

# Tragende Gründe

zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser:

Änderung von §§ 8, 10, 12 bis 13, 16 bis 17, Ergänzung der Anlage und ihres Anhangs 2 für das Berichtsjahr 2022 und Aufhebung der Anlagen und Anhänge für das Berichtsjahr 2019 sowie der Anlage 3 und ihres Anhangs

Vom 15. Dezember 2022

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage</b> .....	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>2</b>
	2.1 Regelungsrumpf .....	2
	2.2 Anlage (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022).....	3
	2.3 Anhang 2 zur Anlage (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2022) .....	8
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>9</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf</b> .....	<b>10</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>10</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation</b> .....	<b>10</b>

## **1. Rechtsgrundlage**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V einen Beschluss über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zu fassen. In dem jährlich zu veröffentlichenden Qualitätsbericht ist der Stand der Qualitätssicherung, insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und 136a Absatz 1 SGB V sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) angepasst sowie die Anlage und der Anhang 2 zur Anlage der Qb-R für das Berichtsjahr 2022 eingefügt. Die nachfolgenden Tragenden Gründe erläutern insbesondere solche Änderungen, die gegenüber den bisherigen Regelungen, der Anlage und des Anhangs 2 zur Anlage der Qb-R für das Berichtsjahr 2021 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/>.

Überdies werden mit diesem Beschluss aus Gründen der Rechtsbereinigung die berichtsjahresspezifischen Anlagen und Anhänge für das Berichtsjahr 2019 sowie die Anlage 3 „Verfahren zur Veröffentlichung der Berichtspflicht und zur Erstellung einer Liste nach § 8 Absatz 1 ab dem Berichtsjahr 2015“ nebst Anhang aufgehoben, da diese keine Anwendung mehr finden. Die Aufhebung für das Berichtsjahr 2019 betrifft die Anlage 1 „Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts“, den Anhang 1 zur Anlage 1 „Datensatzbeschreibung“, den Anhang 2 zur Anlage 1 „Auswahllisten“, den Anhang 3 zur Anlage 1 „Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“, den Anhang 4 zur Anlage 1 „Plausibilisierungsregeln“, die Anlage 2 „Annahmestelle und Datenlieferverfahren“.

### **Zu den Regelungen im Einzelnen:**

Neben für das Berichtsjahr 2022 erforderlichen redaktionellen Anpassungen der Verweise wurden insbesondere folgende Änderungen vorgenommen:

#### **2.1 Regelungsrumpf**

##### **Zu § 8 Absatz 7**

Ab dem Berichtsjahr 2022 werden Angaben zur PPP-RL erstmalig im Qualitätsbericht dargestellt. Die dafür notwendigen Daten liegen im Rahmen des Nachweisverfahrens gemäß PPP-RL dem IQTIG vor. Daher wird das IQTIG als weiterer Datenlieferant definiert und die Datenlieferung für diesen neuen Akteur beschrieben. Die Daten werden bis zum 15. Oktober des Erstellungsjahres vom IQTIG den Krankenhäusern zur Verfügung gestellt. Eine abschließende Prüfung und Kommentierung durch die Krankenhäuser können bis zum 31. Oktober des Erstellungsjahres erfolgen. Im Anschluss erfolgen die Einarbeitung der Rückmeldungen und Initiierung von ggf. notwendigen Korrekturen. Abschließend übermittelt das IQTIG die finalen Datensätze bis zum 15. November des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb. Die Übermittlung durch das IQTIG ist abweichend vom Verfahren für die C-1-Daten möglich, da die Nachweisdaten gemäß PPP-RL dem IQTIG zu diesem Zeitpunkt

bereits mehrere Monate vorliegen. Zudem erfolgt im PPP-RL-Nachweisverfahren keine Leistungserbringer-Pseudonymisierung.

### **Zu § 10 Absatz 1**

Der Empfängerkreis des Qualitätsberichts wird um das IQTIG erweitert, um dem Institut den unmittelbaren Zugang zu den Qualitätsberichtsdaten, insbesondere zur Erstellung der temporären Sonderveröffentlichung zu den Mindestmengen, zu ermöglichen.

### **Zu § 12 Absatz 3**

Notwendige Korrekturen an einem bis zum 15. November übermittelten C-9-Kapitel kann das IQTIG bis zum 28. Februar des Veröffentlichungsjahres durch Anzeige gegenüber der Annahmestelle Qb vornehmen.

### **Zu § 16 Absatz 3**

Die Einführung der automatischen Aggregation der Standortberichte zu einem Gesamtbericht war im Kontext der Übernahme der Datenannahmestelle durch den G-BA bereits für das Berichtsjahr 2020 geplant. Bei Erstellung des technischen Konzeptes sind jedoch Fragen aufgekommen, die weitergehende fachliche Diskussionen erfordern, und eine rechtzeitige Implementierung nicht ermöglichen. Aus diesem Grunde kann abweichend von § 8 Absatz 2 Qb-R auch für das Berichtsjahr 2021 kein Gesamtbericht erstellt werden.

### **Zu § 17**

Es ist möglich, dass sich die Covid-19-Pandemie auf die Erstellung der Qualitätsberichte 2022 auswirken wird. Um dem Rechnung zu tragen und dies transparent zu kommunizieren, werden die veröffentlichenden Stellen verpflichtet, einen entsprechenden Hinweistext zu veröffentlichen.

## **2.2 Anlage (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022)**

### **Zu Kapitel A-4: Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie**

Dieses Kapitel wurde gestrichen, da differenzierte Angaben im Kapitel C-9.3.1.1: Regionale Pflichtversorgung aufgenommen wurden.

### **Zu Kapitel A-12.6: Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt**

Kapitel 12.6 ergänzt Informationen zur Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt im Qualitätsbericht der Krankenhäuser. Krankenhäuser und andere medizinische Institutionen, in denen Kinder und Jugendliche behandelt werden, sind immer wieder mit (Verdachts-)Fällen sexueller Gewalt konfrontiert. Konstellationen hierbei sind:

- Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen, die in medizinischen Einrichtungen behandelt werden, durch eine Person, die nicht in der medizinischen Institution tätig ist (z. B. innerfamiliärer Missbrauch, externer Fremdtäter)

- Sexuelle Übergriffe unter Kindern und Jugendlichen, die sich in medizinischen Einrichtungen aufhalten
- Sexueller Missbrauch durch eine in der medizinischen Einrichtung tätige Person

Medizinische Institutionen stehen in der Pflicht, dafür zu sorgen, dass sie einen Schutz- und Kompetenzort für die ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen darstellen. Seit Inkrafttreten eines Beschlusses vom 16. Juli 2020 in der Qualitätsmanagement-Richtlinie (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4379/>) müssen sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch (Risiko- und Gefährdungsanalyse) befassen. Daraus werden der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend konkrete Schritte und Maßnahmen abgeleitet (Schutzkonzept). Angaben zur Umsetzung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt werden nun auch in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser ergänzt, um die Transparenz über diese Maßnahmen zu ermöglichen.

Um Patientinnen und Patienten diese Hintergrundinformationen zur Verfügung zu stellen, ist ein Erläuterungstext vorgesehen, der automatisch von der Erfassungssoftware in den jeweiligen Qualitätsbericht zu übernehmen ist. Wenn Krankenhäuser Kinder und/oder Jugendliche versorgen und ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vorliegt, sind zusätzlich Instrumente und Maßnahmen im Rahmen des Schutzkonzeptes anzugeben. Hierzu wurde die Auswahlliste „Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“ im Anhang 2 zur Anlage der Qb-R ergänzt.

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

Im Berichtsjahr 2022 werden keine Leistungen mehr gemäß QSKH-RL berichtet, sodass die entsprechenden Verweise, Zuständigkeiten und Bewertungen aus der Anlage zu den Qb-R entfernt werden konnten.

#### **Zu Kapitel C-1.1.2: Übermittlung der Daten**

Die veröffentlichungspflichtigen Leistungsbereiche werden erst mit der Abnahme des Anhangs 3 und damit später als die Anlage zu den Qb-R festgelegt. Die Auflistung in der Anlage wurde daher durch einen Verweis auf Anhang 3 und dort Tabelle D ersetzt. Durch diese Bündelung in Anhang 3 wird die Konsistenz der Daten zwischen Fallzahlen und Dokumentationsraten sowie den QS-Ergebnissen verbessert.

#### **Zu Kapitel C-1.1.3: Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen**

Die Anpassung zur differenzierten Darstellung der Fallzahlen stellt sicher, dass nur veröffentlichungspflichtige Leistungsbereiche in den Qualitätsberichten ausgewiesen werden.

#### **Zu Kapitel C-1.2.1: Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Bei dem Parameter „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“ wurde der Hinweis "Bei Veröffentlichung ist sicherzustellen, dass die Kürzel zur Kategorie und Ziffer durch die Einstufung und Begründung ergänzt werden." aufgenommen. Durch diese Ergänzung soll die Verständlichkeit der qualitativen Bewertung von QS-Ergebnissen verbessert werden. Bei Veröffentlichungen beispielsweise auf Internetportalen oder in den Referenzberichten soll damit sichergestellt werden, dass neben den abstrakten Bewertungen wie R10, U62 oder A71 immer auch die verständlichen Bezeichnungen vorliegen – Beispiel U62 Einstufung "Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig" Begründung: "Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle".

