Limitationen gelten entsprechend.

Bei der Ermittlung des schichtbezogenen Erfüllungsgrades in den pflegesensitiven Bereichen Intensivmedizin und Geriatrie konnten darüber hinaus schichtbezogene Daten der Monate August bis Dezember genutzt werden.

GKV-SV	DKG
Die Angaben in den Kapiteln C-8.1 und C-8.2 sollen von der Erfassungssoftware automatisch aus der Anlage 4 der PpUG-	Die Angaben des Kapitels C-8 erfolgen durch eine von der Erfassungssoftware sichergestellte, automatische Übernahme

Nachweis-Vereinbarung 2020 übernommen werden. Spezifische Vorgaben hierzu finden sich in den Kapiteln C-8.1 und C-8.2 der Anlage 1 sowie des Anhang 1 zu Anlage 1.	der entsprechenden Angaben aus der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2020. Die genaue Darstellungsform ist der tabellarischen Darstellung in den Kapitel C-8.1 und C-8.2 zu entnehmen.
--	--

2.1.3 Anhang 2 zu Anlage 1 (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2020)

Es erfolgt eine jährliche Überarbeitung der Auswahllisten.

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

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

- Ergänzung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung der gezielten Lungendenergieung durch Katheterablation bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung, die am 19. Dezember 2020 vom G-BA beschlossen wurden (Inkrafttreten am 18. Juli 2020) (CQ26)
- Ergänzung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem (QS-Richtlinie bronchoskopische LVR /QS-RL BLVR), die am 19. Dezember 2019 vom G-BA beschlossen wurden (Inkrafttreten am 08. September 2020) (CQ27)
- Ergänzung der Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion), die am 19. September 2019 vom G-BA beschlossen worden ist (Inkrafttreten am 07.12.2019) (CQ28)

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

[DKG: Zur Umsetzung der Generalistik werden die beiden Auswahlelemente „Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner“ sowie „Pflegefachfrau B. sc., Pflegefachmann B. sc.“ ergänzt.]

Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelung

[DKG: Zur Sicherstellung nachvollziehbarer und plausibler Angaben erfolgt eine Konkretisierung und Präzisierung der Auswahlelemente.]

2.1.4 Anlage 2

[DKG: Es erfolgen Anpassungen in Folge der Umsetzung einer neuen Annahmestelle Qb für das Berichtsjahr 2020.]

3. Bürokratiekostenermittlung

[Nutzung eines der drei Schnellbausteine]

[Ergänzung zum Schnellbaustein BKE:] Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von xx Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage I**.

4. Verfahrensablauf

Am T. Monat JJJJ begann die Arbeitsgruppe XY [Kurzform des AG-Namens] mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusentwurfes. In XX Sitzungen wurde der Beschlusentwurf erarbeitet und im Unterausschuss Qualitätssicherung / Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / DMP beraten (s. untenstehende Tabelle).

[Tabelle ist optional]

Datum	Beratungsgremium	Inhalt/Beratungsgegenstand
T. Monat JJJJ	UA QS/ASV/DMP	Einrichtung und Beauftragung der AG XY zur Erstfassung, Neufassung, Aufhebung oder Änderung der XY-Richtlinie nach § XY SGB V zum Thema XX
T. Monat JJJJ	AG-Sitzung	
T. Monat JJJJ	AG-Sitzung	
T. Monat JJJJ	Unterausschuss QS/ASV/DMP	Einleitung Stellungnahmeverfahren
T. Monat JJJJ	Unterausschuss QS/ASV/DMP	Auswertung Stellungnahme/n und ggf. Anhörung
T. Monat JJJJ	Plenum	Beschlussfassung

(Tabelle Verfahrensablauf)

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

Stellungnahmeverfahren

Gemäß §§ 91 Absatz 5, Absatz 5a und/oder 92 Absatz 7f SGB V und/oder § 137f Absatz 2 Satz 5 SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / der/den stellungnahmeberechtigten Organisation/en (vgl. **Anlage II**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlusentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Erstfassung / Neufassung / Aufhebung oder Änderung der Kurztitel der RL Stellung zu nehmen, soweit dessen/deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung / Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / DMP vom T. Monat JJJJ wurde das Stellungnahmeverfahren am T. Monat JJJJ eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente

finden sich in **Anlage III**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am T. Monat JJJJ.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte seine Stellungnahme fristgerecht zum T. Monat JJJJ vor (**Anlage IV**).

