



Maschinenverwertbarer Qualitätsbericht 2020 – Änderungen gegenüber 2019

Stand: 02.06.2021

Hinweis: Dies ist ein Servicedokument des Gemeinsamen Bundesausschusses: www.g-ba.de

Sollten Angaben in diesem Dokument im Widerspruch zu den Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) stehen, so gelten die Qb-R!

Inhalt

Zu diesem Dokument	5
Leerzeichen in Textfeldern	5
Umbenennungen	5
Umsetzung in strukturierten Elementen statt Textfeldern	5
Hinweis 5	
Hinweis zur COVID-19 Pandemie im Berichtsjahr 2020.....	5
Einleitung.....	6
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	6
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses	6
A-11.2 Pflegepersonal	8
A-12.3.1 Hygienepersonal	8
A-12.3.2.4 Händedesinfektion	9
A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V.....	9
A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe.....	9
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen.....	10
B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD	10
B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS	10
B-[X].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V	10
B-[X].11.2 Pflegepersonal	11
C Qualitätssicherung.....	11
C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	11
C-1.1.[Y] Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	11
C-1.2.[Z] Ergebnisse der Qualitätssicherung.....	12
C-1.2.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	13
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	13
C-5 Mindestmengen.....	14
C-5.2 Angaben zum Prognosejahr	14
C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr	14
C-5.2.1a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen.....	15
C-5.2.1b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R).....	15

C-5.2.1c	Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)	15
C-5.2.6	Übergangsregelung.....	16
C-8	Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr	16
Anhang 2 zur Anlage: Auswahllisten		17
A-8.2	„Ausbildung in anderen Heilberufen“	17
B-[X].8	„Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“	17
B-[X].11.1	„Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung“	17
B-[X].11.2	„Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“	19
C-5.1	„Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge“.....	19
C-6	„Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V“	20
Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V.....		22
Anhang 4 zur Anlage: Plausibilisierungsregeln.....		22

Zu diesem Dokument

Leerzeichen in Textfeldern

Zeichen werden immer inklusive Leerzeichen gezählt.

“Angaben unter ... sind jeweils auf n Zeichen begrenzt.“

bedeutet also

„Angaben unter ... sind jeweils auf n Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt“.

Umbenennungen

Umbenennungen von Elementen wurden soweit möglich vermieden, um Änderungen gering zu halten. Wo es der Verständlichkeit halber aber notwendig erschien, wurden Elemente auch umbenannt.

Umsetzung in strukturierten Elementen statt Textfeldern

An einigen Stellen war die Ausarbeitung von strukturierten Elementen anstelle von einfachen Textfeldern notwendig.

Hinweis

Es wurden allgemeine redaktionelle Anpassungen vorgenommen, welche hier nicht explizit dokumentiert sind.

Alle anderen inhaltlichen Änderungen sind im Folgenden dokumentiert.

Hinweis zur COVID-19 Pandemie im Berichtsjahr 2020

Es wurden vereinzelt Hinweise zur Befüllung von Elementen, unter Berücksichtigung der COVID-19 Pandemie, in der Qb-R vermerkt. Die detaillierten Hinweise sind im Folgenden unter den entsprechenden Kapiteln dokumentiert.

Einleitung

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. 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."

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Auf Grund von § 8 Absatz 2 Qb-R zur automatischen Aggregation des Gesamtberichts durch die Annahmestelle Qb, fallen Angaben zum Gesamtbericht in diesem Kapitel weg.

Weiterhin wurde das Kapitel umstrukturiert und erwartet die Angabe, ob das Krankenhaus einen oder mehrere Standorte besitzt.