## **Zu Kapitel C-5: Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

Es erfolgte eine Umstrukturierung des Kapitels C-5 in der Anlage zu den Qb-R, da sich die Höhe der Mindestmenge im Berichtsjahr 2022 von der Höhe der Mindestmenge im Prognosejahr 2024 unterscheidet. Zusätzlich wurden die neuen Leistungsbereiche gemäß Mindestmengenregelungen für das Berichtsjahr 2022 ergänzt.

Der Hinweis zur Covid-19-Pandemie wird ab dem Berichtsjahr 2022 gestrichen, da er sachlich inkorrekt ist. So lassen absolute Leistungszahlen bei Leistungen, bei denen ein Zusammenhang zwischen Leistungsmenge und Outcome besteht, immer einen Rückschluss auf die vorhandene Erfahrung und die von der Erfahrung abhängige, erwartbare Qualität der Leistungserbringung zu. Dabei ist unbedeutend, warum es ggf. zu niedrigeren Leistungszahlen kam. Falls die Covid-19-Pandemie dazu geführt hat, dass die erforderliche Leistungsmenge im Einzelfall nicht erreicht werden konnte, kann das Krankenhaus dies als Prognose-Kriterium geltend machen und trotz nicht erreichter Mindestmenge eine Leistungsberechtigung erlangen. Durch den weiterhin bestehenden Hinweis zu Beginn eines jeden Qualitätsberichts wird zudem sichergestellt, dass adäquat auf mögliche Auswirkungen der Covid-19-Pandemie hingewiesen wird.

In Kapitel C-5.1 und in Kapitel C-5.2.1.a wird normiert, dass die Erfassungssoftware eine Übernahme der vom Krankenhausträger elektronisch und auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation übermittelten Leistungsmengen ermöglicht. Die Prognosedarlegung gemäß § 5 Mm-R liegt jedem Krankenhaus, das eine Prognose gemäß Mm-R abgegeben hat, in einem einheitlichen Format vor. In die Erfassungssoftware ist die Prognosedarlegung einzulesen, die im Erstellungsjahr des Qualitätsberichts abgegeben wurde. Die Prognosedarlegung enthält für jeden Leistungsbereich, für den eine Prognose erfolgt, die Leistungsmenge über die Eingriffe des Berichtsjahres nach Qb-R (Zahl A) sowie die Leistungsmenge der letzten beiden Quartale des Berichtsjahres nach Qb-R gemeinsam mit der Leistungsmenge der ersten beiden Quartale des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres nach Qb-R (Zahl B). Die Erfassungssoftware ermöglicht für alle Leistungsbereiche die Übernahme der Zahl A im Kapitel C-5.1. In Kapitel C-5.2.1.a wird für alle Leistungsbereiche die Übernahme der Zahlen A und B ermöglicht. Eine manuelle Eintragung von Angaben bzw. Anpassung der übernommenen Daten bleibt möglich. Dies ist insbesondere notwendig, um Anpassungen zu ermöglichen, wo Mm-R und Qb-R voneinander abweichen. Abweichungen können bspw. auftreten, wenn ein Krankenhaus für einen Leistungsbereich keine Prognose abgegeben hat aber aufgrund einer Notfallbehandlung dennoch Leistungen in diesem Leistungsbereich erbracht hat.

Weiterhin wurde festgelegt, dass das Kapitel C-5.2.1.b (Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)) nur auszufüllen ist, wenn in Kapitel C-5.2.1.a (Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen) „nein“ ausgefüllt wurde. Kapitel C-5.2.1.c (Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a SGB V)) ist nur auszufüllen, wenn in Kapitel C-5.2.1.a „nein“ oder „Rechtsstreit anhängig“ ausgewählt wurde. Diese Vereinfachung zielt auf eine Erhöhung der Verständlichkeit der vorzunehmenden Angaben. Die Angabe „ja“ in Kapitel C-5.2.1.a stellt den häufigsten Fall dar. Angaben in den Kapiteln C-5.2.1.b und C-5.2.1.c sind nur relevant, wenn in Kapitel C-5.2.1.a nicht „ja“ angegeben wurde.

## **Zu Kapitel C-8: Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr**

Die vorzunehmenden Angaben wurden unter Berücksichtigung der Ersten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 8. November 2021 angepasst. Die Spalte „Höchstanteile an Pflegehilfskräften“ in Tabelle 1 wurde gelöscht, da die Höchstgrenzen bereits bei der Berechnung der Erfüllungsgrade durch das InEK berücksichtigt werden und die Darstellung im Qualitätsbericht lediglich informativen Charakter hat. Zusätzlich kann in dem pflegesensitiven Bereich „Gynäkologie und Geburtshilfe“ auch die Berufsgruppe der Hebammen auf die Pflegepersonaluntergrenzen angerechnet werden. Eine Berücksichtigung müsste mit einer weitergehenden Differenzierung der Tabelle einhergehen. Zum Zwecke der Komplexitätsreduktion soll auf die Darstellung der anrechenbaren Anteile anderer Berufsgruppen im Qualitätsbericht insgesamt verzichtet werden.

## **Zu Kapitel C-9 (neu): Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)**

Die Einfügung des neuen Kapitels „Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)“ erfolgt auf Basis des gesetzlichen Auftrages nach § 136a Absatz 2 Satz 10 SGB V, welcher vorsieht, im Qualitätsbericht Informationen über die Umsetzung der verbindlichen Mindestvorgaben zur Ausstattung mit therapeutischem Personal zu veröffentlichen.

In der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V sind verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Dabei legen diese eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Sie sind jedoch keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Die Nachweisführung in der PPP-RL erfolgt analog zur Berichtspflicht für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser für jeden Krankenhausstandort getrennt. Dabei kann ein Krankenhausstandort gemäß Definition der PPP-RL bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Die vollständige Erfüllung der personellen Mindestanforderungen ist ab dem 1. Januar 2024 vorgesehen. Für die Übergangszeit gilt ein gestuftes Verfahren. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %, welcher sowohl berufsgruppenspezifisch als auch insgesamt für die Einrichtung für die Erfüllung der Mindestvorgaben erreicht werden muss.

### **Zu Kapitel C-9.1: Zeitraum des Nachweises**

Die Angaben gemäß PPP-RL liegen differenziert für die Erwachsenenpsychiatrie, die Psychosomatik sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie vor (Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 PPP-RL). Daher wird auch im Qualitätsbericht über diese differenzierten Einrichtungen berichtet. Die Krankenhäuser weisen die Einhaltung der Mindestvorgaben quartalsweise nach. Daher sind die Angaben aller vier Quartale darzustellen. Eine inhaltliche Zusammenführung der Quartalsnachweise eines Jahres (z. B. durch das IQTIG) ist nicht vorgesehen.

### **Zu Kapitel C-9.2: Vollständige und fristgerechte Nachweisführung**

Zudem wird für Krankenhausstandorte, welche die Nachweise sowie die Erklärung zur Richtigkeit bis zum Ende der Korrekturfrist zum 1. März des Folgejahres nicht oder nicht vollständig erbracht haben, ein entsprechender Hinweis aufgenommen. Gemäß § 11

Absatz 12 PPP-RL sind sie wie folgt zu kennzeichnen: „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt.“

### **Zu Kapitel C-9.3.1: Strukturangaben zur Einrichtung**

Die Einhaltung der Mindestanforderungen wird um Strukturinformationen ergänzt. Diese sind Rahmeninformationen, welche die betrachteten Einrichtungen gemäß § 5 PPP-RL näher beschreiben und somit die Höhe der einrichtungsindividuellen Mindestpersonalvorgaben nachvollziehbar erklären. Dementsprechend sieht § 12 PPP-RL vor, dass neben der Einhaltung der Mindestpersonalvorgaben weitere Strukturinformationen, die den zum Verständnis des jeweiligen Erfüllungsgrades erforderlichen Kontext liefern, im Qualitätsbericht dargestellt werden.

Daher werden die Einrichtungen gemäß § 5 PPP-RL dahingehend charakterisiert, welche Stationen sie umfassen. Diese werden hinsichtlich Größe (Anzahl der vollstationären Planbetten und teilstationären Planplätze) und der Behandlungsschwerpunkte beschrieben. Zudem berücksichtigt die Höhe der Mindestvorgaben den Leistungsumfang (Anzahl der Behandlungstage) sowie das Behandlungssettings und Art und Schwere der Erkrankung (Stichtageinstufung der Patienten in Behandlungsbereiche). Entsprechend werden auch diese Aspekte als Kontextinformationen bereitgestellt.

Außerdem werden Angaben zur regionalen Versorgungsverpflichtung dargestellt. Diese differenzierteren Angaben ersetzen dabei den bisherigen Abschnitt A-4. Neben einer umfassenderen Information zum Sachverhalt werden zudem bereits an anderer Stelle vorliegende Daten für den Qualitätsbericht genutzt.