[oder:] Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom T. Monat JJJJ mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage IV**).

[oder:] Es wurden fünf Stellungnahmen fristgerecht, fünf Stellungnahmen nicht fristgerecht sowie fünf Stellungnahmen unaufgefordert eingereicht. Die eingereichten Stellungnahmen befinden sich in **Anlage IV**. Sie sind mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage V** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahme/n wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung / Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / DMP in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ durchgeführt (**Anlage V**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit / Die stellungnahmeberechtigte/n Organisation/en wurde mit Schreiben vom T. Monat JJJJ zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage V**).

5. Fazit

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Kurztitel der RL zu ändern/neu zu fassen.

[Bei Delegationsbeschlüssen] Der Unterausschuss Qualitätssicherung / Ambulante spezialfachärztliche Versorgung / DMP hat für den Gemeinsamen Bundesausschuss in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ beschlossen, die Kurztitel der RL zu ändern.

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

[Nur bei einer Beteiligung nach § 136 Abs. 3 oder § 136b Abs. 1 SGB V]: Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat, die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundeszahnärztekammer äußerten keine Bedenken.

6. Literaturverzeichnis

[Bei Nutzung von Endnote wird das Literaturverzeichnis bei jeder Bearbeitung automatisch an das Ende eines Worddokuments gesetzt. Daher sollte die manuelle Verschiebung des Literaturverzeichnisses an diese Stelle (zwischen 5. Fazit und 6. Zusammenfassende Dokumentation) einmalig und erst nach Finalisierung der TrGr erfolgen.]

7. Zusammenfassende Dokumentation

[Wenn keine Bürokratiekosten entstehen, kein Stellungnahmeverfahren durchgeführt wird und ansonsten keine Dokumente den Beratungsprozess veranschaulichen sollen, kann die Zusammenfassende Dokumentation entfallen.]

Anlage I: Bürokratiekostenermittlung

Anlage II: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage III: An die stellungnahmeberechtigte/n Organisation/en versandter Beschlussentwurf über eine Änderung der Kurztitel der RL sowie versandte Tragende Gründe

Anlage IV: *Stellungnahme/n [auch dann, wenn nur der Verzicht erklärt wird] des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, des Robert Koch-Instituts, der Bundesärztekammer, ... [ggf. mit Schwärzung der personenbezogenen Absenderdaten wie z.B. mitarbeiterbezogene Durchwahlen und E-Mail-Adressen, Kontodaten]*

Anlage V: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme/n nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

[Eine Vorlage der Anlage III zu den Tragenden Gründen (an die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlusssentwurf sowie versandte Tragenden Gründe) ist für die Beratungen im UA in der Regel nicht erforderlich. Dem Plenum ist hingegen die vollständige Zusammenfassende Dokumentation vorzulegen.]

Berlin, den 17. Dezember 2020

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



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

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

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON (0228) 997799-1308

FAX (0228) 997799-5550

E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Frau Virks

INTERNET www.bfdi.bund.de

DATUM Bonn, 10.11.2020

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1144

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

BETREFF

**Beschlussentwurf über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der
Krankenhäuser: Neustrukturierung der Qb-R und Anpassungen für das Berichtsjahr
2020**

Ihr Schreiben vom 14. Oktober 2020

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

Eine Stellungnahme gebe ich zur Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der
Krankenhäuser: Neustrukturierung der Qb-R und Anpassungen für das Berichtsjahr 2020
nicht ab.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Virks

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