	<Krankenhaus>	1..1
	<Ein_Standort>	0..1
	<Krankenhauskontaktdaten>	1..1
	<Name>	1..1
	<IK>	1..1
	<IK_Weitere>	0..1
	<Standortnummer>	1..1
	<Standortnummer_alt>	0..1
	<Kontakt_Zugang>	1..1
	<Kontakt_Adresse>	0..1
	<Telefon>	1..1

Oder-Verknüpfung

Maschinenverwertbarer Qualitätsbericht 2020 – Änderungen gegenüber 2019

<Email>	1..1
<Aerztliche_Leitung>	1..1
<Pflegedienstleitung>	1..1
<Verwaltungsleitung>	1..1
<Mehrere_Standorte>	0..1
<Krankenhauskontaktdaten>	1..1
<Name>	1..1
<IK>	1..1
<IK_Weitere>	0..1
<Kontakt_Zugang>	1..1
<Kontakt_Adresse>	0..1
<Telefon>	1..1
<Email>	1..1
<Aerztliche_Leitung>	1..1
<Pflegedienstleitung>	1..1
<Verwaltungsleitung>	1..1
<Standortkontaktdaten>	1..1
<Name>	1..1
<IK>	1..1
<Standortnummer>	1..1
<Standortnummer_alt>	0..1
<Kontakt_Zugang>	1..1
<Kontakt_Adresse>	0..1
<Aerztliche_Leitung>	1..1
<Pflegedienstleitung>	1..1
<Verwaltungsleitung>	1..1

Folgende Elemente wurden neu hinzugefügt:

- <E-Mail>
- <Standortnummer_alt>

Bei dem folgenden Element wurde das zulässige Format folgendermaßen geändert:

- <Standortnummer>
 - alt: „{0-9}{2}“
 - neu: „77{0-9}{4}000“

Bei dem folgenden Element wurde die Beschreibung folgendermaßen geändert:

- <Standortnummer>
 - alt: „“
 - neu: „Standortnummer aus dem Standortverzeichnis“
- <IK>
 - alt: „Institutionskennzeichen des Krankenhauses, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle als auch bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.“
 - neu: „Haupt-IK gemäß des Standortverzeichnisses des Krankenhauses, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle als auch bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.“

A-11.2 *Pflegepersonal*

Folgende Elemente wurden hinzugefügt:

- <Pflegefachfrau>
- <Pflegefachfrau_BSc>

Die entsprechenden Änderungen wurden außerdem im Kapitel *B-[X].11.2* vorgenommen.

A-12.3.1 *Hygienepersonal*

Auf Grund von § 8 Absatz 2 Qb-R zur automatischen Aggregation des Gesamtberichts durch die Annahmestelle Qb wurden folgende Elemente entfernt:

- <Keine_Angabe_Landesrecht_Gesamtbericht>
- <Anzahl_Keine_Abgabe_Landesrecht>

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Auf Grund von § 8 Absatz 2 Qb-R zur automatischen Aggregation des Gesamtberichts durch die Annahmestelle Qb wurden folgende Elemente entfernt:

- <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_Gesamtbericht>
 - <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Untere_Grenze>
 - <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Obere_Grenze>
- <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_Gesamtbericht>
 - <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Untere_Grenze>
 - <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Obere_Grenze>

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

Das Kapitel ist nunmehr verpflichtend anzugeben. Dazu wurde die Kardinalität der Gruppe <c_Teilnahme_Notfallversorgung> wie folgt geändert:

- alt: 0..1
- neu: 1

A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe

Folgende Elemente wurden unter dem Element <Teilnahme_Notfallstufe> hinzugefügt:

- <Keine_Teilnahme_Notfallversorgung> - Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung.
- <Erläuterungen>

Das folgende Element wurde umbenannt:

- <Notfallstufe_nicht_vereinbart>
zu
- <Notfallstufe_Nichtteilnahme_noch_nicht_vereinbart>

Die Beschreibung des folgenden Elements wurde wie folgt geändert:

- <Notfallstufe_Nichtteilnahme_noch_nicht_vereinbart>
 - alt: „Die Notfallstufe ist noch nicht vereinbart.“
 - neu: „Die Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde noch nicht vereinbart.“

Das folgende Element, unter <Umstand_Zuordnung_Notfallstufe>, wurde gelöscht:

- <Erlaeuterungen>

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Auf Grund von § 8 Absatz 2 Qb-R zur automatischen Aggregation des Gesamtberichts durch die Annahmestelle Qb wurden folgende Elemente entfernt:

- <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
 - <Fallzahl>
 - <Anzahl_FA_Datenschutz>

B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Auf Grund von § 8 Absatz 2 Qb-R zur automatischen Aggregation des Gesamtberichts durch die Annahmestelle Qb wurden folgende Elemente entfernt:

- <Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
 - <Anzahl>
 - <Anzahl_FA_Datenschutz>

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

Auf Grund von § 8 Absatz 2 Qb-R zur automatischen Aggregation des Gesamtberichts durch die Annahmestelle Qb wurden folgende Elemente entfernt:

- <Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
 - <Anzahl>
 - <Anzahl_FA_Datenschutz>

B-[X].11.2 Pflegepersonal

Folgende Elemente wurden hinzugefügt:

- <Pflegefachfrau>
- <Pflegefachfrau_BSc>

C Qualitätssicherung

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

Folgende Elemente wurden umbenannt, sowie deren Beschreibung angepasst:

- <IK_Krankenhaus>
 - Institutionskennzeichen Krankenhaus des Qualitätsberichts.

zu

- <IK>
 - Haupt-IK des Krankenhauses des Qualitätsberichts gemäß Standortverzeichnis

- <Standort>
 - Standortnummer des Qualitätsberichts.

zu

- <Standortnummer>
 - Standortnummer des Qualitätsberichts gemäß Standortverzeichnis.

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

Für das Element <Dokumentationsraten> wurde folgender Hinweis eingefügt:

„(!) Hinweis: Nachfolgende Textpassage ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen und im Rahmen der Veröffentlichung darzustellen: Hinweis: Für das Berichtsjahr 2020 sind die Dokumentationsraten nur eingeschränkt aussagekräftig, da sich im Erfassungsjahr 2020 Unterschreitungen der Dokumentationsrate in Folge der COVID-19-Pandemie ergeben können, die als unverschuldet zu werten sind.“

Folgende Elemente wurden hinzugefügt:

- <Anzahl_Datensaetze_Standort>
 - Anzahl der dokumentierten Datensätze des Standortes (ohne Minimaldatensätze) im Leistungsbereich (Ist)
- <Anzahl_Datensaetze_Standort_Datenschutz>
 - Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt.

Auf Grund von § 8 Absatz 2 Qb-R zur automatischen Aggregation des Gesamtberichts durch die Annahmestelle Qb wurden folgende Elemente entfernt:

- <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
 - <Fallzahl>
 - <Anzahl_FA_Datenschutz>
- <Dokumentationsrate_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
 - <Dokumentationsrate_Untere_Grenze>
 - <Dokumentationsrate_Obere_Grenze>

Das folgende Element wurde entfernt:

- <Dokumentationsrate_Mehrfach>

Die Liste der Leistungsbereiche wurde um folgendes Element ergänzt und die Häufigkeit für das Element <Leistungsbereich> dementsprechend um „1“ auf 32 erhöht.

- PCI_LKG

Für das Element <Kommentar_Krankenhaus> wurde die Liste der möglichen Angaben um folgende Text erweitert:

- „Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.“

C-1.2.[Z] Ergebnisse der Qualitätssicherung

Folgendes Element wurde hinzugefügt:

- <Risikoadjustierte_Rate>
 - „Risikoadjustierte Rate des Krankenhauses ergänzend für einen O/E-Indikator bzw. für eine O/E-Kennzahl, sofern diese Angabe vorliegt.“
- <Bezug_andere_QS_Ergebnisse>

- „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.“

C-1.2.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen

Die Liste der möglichen Kombinationen zur Bewertung des Strukturierten Dialogs gemäß QSKH-RL bzw. des Stellungnahmeverfahrens gemäß plan. QI-RL oder DeQS-RL wurde um folgende Elemente erweitert:

- <xsd:enumeration value="U61"/>
- <xsd:enumeration value="U62"/>
- <xsd:enumeration value="U63"/>
- <xsd:enumeration value="A71"/>
- <xsd:enumeration value="A72"/>
- <xsd:enumeration value="D80"/>
- <xsd:enumeration value="D81"/>
- <xsd:enumeration value="S92"/>

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

Die Schlüsselauswahlliste der Indikationen zu den Anforderungen an DMP, wurde folgendermaßen erweitert:

- Depression
- Osteoporose

Die Kardinalität des Elements <Teilnahme_DMP> wurde wie folgt geändert:

- alt: <xsd:element maxOccurs="8" name="Teilnahme_DMP">

- neu: <xsd:element maxOccurs="10" name="Teilnahme_DMP">

C-5 *Mindestmengen*

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-5.2 *Angaben zum Prognosejahr*

Das Kapitel wurde folgendermaßen umbenannt:

- alt: „Leistungsberechtigung für das Prognosejahr“
- neu: „Angaben zum Prognosejahr“

Folgende Elemente wurden dementsprechend umbenannt:

- <Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose>
zu
- <Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr>

C-5.2.1 *Leistungsberechtigung für das Prognosejahr*

Das Kapitel wurde folgendermaßen umbenannt:

- alt: „Gesamtergebnis der Prognosedarlegung“
- neu: „Leistungsberechtigung für das Prognosejahr“

Folgende Elemente wurden dementsprechend umbenannt:

- <Gesamtergebnis_Prognosedarlegung>
zu
- <Leistungsberechtigung_Prognosejahr>

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

Das Kapitel „C-5.2.2 - Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden“ wurde wie folgt umbenannt und weiterhin dem Kapitel C-5.2.1 als C-5.2.1a untergeordnet.

- alt: „Leistungsmengen, die der Prognoseermittlung zu Grunde gelegt wurden“
- neu: „Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen“

Das Kapitel beinhaltet, neben der Angabe der Leistungsmenge, die der Krankenhausträger im Rahmen der Prognosedarlegung an die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen übermittelt hat und Gegenstand der Prognoseprüfung waren, das Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkrankenkassen.

Das Kapitel „C-5.2.3 Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen“ wurde entfernt. Dessen Inhalt ist nun Teil des Kapitels C-5.2.1a.

Folgende Elemente wurden dementsprechend umbenannt:

- <Leistungsmengen_Prognoseermittlung>
zu
- <Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende>

Außerdem wurde das Element <Pruefung_Landesverbaende> verschoben und befindet sich nun unter <Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende>.

C-5.2.1b Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)

Das Kapitel „C-5.2.4 Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)“ ist ab sofort dem Kapitel C-5.2.1 als C-5.2.1b untergeordnet.

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

Das Kapitel „C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden“ wurde wie folgt umbenannt und weiterhin ab sofort dem Kapitel C-5.2.1 als C-5.2.1c untergeordnet.

- alt: „C-5.2.5 Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden“

- neu: „Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Abs. 5 SGB V)“

Folgende Elemente wurden dementsprechend umbenannt:

- <Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden>

zu

- <Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung>

C-5.2.6 Übergangsregelung

Das Kapitel C-5.2.6 Übergangsregelung entfällt.

Das entsprechende Element <Uebergangsregelung> wurde entfernt.

C-8 Umsetzung der Pflegepersonalregelung im Berichtsjahr

Die Schlüsselauswahlliste „Pflegesensitive Bereiche“ wurde um folgende Elemente erweitert:

- Neurologie
- Neurologie Schlaganfalleinheit
- Neurologische Frührehabilitation
- Herzchirurgie

Anhang 2 zur Anlage: Auswahllisten

A-8.2 „Ausbildung in anderen Heilberufen“

Folgende Elemente wurden der Auswahlliste hinzugefügt.

- **HB19** - Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
- **HB20** - Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.
- **HB21** - Altenpflegerin, Altenpfleger

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

Folgende Elemente wurden aus der Auswahlliste entfernt.