Die oben beschriebenen Strukturangaben sind vollständig in den Nachweisen gemäß Anlage 3 der PPP-RL enthalten. Sie bedürfen keiner weiteren Verarbeitung durch das IQTIG.

### **Zu Kapitel C-9.3.2: Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen und zu Kapitel C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad**

Die PPP-RL sieht in § 12 vor, dass die tatsächliche Personalausstattung für die einzelnen Berufsgruppen im Qualitätsbericht zu veröffentlichen ist.

Die Erfüllung der Mindestvorgaben insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen ist gemäß § 12 PPP-RL im Qualitätsbericht zu veröffentlichen. Entsprechend wird in Kapitel C-9.3.3.1 die Einhaltung der Mindestvorgaben und der Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen angegeben. Kapitel C-9.3.3.2 gibt in Folge den Umsetzungsgrad sowie die Einhaltung der Mindestvorgaben für jede Berufsgruppe an. Kapitel C-9.3.3.3 gibt den Umsetzungsgrad über alle Berufsgruppen hinweg in der Einrichtung an.

### **Zu Kapitel C-9.3.3.4: Ausnahmetatbestände**

Krankenhäuser können von den verbindlichen Mindestvorgaben abweichen, wenn einer der in § 10 Absatz 1 PPP-RL beschriebenen Ausnahmetatbestände zutrifft. Die von den Krankenhäusern in den Nachweisen gemäß PPP-RL angegebenen Ausnahmetatbestände werden in diesem Abschnitt dargestellt. Dabei können auch mehrere Ausnahmetatbestände zutreffen.

Die Krankenhäuser haben die Möglichkeit, das gesamte C-9-Kapitel zu kommentieren. Die Kommentierung erfolgt im Rahmen der abschließenden Prüfung der C-9-Daten bis zum 31. Oktober des Erstellungsjahres. Der Gesamtkommentar wird mit den Daten des C-9-Kapitels durch das IQTIG an die Annahmestelle Qb geliefert und am Ende des Kapitels integriert.

## **Zu Kapitel C-10 (neu): Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien**

Die Einfügung des Abschnitts „C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien“ erfolgt auf Basis des gesetzlichen Auftrags nach § 136b Absatz 6 Satz 1: „In dem Bericht nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 [Anm.: Qualitätsbericht] ist der Stand der Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und § 136a sowie der Umsetzung der Regelungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 darzustellen.“ Damit ist explizit auch die Darstellung der Umsetzung der Richtlinie nach § 136a Absatz 5 SGB V: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL) umfasst. Für die Adressaten des Qualitätsberichts (Patientinnen und Patienten ebenso wie zuweisende Ärzte und Ärztinnen) handelt es sich um wichtige Informationen zur Auswahl eines Krankenhauses. Der Qualitätsbericht ist die einzige bundesweite Datenquelle, in der die Krankenhäuser, die Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) anwenden dürfen, dargestellt werden.

### **2.3 Anhang 2 zur Anlage (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2022)**

#### **Auswahlliste „Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“ (Kapitel A-12.6.1)**

Mit der Ergänzung des Kapitels A-12.6 wurde ebenfalls eine entsprechende Auswahlliste aufgenommen. Diese ermöglicht die Konkretisierung von angewendeten Instrumenten und Maßnahmen im Rahmen des vorliegenden Schutzkonzeptes. Zu allen ausgewählten Instrumenten und Maßnahmen sind dabei verpflichtende Zusatzangaben zu tätigen. Diese konkretisieren die ausgewählten Instrumente und Maßnahmen, wodurch diese verständlicher und informativer für die Nutzerinnen und Nutzer des Qualitätsberichts werden.

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

Diese Auswahlliste werden 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)**

Das Auswahlelement AQ64 „Zahnmedizin“ wird gestrichen, da es sich hier nicht um eine Facharzt- oder Fachzahnarztbezeichnung handelt. Die regionalen Fachzahnarztbezeichnungen „Parodontologie“ (Bundesland Westfalen-Lippe) und „Allgemeine Zahnheilkunde“ (Bundesland Brandenburg) werden als AQ73 und AQ74 aufgenommen.

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

Die folgenden Maßnahmen sind im Berichtsjahr 2022 nicht mehr gültig und werden aus der Auswahlliste entfernt:

<b>Nr.</b>	<b>Beschluss</b>	<b>Datum Außerkrafttreten</b>
CQ11	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem hepatozellulären Karzinom (HCC)	mit Ablauf des 25. November 2021 außer Kraft

CQ12	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms	gültig bis 31. Dezember 2021
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 (Änderung mit Beschluss vom 15. Juli 2021, siehe CQ29)	gültig bis 15. Juli 2021
CQ29	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen nach zwei bis sechs Zyklen Chemotherapie oder Chemoimmuntherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie	gültig bis 31. Dezember 2021
CQ19	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) der UICC Stadien I bis III	gültig bis 31. Dezember 2021
CQ21	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit Ösophaguskarzinom	gültig bis 31. Dezember 2021
CQ22	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei interstitieller Low-Dose-Rate-Brachytherapie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms	seit dem 8. Januar 2021 außer Kraft
CQ23	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie und akuter myeloischer Leukämie bei Erwachsenen	mit Ablauf des 1. Juli 2021 außer Kraft

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

In dieser Auswahlliste wird für das Bundesland Hessen das Element „Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind“ gestrichen, da diese dort nicht verpflichtend zu dokumentieren sind.

### **Auswahlliste „Arzneimittel für neuartige Therapien“ (Kapitel C-10)**

Zur Konkretisierung der Angaben im Kapitel C-10 wird eine Auswahlliste vorgesehen. Diese ermöglicht die Darstellung der im Krankenhausstandort eingesetzten Arzneimittel für neuartige Therapien einschließlich der jeweiligen Indikationsgebiete. Die Angaben beziehen sich auf die ATMP-QS-Richtlinie und ihre Anlagen. Die Auswahlliste ist entsprechend regelmäßig zu überprüfen und zu aktualisieren.

## **3. Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen neue bzw. geänderte Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO. Hieraus resultieren jährliche Bürokratiekosten in Höhe von 24.595 Euro sowie einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 73.786 Euro. Die ausführliche Berechnung der Bürokratiekosten findet sich in der **Anlage I**.

#### 4.      **Verfahrensablauf**

Am 9. Februar 2022 begann die Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung mit der Beratung zur Erstellung des Beschlusentwurfes. In sechs Sitzungen wurde der Beschlusentwurf 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 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlusentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 7. September 2022 wurde das Stellungnahmeverfahren am 13. September 2022 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage II**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 11. Oktober 2022.

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 6. Oktober 2022 mit, keine Stellungnahme abzugeben (**Anlage III**).

#### 5.      **Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 15. Dezember 2022 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Länderververtretung tragen den Beschluss mit.

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

#### 6.      **Zusammenfassende Dokumentation**

Anlage I:      Bürokratiekostenermittlung

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

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

Berlin, den 15. Dezember 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## **Bürokratiekostenermittlung zur Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R): Anpassungen für das Berichtsjahr 2022**

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 in Teil A / Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts um die Angabe zu Präventions- und Interventionsmaßnahmen als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (A-12.6) Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt und (A-12.6.1) Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen. In Teil C / Qualitätssicherung werden (C-5) Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V, (C-8) Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) im Berichtsjahr angepasst und mit (C-9) Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) und (C-10) Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien zwei neue Kapitel hinzugefügt. Zudem gibt es Änderungen bei einer Reihe von Auswahllisten: „Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen“, „Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“, „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“, „Ärztliche und zahnärztliche Fachexpertise der Abteilung“, „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht“, „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V“ sowie „Arzneimittel für neuartige Therapien“.

Hinsichtlich des neuen Kapitels C-9 entstehen den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern keine neuen bürokratischen Aufwände, da diese Daten bis zum 15. November des Erstellungsjahres direkt vom IQTIG an die Annahmestelle der Qualitätsberichte geliefert werden; sie liegen dem IQTIG gemäß § 11 PPP-RL zum Zeitpunkt der Übermittlung aufgrund der kontinuierlichen quartalsweisen und einrichtungsbezogenen Nachweise bereits vor.

Laut Deutschem Krankenhaus Verzeichnis für das Jahr 2022 ([www.deutsches-krankenhausverzeichnis.de](http://www.deutsches-krankenhausverzeichnis.de), abgerufen am 20.09.2022) besteht für 2.497 Krankenhäuser und deren Standorte eine Berichtspflicht nach § 4 Qb-R. Für die Erstellung eines Qualitätsberichts ist ein hohes Qualifikationsniveau (59,10 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 30 Minuten geschätzt. Mithin resultieren daraus einmalige Bürokratiekosten in Höhe von 29,55 Euro (59,10 Euro x

0,5) je Qualitätsbericht sowie insgesamt in Höhe von geschätzt 73.786 Euro (29,55 Euro x 2.497).

Jährliche Bürokratiekosten entstehen den Krankenhäusern insofern, als die jährliche Berichterstellung durch die nun zusätzlich vorzunehmenden Angaben in Teil C-8 einen höheren Zeitaufwand beansprucht. Dieser erhöhte Aufwand wird auf 10 Minuten je Qualitätsbericht geschätzt. Die daraus resultierenden jährlichen Bürokratiekosten belaufen sich je Qualitätsbericht somit auf 9,85 Euro (59,10 Euro x 0,16) und insgesamt auf etwa 24.595 Euro (9,85 Euro x 2.497).

Die zusätzlichen Angaben zu Präventions- und Interventionsmaßnahmen (A-12.6, A-12.6.1) sowie die Angaben zur Anwendung von innovativen Arzneimitteln (C-10) bestehen in einer einfachen Meldung mit durchschnittlicher Komplexität. Darüber hinaus sind von den Angaben zu C-10 nur von wenigen Krankenhausstandorten anzugeben. Die daraus resultierenden zusätzlichen Bürokratiekosten sind marginal und daher wird an dieser Stelle auf eine Quantifizierung weiterer jährlicher Bürokratiekosten verzichtet.



# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Änderung von §§ 8, 10, 12 bis 13, 16 bis 17, Ergänzung der Anlage und ihres Anhangs 2 für das Berichtsjahr 2022 und Aufhebung der Anlagen und Anhänge für das Berichtsjahr 2019 sowie der Anlage 3 und ihres Anhangs

**Stand: 07.09.2022** nach Sitzung des UA QS

**Hinweise:**

- Es bestehen dissente Positionen in Ziffer I (§§ 8, 10, 12 und 17), die **gelb markiert** sind.
- Bei grau hinterlegten Textteilen sind spezifische Anpassungen erforderlich oder es handelt sich um Folgedissense.

Vom **15. Dezember 2022**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am **15. Dezember 2022** beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BANz AT 24.07.2013 B5), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 16. Juni 2022 (BANz AT 29.07.2022 B2) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die Qb-R werden wie folgt geändert:

1. § 8 wird wie folgt geändert

- a. In Absatz 1 und Absatz 3 Satz 1 werden jeweils die Wörter „im Kapitel C-1“ durch die Wörter „in den Kapiteln C-1 und C-9“ ersetzt.
- b. Folgender Absatz 7 wird angefügt:

„Die Daten zum Kapitel C-9 der Anlage werden

DKG	GKV-SV/PatV
dem Krankenhaus bis zum 15. November des Erstellungsjahres direkt vom Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V zur abschließenden Prüfung und Kommentierung zur Verfügung gestellt. Die Krankenhäuser erhalten bis zum 30. November des	bis zum 15. November des Erstellungsjahres direkt vom Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V an die Annahmestelle Qb übermittelt.

Erstellungsjahres die Gelegenheit zur abschließenden Prüfung und Kommentierung ihrer Daten. Das Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V kann Korrekturen auf Grundlage der Rückmeldungen der Krankenhäuser vornehmen. Es übermittelt die finalen Datensätze standortbezogen bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb.	
---	--

“

2.

DKG	GKV-SV
In § 10 Absatz 1 werden nach den Wörtern „sowie den weiteren nach § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V zu beteiligenden Organisationen“ die Wörter „und dem Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V“ eingefügt.	<i>[keine Übernahme]</i>

3. § 12 wird wie folgt geändert:

a.

DKG	GKV-SV
In Absatz 1 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt: „Für eine Berichtigung zwischen dem 28. Februar und dem 31. August des Veröffentlichungsjahres hat das Krankenhaus einen Antrag mit einer konkreten Angabe der zu ändernden Datenfelder elektronisch beim G-BA zu stellen.“	<i>[keine Übernahme]</i>

b.

<i>Folgedissens zu Ziffer 3a</i>	
DKG	GKV-SV
Die bisherigen Sätze 2 bis 4 werden die Sätze 3 bis 5.	<i>[keine Übernahme]</i>

c.

<i>Folgedissens zu Ziffer 3a</i>	
DKG	GKV-SV
In Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender Satz 2 eingefügt: „Für eine Berichtigung zwischen dem 28. Februar und dem 31. August	<i>[keine Übernahme]</i>

des Veröffentlichungsjahres hat die DeQS-Datenannahmestelle einen Antrag mit einer konkreten Angabe der zu ändernden Datenfelder elektronisch beim G-BA zu stellen.“	
--	--

d.

<i>Folgedissens zu Ziffer 3a</i>	
DKG	GKV-SV
Die bisherigen Sätze 2 bis 5 werden die Sätze 3 bis 6.	<i>[keine Übernahme]</i>

e. Nach Absatz 2 wird folgender Absatz 3 eingefügt:

„Das Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V kann ein bis zum

<i>Folgedissens zu Ziffer 1b</i>	
DKG	GKV-SV/PatV
15. Dezember	15. November

übermitteltes Kapitel C-9 durch Anzeige gegenüber der Annahmestelle Qb bis zum 28. Februar des Veröffentlichungsjahres berichtigen. *[Folgedissens zu Ziffer 3a, DKG: Für eine Berichtigung zwischen dem 28. Februar und dem 31. August des Veröffentlichungsjahres hat das Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V einen Antrag mit einer konkreten Angabe der zu ändernden Datenfelder elektronisch beim G-BA zu stellen.]* Die Annahmestelle Qb bestimmt in Abstimmung mit dem Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V ein Zeitfenster von mindestens zwei Wochen, innerhalb dessen die berichtigten Daten zu übermitteln sind. Für die übermittelten berichtigten Daten gilt § 9 dieser Regelungen entsprechend. Bei Berichtigungen des C-9-Kapitels durch das Institut nach § 137a Absatz 1 SGB V hat dieses das betroffene Krankenhaus zu informieren.

<i>Folgedissens zu Ziffer 1b</i>	
DKG	GKV-SV/PatV
Dem Krankenhaus ist entsprechend § 8 Absatz 7 Satz 2 die Möglichkeit zur Fehlerprüfung und Kommentierung des berichtigten C-9-Kapitels zu geben.	

“

f. Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4.

4. § 13 wird wie folgt geändert:

- a. In Absatz 4 Satz 2 werden die Wörter „des C-1-Kapitels gemäß § 8 Absatz 6“ durch die Wörter „des C-1- oder des C-9-Kapitels gemäß § 8 Absatz 6 und 7“ ersetzt.
- b. In Absatz 5 Satz 2 werden die Wörter „Datenlieferungen zum Kapitel C-1 erfolgt sind“ durch die Wörter „Datenlieferungen zu den Kapiteln C-1 und C-9 erfolgt sind“ ersetzt.

- c. In Absatz 7 werden die Wörter „keine C-1-Daten vorliegen, kann der G-BA die zuständige übermittelnde Stelle auffordern, hierzu eine schriftliche Stellungnahme abzugeben und die C-1-Daten nachzuliefern“ durch die Wörter „keine C-1- oder C-9-Daten vorliegen, kann der G-BA die zuständige übermittelnde Stelle auffordern, hierzu eine schriftliche Stellungnahme abzugeben und die C-1- oder C-9-Daten nachzuliefern“ ersetzt.
5. In § 16 Absatz 3 werden die Wörter „für das Berichtsjahr 2020“ durch die Wörter „für die Berichtsjahre 2020 und 2021“ ersetzt.
- 6.

DKG/PatV	GKV-SV
In § 17 werden die Wörter „für die Berichtsjahre 2019, 2020 und 2021“ durch die Wörter „für die Berichtsjahre 2019, 2020, 2021 und 2022“ ersetzt.	<i>[keine Übernahme]</i>

II. Die Anlagen werden wie folgt geändert:

1. Die Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2019 wird aufgehoben.
2. Nach der Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2021 wird die Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022 gemäß **Anlage 1** zum Beschluss eingefügt.
3. Der Anhang 1 zur Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2019 wird aufgehoben.
4. Der Anhang 2 zur Anlage 1: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2019 wird aufgehoben.
5. Nach dem Anhang 2 zur Anlage: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2021 wird der Anhang 2 zur Anlage: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2022 gemäß **Anlage 2** zum Beschluss eingefügt.
6. Der Anhang 3 zur Anlage 1: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2019 wird aufgehoben.
7. Der Anhang 4 zur Anlage 1: Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2019 wird aufgehoben.
8. Die Anlage 2: Annahmestelle und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr 2019 wird aufgehoben.
9. Die Anlage 3: Verfahren zur Veröffentlichung der Berichtspflicht und zur Erstellung einer Liste nach § 8 Absatz 1 ab dem Berichtsjahr 2015 wird aufgehoben.
10. Der Anhang zu Anlage 3 Qb-R Formular zur Begründung eines Antrags gemäß § 2 Anlage 3 wird aufgehoben.

III. 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](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 15. Dezember 2022

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Stand: 07.09.2022** nach Sitzung des UA QS

**Hinweise:**

- Es bestehen dissente Positionen in den Kap. A-4, C-5, C-8, C-9 und C-10, die **gelb markiert** sind.
- Es besteht ein Prüfvorbehalt des GKV-SV zu Kap. A-12.6.
- Bei grau hinterlegten Textteilen sind spezifische Anpassungen erforderlich oder es handelt sich um Folgedissense.