- **LK14** - Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit pulmonaler Hypertonie (mit Ablauf 31. Mai 2019 unwirksam gemäß § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V)
- **LK15_8** - 8. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen mit gynäkologischen Tumoren (mit Ablauf 9. August 2019 unwirksam gemäß § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V)

Folgende Elemente wurden der Auswahlliste hinzugefügt.

- **LK41** - onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 5: Tumoren der Lunge und des Thorax
- **LK42** - schwerwiegende immunologische Erkrankungen: Erkrankungsgruppe 1 – Sarkoidose

Bei folgenden Elementen wurde der Beschreibungstext geändert.

- **LK03**
 - alt: „Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose“
 - neu: „Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Mukoviszidose (mit Ablauf 17. März 2020 unwirksam gemäß § 116b Absatz 8 Satz 2 SGB V)“

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

Die Auswahlliste wurde folgendermaßen umbenannt.

- alt: „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“
- neu: „Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung“

Folgende Elemente wurden der Auswahlliste hinzugefügt.

- **AQ67** - Phoniatrie und Pädaudiologie
- **AQ68** - Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie
- **ZF50** - Balneologie und Medizinische Klimatologie
- **ZF51** - Dermatopathologie
- **ZF52** - Ernährungsmedizin
- **ZF53** - Immunologie
- **ZF54** - Kardiale Magnetresonanztomographie
- **ZF55** - Kinder- und Jugend-Endokrinologie und –Diabetologie
- **ZF56** - Kinder- und Jugend-Gastroenterologie
- **ZF57** - Kinder- und Jugend-Nephrologie
- **ZF58** - Kinder- und Jugend-Orthopädie
- **ZF59** - Kinder- und Jugend-Pneumologie
- **ZF60** - Kinder- und Jugend-Rheumatologie
- **ZF61** - Klinische Akut- und Notfallmedizin
- **ZF62** - Krankenhaushygiene
- **ZF63** - Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen
- **ZF64** - Plastische und Ästhetische Operationen
- **ZF65** - Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner
- **ZF66** - Sexualmedizin
- **ZF67** - Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)
- **ZF68** - Spezielle Kinder- und Jugendurologie
- **ZF69** – Transplantationsmedizin

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

Bei folgenden Elementen wurde der Beschreibungstext geändert.

- **ZP27**
 - alt: „OP-Koordination“
 - neu: „OP-Koordination/OP-Management“

C-5.1 „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge“

Folgende Elemente wurden aus der Auswahlliste entfernt.

- **MM03** - Personelle Neuausrichtung
- **MM05** - kein einschlägiger Ausnahmegrund

Folgende Elemente wurden der Auswahlliste hinzugefügt.

- **MM09** - Leistungserbringung trotz Nichtvorliegens einer positiven Prognose und ohne einschlägigen Ausnahmegrund.

Bei folgenden Elementen wurde der Beschreibungstext geändert.

- **MM01**
 - alt: „Behandlung von Notfällen oder Verlegung des Patienten medizinisch nicht vertretbar“
 - neu: „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**
 - alt: „Aufbau eines neuen Leistungsbereichs“
 - neu: „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.“
- **MM04**
 - alt: „Entscheidung der Landesbehörde gemäß § 136b Absatz 5 SGB V wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung“

- neu: „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**
 - alt: „Erstmalige Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung“
 - neu: „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**
 - alt: „Erneute Erbringung einer mindestmengenrelevanten Leistung nach mindestens 24-monatiger Unterbrechung“
 - neu: „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**
 - alt: „Bestätigte Prognose. Mengenmäßige Erwartung wurde jedoch nicht erreicht“
 - neu: „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.“

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

Folgende Elemente wurden aus der Auswahlliste entfernt.

- **CQ09** - Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und periostgedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk
- **CQ10** - Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk

Folgende Elemente wurden der Auswahlliste hinzugefügt.