**Anlage Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022**

**Allgemeine Hinweise ..... 5**

**1. Erläuterungen zur Berichterstellung..... 5**

**2. Umfang und Format des Qualitätsberichts..... 6**

**3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts ..... 7**

**A. Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts ..... 10**

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses ..... 10

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers..... 11

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus ..... 11

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie..... 12

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses..... 12

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses ..... 12

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit ..... 13

A-7.1 Ansprechpartner für Menschen mit Beeinträchtigungen..... 13

A-7.2 Konkrete Aspekte der Barrierefreiheit..... 13

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses ..... 14

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

- A-8.1 Forschung und akademische Lehre ..... 14
- A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen ..... 14
- 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 ..... 17
  - 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 Lenkungs-gremium ..... 20
  - A-12.2 Klinisches Risikomanagement ..... 20
    - A-12.2.1 Verantwortliche Person ..... 20
    - A-12.2.2 Lenkungs-gremium ..... 21
    - A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen ..... 21
      - A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungs-internen Fehlermeldesystems ..... 22
      - A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungs-übergreifenden Fehlermeldesystemen ..... 22
  - A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte ..... 23
    - A-12.3.1 Hygienepersonal ..... 23
    - A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene ..... 24
      - A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen ..... 25
      - A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie ..... 26
      - A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden ..... 27
      - A-12.3.2.4 Händedesinfektion ..... 27
      - A-12.3.2.5 Umgang mit Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) ..... 28
      - A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement ..... 29

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

- A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement..... 29
- A-12.5 Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) ..... 30
  - A-12.5.1 Verantwortliches Gremium ..... 30
  - A-12.5.2 Verantwortliche Person ..... 31
  - A-12.5.3 Pharmazeutisches Personal ..... 31
  - A-12.5.4 Instrumente und Maßnahmen ..... 32
- A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt ..... 33
  - A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen ..... 33
- A-13 Besondere apparative Ausstattung..... 34
- A-14 Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung des G-BA gemäß § 136c Absatz 4 SGB V..... 35
  - A-14.1 Teilnahme an einer Notfallstufe..... 35
  - A-14.2 Teilnahme an der Speziellen Notfallversorgung ..... 36
  - A-14.3 Teilnahme am Modul Spezialversorgung ..... 36
  - A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen)..... 36

**B. Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen..... 38**

- B-[X].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung..... 38
- B-[X].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten ..... 39
- B-[X].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung..... 39
- B-[X].4 *[unbesetzt]*..... 39
- B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung ..... 39
- B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD ..... 40
- B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS ..... 40
- B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten ..... 41
- B-[X].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V ..... 43
- B-[X].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft ..... 43
- B-[X].11 Personelle Ausstattung..... 44

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

- B-[X].11.1 Ärztinnen und Ärzte ..... 45
- B-[X].11.2 Pflegepersonal ..... 46
- B-[X].11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik ..... 48

**C Qualitätssicherung ..... 50**

- C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 50
  - C-1.1.[Y] Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate ..... 50
    - C-1.1.1 Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten ..... 51
    - C-1.1.2 Übermittlung der Daten ..... 51
    - C-1.1.3 Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen ..... 52
  - C-1.2.[Z] Ergebnisse der Qualitätssicherung ..... 52
    - C-1.2.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen ..... 53
- C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V ..... 59
- C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V ..... 60
- C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung ..... 60
- C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V ..... 61
  - C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr ..... 62
    - C-5.2 Angaben zum Prognosejahr ..... 62
      - C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr ..... 63
        - C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen ..... 63
        - C-5.2.1.b Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R) ..... 63
        - C-5.2.1.c Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a 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 Pflegepersonaluntergrenzen (PpuG) im Berichtsjahr ..... 66

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

- C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) ..... 67
- C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG)..... 69
- C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) ..... 71
- C-9.1 Zeitraum des Nachweises..... 71
- C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung..... 72
- C-9.3 Einrichtungstyp..... 72
- C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung..... 73
- C-9.3.1.3 Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche..... 74
- C-9.3.1/C-9.3.2 Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen..... 74
- C-9.3.2/C-9.3.3 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad ..... 74
- [PatV/BPtK: C-9.3.3.1/C-9.3.3.2 Einhaltung der Empfehlungen in der Einrichtung ..... 75
- C-9.3.2.1/C-9.3.3.2 Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen..... 75
- C-9.3.2.3/C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände ..... 76
- [GKV-SV: C-10Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien]

77

**Allgemeine Hinweise**

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

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

**1. Erläuterungen zur Berichterstellung**

**Benennung des Qualitätsberichts**

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

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

### **Benennung der Lieferdateien: Dateinamenskonvention**

#### a) Standortberichte

Die Dateien sind von den übermittelnden Stellen folgendermaßen zu benennen:

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

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

Berichtsteil C-9 <Haupt-IK>-77<XXXX>000-<JAHR>-IQTIG.xml

#### Gesamtberichte

Die Dateien sind von der Annahmestelle Qb folgendermaßen zu benennen:

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

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

Gesamtbericht Berichtsteil C-9 <Haupt-IK>-<Jahr>IQTIG.xml

## **2. Umfang und Format des Qualitätsberichts**

### **Format**

Der Qualitätsbericht ist in einem maschinenverwertbaren standardisierten Datensatzformat gemäß § 6 Qb-R und 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 den §§ 7 und 8 Qb-R von den jeweiligen Stellen erstellt und 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.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

### **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.

#### **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 in 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)

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

- E-Mail

„Kontakt/Person kurz“ enthält:

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

„Kontakt/Adresse“ enthält:

- Straße
- Hausnummer (freiwillig)

alternativ: Postfach (freiwillig)

- Adresszusatz (freiwillig)
- Postleitzahl
- Ort

„Kontakt/Zugang“ enthält:

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

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

„Kontakt/Person lang“

„Kontakt/Person kurz“

„Kontakt/Adresse“

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

„Kontakt/Zugang“

### **Einleitung des Qualitätsberichts**

Hier sind folgende Angaben zu machen:

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

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

## **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 2022:**

Vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie hat der G-BA seit März 2020 die Inhalte und Verfahren unterschiedlicher Qualitätssicherungsverfahren an die besonderen Rahmenbedingungen angepasst (vgl. G-BA-Beschluss vom 27. März 2020 bzw. 21. April 2022). Aber auch jenseits der Qualitätssicherungsverfahren hat die Pandemie im Jahr 2022 bedeutsam Einfluss auf die Versorgung in Krankenhäusern genommen. Diese Effekte können sich auch in den Qualitätsberichten im Berichtsjahr 2022 widerspiegeln. 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 2021 transparent dar und erfüllen damit eine wichtige Aufgabe für Patientinnen und Patienten sowie die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte.

### **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
  - a) Institutionskennzeichen (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis)

Hier ist das Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis anzugeben, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle Qb als auch bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wurde. Liefert das Krankenhaus keine Daten für die externe vergleichende Qualitätssicherung, ist nur darauf zu achten, dass an dieser Stelle dasselbe Institutionskennzeichen angegeben wird, welches als Identifikation bei der Annahmestelle Qb verwendet wird.

- b) Weitere relevante Institutionskennzeichen

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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

## 3. Bei Krankenhäusern mit nur einem Standort:

- a) Standortnummer aus dem Standortverzeichnis
- b) Standortnummer (alt)

Hier ist – falls vorhanden – die im Berichtsjahr 2019 verwendete Nummer anzugeben.

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

Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten zusätzlich:

## II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

- 1. Name und Hausanschrift des Krankenhausstandorts [„Kontakt/Zugang“]; zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt/Adresse“]
- 2. Institutionskennzeichen (Haupt-IK gemäß Standortverzeichnis)
- 3. Standortnummer gemäß Standortverzeichnis
- 4. Standortnummer (alt)

Hier ist – falls vorhanden – die im Berichtsjahr 2019 verwendete Nummer für diesen Standort anzugeben.

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

**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.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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

Folgedissens zu Vorschlag des GKV-SV: Kap. C-9.3.1.1 (Regionale Pflichtversorgung)	
DKG	GKV-SV
<p><b>A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie</b></p> <p><b>(nur wenn zutreffend)</b></p> <p>Hier geben psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung an, ob eine regionale Versorgungsverpflichtung besteht oder nicht (Ja/Nein).</p>	<p>[keine Übernahme]</p>

**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
-----	------------------	-----------

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsbedarfen	z. B. <i>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 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 gleichberechtigten 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.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

„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	z. B. Beschriftung liegt vor in Patientenzimmern, in Behandlungsräumen, in Funktionsräumen

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

**A-8.1 Forschung und akademische Lehre**

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

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

**A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen**

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

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

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

### **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 Ambulante Fallzahl
- d) Fallzahl der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung (StäB)

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

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

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, richtet sich die Fallzählung der voll- und teilstationären Fälle nach § 9 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.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

### **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 Ärztinnen und Ärzte in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt umgerechnet. Nichthauptamtliche Ärztinnen und Ärzte (Belegärztinnen und Belegärzte und Konsiliarärztinnen 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.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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. (sieben bis acht Semester)

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

- 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:

- Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen
- Klinische Neuropsychologinnen und Klinische Neuropsychologen
- Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

- 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.

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

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

## **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: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

einer QM/RM-Gesamtdokumentation anzugeben. Voraussetzung für die Angabe als Teil einer Gesamtdokumentation ist die Auswahl „Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation liegt vor“ mit der Angabe des Namens und letzten Aktualisierungsdatums. Diese Werte werden – wählt man bei den Zusatzangaben die Option „Teil der QM/RM-Dokumentation“ – entsprechend durch die Software übertragen.

**A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungswinterne Fehlermeldesystems**

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

Wenn ja,

- Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

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

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

**A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen**

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

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem

Auswahloptionen: ja; nein

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Wenn ja,

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums

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

### **A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte**

#### **A-12.3.1 Hygienepersonal**

Anzugeben ist hier die Anzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die gemäß den Vorgaben der einzelnen Krankenhaushygieneverordnungen der Bundesländer mit der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention betraut sind. Dabei werden auch die landesspezifischen Übergangsvorschriften berücksichtigt. Bei der Veröffentlichung nach § 9 Qb-R ist auf Folgendes hinzuweisen: „Gemäß § 23 Absatz 8 Satz 2 Nummer 3 des 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)

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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“]
- 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:

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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

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

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

Auswahloptionen: ja; nein; kein Einsatz ZVK

Wenn ja:

Der Standard thematisiert insbesondere

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein; kein Einsatz ZVK

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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

Die Antibiotikaprofylaxe 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 Antibiotikaprofylaxe liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Durchführung Operationen

1. Der Standard thematisiert insbesondere:

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

#### **A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden**

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

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor.

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

Auswahloptionen: ja; nein; keine Durchführung Wundversorgung

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

#### **A-12.3.2.4 Händedesinfektion**

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

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

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

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

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html)).

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein

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

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter 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

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

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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.

#### **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

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

#### **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, gegebenenfalls 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 der Patientin oder 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.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

#### **A-12.6 Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt**

Hinweis: Der folgende Text ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen:

*„Gemäß § 4 Absatz 2 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben Einrichtungen die Prävention von und Intervention bei Gewalt und Missbrauch als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorzusehen. Ziel ist es, Missbrauch und Gewalt insbesondere gegenüber vulnerablen Patientengruppen, wie beispielsweise Kindern und Jugendlichen oder hilfsbedürftigen Personen, vorzubeugen, zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auch innerhalb der Einrichtung zu verhindern. Das jeweilige Vorgehen wird an Einrichtungsgröße, Leistungsspektrum und den Patientinnen und Patienten ausgerichtet, um so passgenaue Lösungen zur Sensibilisierung der Teams sowie weitere geeignete vorbeugende und intervenierende Maßnahmen festzulegen. Dies können u. a. Informationsmaterialien, Kontaktadressen, Schulungen/Fortbildungen, Verhaltenskodizes, Handlungsempfehlungen/Interventionspläne oder umfassende Schutzkonzepte sein.“*

Werden Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt als Teil des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements vorgesehen?

Auswahloptionen: ja; nein

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

##### **A-12.6.1 Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen**

Hinweis: Der folgende Text ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen:

*„Gemäß § 4 Absatz 2 i.V.m. Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie haben sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch bei Kindern und Jugendlichen zu befassen (Risiko- und Gefährdungsanalyse) und – der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend – konkrete Schritte und Maßnahmen abzuleiten (Schutzkonzept). In diesem Abschnitt geben Krankenhäuser, die Kinder und Jugendliche versorgen an, ob sie gemäß § 4 Absatz 2 i.V.m. Teil B Abschnitt I § 1 der Qualitätsmanagement-Richtlinie ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen aufweisen.“*

Auswahloptionen: Es werden keine Kinder und/oder Jugendliche versorgt. Es werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt.

Wenn „Es werden Kinder und/oder Jugendliche versorgt.“, ist zusätzlich anzugeben:

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Es liegt ein auf Basis einer Gefährdungsanalyse erstelltes Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vor, das mindestens die Elemente Prävention, Interventionsplan und Aufarbeitung gemäß Teil B Abschnitt I § 1 Satz 9 QM-RL umfasst.

Auswahloptionen: ja; nein

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

Wenn „ja“, sind zusätzlich Instrumente und Maßnahmen im Rahmen des Schutzkonzeptes aus der Auswahlliste „Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“ des Anhangs 2 ggf. unter Verwendung von Freitextfeldern anzugeben. Die Angaben werden differenziert nach Prävention, Intervention und Aufarbeitung dargestellt.

**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	

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

AA26	Positronenemissions-tomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin		in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen
------	--	--	--	--

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

Der G-BA hat in 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 Kapitel A-14.3); Nichtteilnahme an der strukturierten Notfallversorgung; Notfallstufe oder Nichtteilnahme wurde 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 Kapitel A-14.2)
3. Zuordnung zu einer der Stufen aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß § 3 Absatz 2 Satz 3 der Regelungen zu den Notfallstrukturen

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

*[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 krankenhauplanerischer Festlegung als Spezialversorger ausgewiesen sind, oder Krankenhäuser ohne Sicherstellungszuschlag, die nach Feststellung der Landeskrankenhausplanungsbehörde für die Gewährleistung der Notfallversorgung zwingend erforderlich sind und 24 Stunden an sieben Tagen pro Woche an der Notfallversorgung teilnehmen

#### **A-14.4 Kooperation mit Kassenärztlicher Vereinigung (gemäß § 6 Absatz 3 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

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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.

Auswahloptionen: ja; nein

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

## **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 dritten und vierten 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:

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

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Die Stellvertretung ist nicht anzugeben.

### **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].4 [unbesetzt]**

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

Angegeben werden müssen:

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

- a) Vollstationäre Fallzahl
- b) Teilstationäre Fallzahl

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

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

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, richtet sich die Fallzählung der voll- und teilstationären Fälle nach § 9 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 zugrunde 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.

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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 zugrunde gelegt werden.

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

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

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

Hier können grundsätzlich alle ambulanten ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten unabhängig von der gesetzlichen oder vertraglichen Grundlage und der Art der Abrechnung dargestellt werden. Die entsprechenden Ambulanzarten sind aus der Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ zu Kapitel B-[X].8 in 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 Konsilleleistungen sind hier nicht anzugeben.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Beispiel:

Nummer	Art der Ambulanz	Bezeichnung	Nr. der Leistung	Angebote Leistungen	Kommentar
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V (alte Fassung) bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)	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 Krankenhausärztinnen und Krankenhausärzten)	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	Angebote Leistungen	Kommentar
AM06	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	Angebote zur ambulanten Behandlung im	LK01	CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

		Krankenhaus nach § 116b SGB V (alt)	...	...	
AM17	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	Beteiligung an einem Team zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (neu)	LK29	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	

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

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

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

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

Die OPS-Prozeduren sind gemäß der jeweils für das Berichtsjahr geltenden Fassung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (der Anlage des Vertrags nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus [AOP-Vertrag]) anzugeben. Berücksichtigt werden hier nur die OPS-Ziffern, die in den Abschnitten 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: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Wenn ja, ist anzugeben, ob

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

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

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

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

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

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 Vollkräfte im Jahresdurchschnitt umgerechnet. Nichthauptamtliche Ärztinnen und Ärzte (Belegärztinnen und Belegärzte und Konsiliarärztinnen 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: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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 als „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 Belegärztinnen und 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.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

### **Ärztliche Fachexpertise der Abteilung**

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

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

Beispiele:

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

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

### **B-[X].11.2 Pflegepersonal**

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

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

- Altenpflegerinnen und Altenpfleger (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegefachfrau, Pflegefachmann (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc. (sieben bis acht 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
- 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

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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 in Vollkräften
- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG) in Vollkräften
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Vollkräften
- Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Vollkräften
- Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Vollkräften

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

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

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.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

## **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 Absatz 4 bis 6 durch die DeQS-Datenannahmestellen und gemäß Übergangsregelung in § 16 Qb-R durch die nach QSKH-RL auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen.

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, können die übermittelnden Stellen über die Annahmestelle Qb miteinander in Kontakt treten.