- **CQ26** - Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der gezielten Lungendenergieung durch Katheterablation bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung
- **CQ27** - Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung mit Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion beim schweren Lungenemphysem (QS-Richtlinie bronchoskopische LVR /QS-RL BLVR)
- **CQ28** - Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Verfahren der Liposuktion bei Lipödem im Stadium III (QS-RL Liposuktion)

Anhang 3 zur Anlage: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Es wird darauf hingewiesen, dass der Beschluss des Anhang 3 zur Anlage der Qb-R für das Berichtsjahr 2020 im Sommer 2021 erfolgen wird.

Anhang 4 zur Anlage: Plausibilisierungsregeln

Details zu den Regeln (u.a. Prüfklasse, Fehlermeldung, Handlungsanweisung und Implementierungsvorschrift) sind dem Anhang 4 zur Anlage zu entnehmen.

Folgende Regeln wurden für das Berichtsjahr 2020 neu aufgenommen:

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil
66	Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2
67	Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2
68	Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktem	A-11.2

			Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	
69	Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc.	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2
70	Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2
71	Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2
72	Vorhandensein der spezifischen Angaben für Qualitätsindikatoren	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft, dass für einen Qualitätsindikator Angaben zur qualitativen Bewertung des Ergebnisses gemacht werden.	C-1.2
73	Nicht-Vorhandensein der spezifischen Angaben für Qualitätsindikatoren	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft, dass für QS-Ergebnisse, welche keine Qualitätsindikatoren sind, keine Angaben zu den Ergebnissen der qualitativen Bewertung gemacht werden.	C-1.2
74	Abgleich des rechnerischen Ergebnisses mit der Grundgesamtheit und den beobachteten Werten	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft, dass wenn das rechnerische Ergebnis > "0" ist und kein Datenschutz vorliegt, die Grundgesamtheit und die Anzahl der	C-1.2

Anlage 2 zum Beschluss
 Maschinenverwertbarer Qualitätsbericht 2020 – Änderungen gegenüber 2019

			beobachteten Ereignisse auch > "0" sind.	
75	Angabe des rechnerischen Ergebnisses bei O/E-Indikatoren	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft, ob für ein QS-Ergebnis, welches auf der Liste des IQTIG als O/E-Indikator gekennzeichnet ist, das rechnerische Ergebnis angegeben wird, wenn Fälle erbracht wurden und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist.	C-1.2
76	Angabe des rechnerischen Ergebnisses außer O/E-Indikatoren	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)	Diese Regel überprüft, ob für ein QS-Ergebnis, welches auf der Liste des IQTIG nicht als O/E-Indikator gekennzeichnet ist, das rechnerische Ergebnis angegeben wird wenn Fälle erbracht wurden und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist.	C-1.2
77	Mindestmengen: Vorhandensein des Leistungsbereichs bei Angaben zu im Berichtsjahr erreichten Leistungsmengen zur Prognosedarlegung	Wenn-Dann-Regel	Diese Regel überprüft, dass wenn im Kapitel C-5.2.1a für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich gemäß Mm-R eine Leistungsmenge größer "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge angegeben wurde, auch eine Angabe für diesen Leistungsbereich im Kapitel C-5.1 vorhanden ist.	C-5.1, C-5.2.1a
78	Mindestmengen: Nicht-Vorhandensein des Leistungsbereichs bei Null-Angaben zu im Berichtsjahr erreichten Leistungsmengen zur Prognosedarlegung	Wenn-Dann-Regel	Diese Regel überprüft, dass wenn im Kapitel C-5.2.1a für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich gemäß Mm-R eine Leistungsmenge gleich "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge angegeben wurde, keine Angabe für diesen Leistungsbereich im Kapitel C-5.1 vorhanden ist.	C-5.1, C-5.2.1a

Folgende Regel wird ab dem Berichtsjahr 2020 dauerhaft deaktiviert (es findet keine Überprüfung statt):

Nummer	Titel der Regel	Prüfklasse	Beschreibung	Berichtsteil
01	Standorte des Krankenhauses bei Gesamtbericht	Hart	Diese Regel überprüft, dass im Falle eines Gesamtberichtes (Standortnummer 99) das notwendige Element	A-1