---

#### **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.

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

Die Übermittlung der Daten zu Kapitel C-1.1 erfolgt 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.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

### **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 krankenhausbezogene 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 krankenhausbezogen 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 Teil 1 § 15 Absatz 2 DeQS-RL (Meldung zur Sollstatistik) für bundesweit verpflichtende Leistungsbereiche des jeweiligen Berichtsjahres zu übermitteln, sofern Anhang 3 zur Anlage eine Veröffentlichung von QS-Ergebnissen für diese Leistungsbereiche vorsieht. 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 Tabelle D in Anhang 3 zu übernehmen.
- „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.
- „Datensätze des Standortes“: Hier ist die Anzahl der dokumentierten Datensätze des Auswertungsstandortes (ohne Minimaldatensätze) im Leistungsbereich (Ist) anzugeben. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.
- „Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses“: Hier ist, soweit vorhanden, der Kommentar des Krankenhauses anzugeben. Die Angaben sind auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

**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 den folgenden Bereichen 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 Aortenklappenchirurgie", "Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe", "Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe", "Kombinierte Herzklappenchirurgie" und "Kathetergestützte kombinierte Herzklappeneingriffe".
  - Die Dokumentationsraten der Pankreas-Nieren-Transplantation beziehen sich auf die Bereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation“.
2. Für die QS-Verfahren der Hüft- und Knieendoprothesenversorgung (HEP, KEP) erfolgt eine weitere Differenzierung der Fallzahlen (Soll) für Erstimplantationen („HEP\_IMP“, „KEP\_IMP“) und Wechseleingriffe („HEP\_WE“, „KEP\_WE“).
  3. Beim QS-Verfahren Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen erfolgt eine differenzierte Darstellung der Fallzahlen (Soll). Dabei werden „Offenchirurgische Aortenklappeneingriffe“ (HCH\_AK\_CHIR), „Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe“ (HCH\_AK\_KATH), „Koronarchirurgische Operationen“ (HCH\_KC), „Offenchirurgische Mitralklappeneingriffe“ (HCH\_MK\_CHIR) sowie „Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe“ (HCH\_MK\_KATH) unterschieden
  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 differenzierte Darstellung der Fallzahlen erfolgt jeweils nur, sofern Anhang 3 zur Anlage eine Veröffentlichung von QS-Ergebnissen für diese Leistungsbereiche vorsieht. Eine detaillierte Übersicht der Zuordnung der Leistungsbereiche zu den Ergebnissen der Qualitätssicherung (Kapitel C-1.2.[Z]) kann der Tabelle D in Anhang 3 entnommen werden.

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

Dargestellt werden die Ergebnisse aus den QS-Verfahren gemäß 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.

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

- 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 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

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

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. für diese Kennzahl keine Angabe zu „rechnerisches Ergebnis“, „Vertrauensbereich (Krankenhaus)“, „Entwicklung Rechnerisches Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr“, „beobachtete Ereignisse/beobachtet“, „erwartete Ereignisse/erwartet“, „Grundgesamtheit/Fallzahl“.
- Für jedes Krankenhaus mit nur einem Standort wird ein Ergebnis je Qualitätsindikator bzw. Kennzahl übermittelt, das anzugeben ist.
- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, für den die Auswertung vorgenommen wurde.
- Liegen für ein Krankenhaus oder einen Krankenhausstandort mehrere Ergebnisse je Qualitätsindikator bzw. je Kennzahl vor (z. B. beim Vorhandensein verschiedener Fachabteilungen/Organisationseinheiten mit eigener Auswertung), ist das entsprechende Ergebnis unter der Auflistung der Auswertungseinheiten anzugeben. Für die Auswertungseinheiten ist eine fortlaufende Nummerierung und eindeutige Benennung anzugeben.
- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, werden im Gesamtbericht die Auswertungen der einzelnen Standorte als Auswertungseinheit aufgeführt.

Es werden folgende Parameter dargestellt:

**Für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

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

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

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

„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 zugrunde liegenden 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 in 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.

„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 nach § 14a DeQS-RL anzugeben. Bei Ergebnissen gemäß plan. QI-RL ist vom IQTIG sicherzustellen, dass die zuständige QS-Stelle auch den 95 %-Vertrauensbereich erhält. 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.

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

„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 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 § 14a 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.

„Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“: Hier ist die Bewertung des Stellungnahmeverfahrens gemäß plan. QI-RL oder DeQS-RL ebenso wie die nicht vorgesehene Bewertung (Kategorie N) verpflichtend darzustellen. Aus der folgenden Liste sind die zutreffenden Kombinationen aus der Kategorie der Einstufung und aus der Begründung einzutragen (z. B. Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig – Besondere klinische Situation – > U61). Bei Veröffentlichung ist sicherzustellen, dass die Kürzel zur Kategorie und Ziffer durch die Einstufung und Begründung ergänzt werden.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Verfahren	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	DeQS	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	DeQS	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	DeQS	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Stellungnahmeverfahren erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig	34	Plan-QI	zureichend
		61	DeQS	Besondere klinische Situation (im Kommentar erläutert)
		62	DeQS	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		63	DeQS	Kein Hinweis auf Mängel der med. Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	43	Plan-QI	unzureichend
		71	DeQS	Hinweise auf Struktur- und Prozessmängel

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

		72	DeQS	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	80	DeQS	Unvollständige oder falsche Dokumentation
		81	DeQS	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	92	DeQS	Stellungnahmeverfahren konnte noch nicht abgeschlossen werden
		99	DeQS	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

„Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr“: Hier ist anzugeben, ob die qualitative Bewertung eines Qualitätsindikators mit oder ohne Auslösung 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									
Bewertung Vorjahr	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							

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

<b>U</b>	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/n icht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
<b>A</b>	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	verbessert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	verbessert	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
<b>D</b>	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	verbessert	eingeschränkt/n icht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleichbar
<b>S</b>	eingeschränkt/ nicht vergleichbar						
<p><b>Lesebeispiel:</b> Wenn eine auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragte Stelle das Indikatoregebnis eines Krankenhauses wegen fehlerhafter Dokumentation im Vorjahr als „D“ einstuft und im Berichtsjahr wegen qualitativer Auffälligkeiten als „A“, dann ist die Bewertung dieses Qualitätsindikators „eingeschränkt/nicht vergleichbar“.</p>							

„Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen“: Hier ist die über die „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“ hinausgehende Kommentierung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zum Ergebnis des Strukturierten Dialogs und des Stellungnahmeverfahrens 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)
- Referenzbereich,

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

- Sortierung bei ergänzenden oder kalkulatorischen Kennzahlen und
- Bezug zu anderen QS-Ergebnissen

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

Für Qualitätsindikatoren, bei denen die qualitative Bewertung gemäß DeQS-RL oder plan. QI-RL noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für den Vergleich noch nicht geeignet sind, ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse an dieser Stelle ausgeschlossen, um Fehlinterpretationen und Falschinformationen zu vermeiden.

Informationen zur Zuordnung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu den 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.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

### **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
- Rheumatoide Arthritis

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:

- Leistungsbereich

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

- 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 Kapitel C-1.2.[Z].

Zeichenbegrenzung: Insgesamt 2 000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) pro Verfahren.

**C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V**

Es wird über die Umsetzung der Mindestmengenregelungen (Mm-R) im aktuellen Berichtsjahr und im zweiten auf das Berichtsjahr folgende Jahr (Prognosejahr) berichtet. Für folgende Leistungsbereiche gelten im aktuellen Berichtsjahr und im Prognosejahr die Mm-R nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V:

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Mindestmenge im Berichtsjahr (2022)</b>	<b>Mindestmenge im Prognosejahr (2024)</b>
Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)	20	20
Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)	25	25
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene	10	26
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene	10	15
Stammzelltransplantation	25	25
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50	50
Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegewicht < 1 250 g	14	25

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)	Keine Mindestmenge	50
Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen	Keine Mindestmenge	40

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

DKG/PatV	GKV-SV
Die Erfassungssoftware übernimmt nachfolgenden Hinweis automatisch: „Die Leistungsmengen mindestmengenrelevanter Leistungen können im Berichtsjahr 2022 von der COVID-19-Pandemie beeinflusst sein und sind daher nur eingeschränkt bewertbar.“	<i>[streichen]</i>

**C-5.1 Umsetzung der Mm-R im Berichtsjahr**

Krankenhäuser, die mindestmengenrelevante Leistungen erbringen, geben für diese Leistungsbereiche die jeweils im Berichtsjahr tatsächlich erbrachte Menge an. Eine Übernahme der erbrachten Leistungsmenge aus der vom Krankenhaus gemäß § 5 Absatz 3 Mm-R elektronisch übermittelten Prognosedarlegung wird durch die Erfassungssoftware ermöglicht. 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.

**C-5.2 Angaben zum Prognosejahr**

Für alle mindestmengenrelevanten Leistungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V sind 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

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

mindestmengenrelevante Leistungen im Prognosejahr erbringen wollen, geben für die mindestmengenrelevanten Leistungsbereiche die Angaben in Kapitel C-5.2 an.

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

Zu jedem Leistungsbereich sind standortbezogen folgende Angaben zu machen:

### **C-5.2.1 Leistungsberechtigung für das Prognosejahr**

Es ist anzugeben, ob der Krankenhausstandort im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt ist:

Auswahloptionen: ja; nein; Rechtsstreit anhängig

Im Folgenden ist die Grundlage für die Leistungsberechtigung anzugeben:

#### **C-5.2.1.a Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen**

Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen gemäß § 5 Absatz 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 war:

- Angabe der im Berichtsjahr erreichten Leistungsmenge (Hinweis: Automatische Übernahme des Wertes aus Kapitel C-5.1 durch die Erfassungssoftware)

Angabe der in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichten Leistungsmenge. Eine Übernahme der erbrachten Leistungsmenge aus der vom Krankenhaus gemäß § 5 Absatz 3 Mm-R elektronisch übermittelten Prognosedarlegung wird durch die Erfassungssoftware ermöglicht.