			„Standorte_des_Krankenhauses“ angegeben ist.	
--	--	--	---	--

Für die Regel **5** „Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger“ wurde die Regelbeschreibung sprachlich angepasst:

- „Diese Regel überprüft, dass die ~~Summe~~ Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger aller Fachabteilungen ist.“

Für die Regel **57** „Abgleich OPS und Angaben zur Mindestmengenregelung“ wurden folgende Leistungsbereiche nach Mm-R aufgenommen:

- Stammzellentransplantation
- Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus

Für die Regeln

- **59** „Mindestmengen: Prüfung der Angaben zu den Leistungsmengen“
- **60** „Berechtigung zur Leistungserbringung“
- **61** „Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden“
- **62** „Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur bestätigten Prognose“
- **63** „Nein-Angaben bei der Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr“

wurden die Pfade der Elemente, auf Grund der Umstrukturierung des Kapitel C-5.2ff., aktualisiert. Inhaltlich bleiben die Regeln unverändert.

Die Regel **62** „Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur bestätigten Prognose“ wurde sprachlich angepasst, so dass eine „Oder-Verknüpfung“ der beiden Werte (der im Berichtsjahr erreichten Leistungsmenge und der in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichten Leistungsmenge) zur Plausibilisierung herangezogen wird.

Die Werte des Händedesinfektionsmittelverbrauchs der Allgemeinstationen wurde in der entsprechenden Regel **55** angepasst:

„Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Allgemeinstationen den halben (14,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (58 ml/Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.“

Die Werte des Händedesinfektionsmittelverbrauchs der Intensivstationen wurde in der entsprechenden Regel **56** angepasst:

„Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen den halben (61,22 ml/Patiententag) bzw. doppelten (244,86 ml/Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.“

Für folgende Regeln wird ab dem Berichtsjahr 2020 die Prüfklasse geändert:

Nummer	Titel der Regel	Prüfklasse	Beschreibung	Berichtsteil
60	Berechtigung zur Leistungserbringung	Hart	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass bei einer Angabe von "Ja" bei der Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr (C-5.2.1) mindestens eines der Elemente C-5.2.1a - C-5.2.1c mit "Ja" beantwortet wurde.	C-5.2
61	Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	Weich	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass bei der Erteilung einer Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§136b Absatz 5 SGB V) (Kapitel C-5.2.1c) in Kapitel C-5.2.1a (Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen) sowie Kapitel C-5.2.1b (Ausnahmetatbestand (§ 7 Mm-R)) "Nein" bzw. "Rechtstreit anhängig" angegeben wurde.	C-5.2
62	Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur bestätigten Prognose	Weich	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass wenn die Werte der im Berichtsjahr erreichten Leistungsmenge oder der in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichten Leistungsmenge jeweils größer oder gleich der Mindestmenge sind, bei der bestätigten Prognose in Kapitel C-5.2.1a "Ja" ausgewählt wurde.	C-5.2
63	Nein-Angaben bei der Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr	Hart	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass bei der Auswahl von "Nein" bei der Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr (C-5.2.1) die Angaben in den Kapiteln C-5.2.1a - C-5.2.1c verneint sind.	C-5.2

Anlage 2 zum Beschluss

Maschinenverwertbarer Qualitätsbericht 2020 – Änderungen gegenüber 2019

64	Prüfung der Angabe zur Teilnahme an der Notfallstufe bzw. der Spezialversorgung	Hart	Diese Regel überprüft, ob bei einer Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen mindestens eine Angabe zur Teilnahme an einer Notfallstufe oder zur Teilnahme an dem Modul der Spezialversorgung vorliegt.	A-14.1, A-14.3
65	Prüfung der Angabe von mindestens einer Notfallstufe	Hart	Die Regel überprüft, dass bei der Teilnahme an einer Notfallstufe mindestens eine der Stufen Basisnotfallversorgung (Stufe 1), Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) oder Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3) angegeben wird.	A-14.1