#### **C-5.2.1.b Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)**

**(nur auszufüllen, wenn in C-5.2.1.a „nein“ ausgewählt wurde)**

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Der Krankenhausträger hat den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen die erstmalige Erbringung der Leistung oder deren erneute Erbringung im Prognosejahr nach einer mindestens 24-monatigen Unterbrechung schriftlich mitgeteilt.

Auswahloptionen: ja; nein

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

**(nur auszufüllen, wenn in C-5.2.1.a „nein“ oder „Rechtsstreit anhängig“ ausgewählt wurde)**

Die zuständige Krankenhausplanungsbehörde hat zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung gemäß § 136b Absatz 5a SGB V, auf Antrag des Krankenhauses und im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen für die betreffende Leistung entschieden, dass das Leistungserbringungsverbot und der Vergütungsausschluss nach § 136b Absatz 5 Satz 1 und 2 SGB V im Prognosejahr keine Anwendung finden.

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](http://www.perinatalzentren.org)“ darzustellen.

Darüber hinaus sind für die Perinatalzentren Level 1 und Level 2 jeweils für die Berichtsjahre 2020, 2021 und 2022 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:

## Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

- 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.

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 nicht vollumfänglich erfüllt 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 G-BA 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

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ unterliegen (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

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

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

Beispiel:

		Anzahl
1.	Fachärztinnen und Fachärzte, Psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen)	.....Personen
1.1	- Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen	.....Personen
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben	.....Personen

**C-8 Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) 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 2022 ergeben hat. Alle Angaben zu den jährlichen Erfüllungsgraden erfolgen auf Ebene des pflegesensitiven Bereichs, getrennt für alle Stationen des ausgewählten pflegesensitiven Bereichs sowie getrennt für Tag- und Nachtschichten.

Die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) werden für pflegesensitive Bereiche in Krankenhäusern schichtbezogen als Verhältnis von Patientinnen und Patienten zu einer Pflegekraft festgelegt und sind unter Berücksichtigung festgelegter Höchstanteile von Pflegehilfskräften einzuhalten. Für den pflegesensitiven Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe sind auch Hebammen zu festgelegten Höchstanteilen zu berücksichtigen. Für folgende pflegesensitive Bereiche gelten seit dem 1. Januar 2022 (Tabelle 1) Pflegepersonaluntergrenzen gemäß § 6 der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) unter Berücksichtigung der Ersten Verordnung zur Änderung der PpUGV vom 8. November 2021.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Pflegesensitiver Bereich	Pflegepersonaluntergrenzen (Patientinnen und Patienten je Pflegekraft)	
	Tagschicht	Nachtschicht
Intensivmedizin und pädiatrische Intensivmedizin	2	3
Geriatric	10	20
Allgemeine Chirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie	10	20
Innere Medizin und Kardiologie	10	22
Herzchirurgie	7	15
Neurologie	10	20
Neurologie Schlaganfallereinheit	3	5
Neurologische Frührehabilitation	5	12
Allgemeine Pädiatrie	6	10
Spezielle Pädiatrie	6	14
Neonatologische Pädiatrie	3,5	5
Gynäkologie und Geburtshilfe	8	18

Tabelle 1: Pflegepersonaluntergrenzen für das Berichtsjahr ab dem 1. Januar 2022

Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, können Kombinationen von pflegesensitiven Bereichen mit identischen Personalanforderungen auftreten.

Die Angaben in diesem Kapitel basieren auf den Nachweisen der Krankenhäuser zu den Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUG-Nachweisvereinbarung 2022 (PpUG-Nachweisvereinbarung 2022) vom 12. November 2021 (vgl. [https://www.g-drg.de/Pflegepersonaluntergrenzen\\_2022/PpUG-Nachweisvereinbarung\\_fuer\\_das\\_Jahr\\_2022](https://www.g-drg.de/Pflegepersonaluntergrenzen_2022/PpUG-Nachweisvereinbarung_fuer_das_Jahr_2022)).

**C-8.1 Monatsbezogener Erfüllungsgrad der Pflegepersonaluntergrenzen (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 Absatz 1 der PpUG-Nachweisvereinbarung 2022 vom 12. November 2021. Der monatsbezogene Erfüllungsgrad ist wie folgt darzustellen:

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Monatsbezogener Erfüllungsgrad	[GKV-SV: Anzahl Monate]	Ausnahmetatbestände	Kommentar
Angabe gemäß Spalte	Stationsbezeichnung gemäß Spalte	Tagschicht	Entspricht dem Wert in Prozent, der für die	[GKV-SV: Anzahl der unterschiedlichen Monate]	Anzahl der angegebenen Ausnahmetatbestände für	Es können ergänzende Angaben zu den

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

„Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gemäß § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022	„Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022		Tagschichten auf der Station eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 2“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022 angegeben ist.	laut Spalte „Monat“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022, für die zu diesem pflegesensitiven Bereich auf dieser Station für die Tagschicht Nachweise erbracht wurden.]	diese Station in der Tagschicht gemäß den Spalten „Ausnahmetatbestand gemäß § 7 PpUGV oder PpUG-Sanktions-Vereinbarung“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022	Ausnahmetatbeständen gemacht werden. Die Angaben sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.
Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gemäß § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022	Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022	Nachtschicht	Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Nachtschichten auf der Station eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 2“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022 angegeben ist.	[GKV-SV: Anzahl der unterschiedlichen Monate laut Spalte „Monat“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022, für die in diesem pflegesensitiven Bereich auf dieser Station für die Nachtschicht Nachweise erbracht wurden.]	Anzahl der angegebenen Ausnahmetatbestände für diese Station in der Nachtschicht gemäß den Spalten „Ausnahmetatbestand gemäß § 7 PpUGV oder PpUG-Sanktions-Vereinbarung“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022	Es können ergänzende Angaben zu den Ausnahmetatbeständen gemacht werden. Die Angaben sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.
<i>Beispiel:</i>						
Geriatric	Station 1A	Tagschicht	50 % <i>Lesehilfe: Auf dieser Station wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in der Tagschicht in 50 % der Monate im Monatsdurchschnitt eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)</i>	[GKV-SV: 12 <i>Lesehilfe: Auf dieser Station galten im Berichtsjahr für 12 Monate in der Tagschicht die Pflegepersonaluntergrenzen dieses pflegesensitiven Bereiches]</i>		
Geriatric	Station 1A	Nachtschicht	58,33 %	[GKV-SV: 3	3	

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

			<p><i>Lesehilfe: Auf dieser Station wurden die Pflegepersonaluntergrenzen in der Nachtschicht in 58,33 % der Monate im Monatsdurchschnitt eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)</i></p>	<p><i>Lesehilfe: Auf dieser Station galten im Berichtsjahr für 3 Monate in der Nachtschicht die Pflegepersonaluntergrenzen dieses pflegesensitiven Bereiches]</i></p>	<p><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></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Kurzfristiger krankheitsbedingter Personalausfall, der in seinem Ausmaß über das übliche Maß hinausging.</i></li> <li>- <i>Starke Erhöhung der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen.</i></li> <li>- <i>Hoher Patientenzuwachs durch Schließung von Abteilungen von Nachbarkrankenhäusern.</i></li> </ul>	
--	--	--	--	---	---	--

**C-8.2 Schichtbezogener Erfüllungsgrad der Pflegepersonaluntergrenzen (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 Absatz 1 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022 vom 12. November 2021.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Der schichtbezogene Erfüllungsgrad ist wie folgt darzustellen:

Pflegesensitiver Bereich	Station	Schicht	Schichtbezogener Erfüllungsgrad	[GKV-SV: Anzahl Schichten]	Kommentare
Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gemäß § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022	Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022	Tagschicht	Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Tagschichten auf der Station eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 1“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022 angegeben ist.	[GKV-SV: Summe der Schichten laut Spalte „Anzahl Schichten (Summe)“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022, für die in diesem pflegesensitiven Bereich auf dieser Station für die Tagschicht Nachweise erbracht wurden.]	Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt.
Angabe gemäß Spalte „Pflegesensitiver Bereich im Krankenhaus gemäß § 3 PpUGV“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022	Stationsbezeichnung gemäß Spalte „Station“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022	Nachtschicht	Entspricht dem Wert in Prozent, der für die Nachtschichten auf der Station eines pflegesensitiven Bereichs vom InEK berechnet und in der Spalte „Erfüllungsgrad 1“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022 angegeben ist.	[GKV-SV: Summe der Schichten laut Spalte „Anzahl Schichten (Summe)“ der Anlage 4 der PpUG-Nachweis-Vereinbarung 2022, für die in diesem pflegesensitiven Bereich auf dieser Station für die Nachtschicht Nachweise erbracht wurden.]	Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt.
<i>Beispiel:</i>					
<i>Geriatric</i>	<i>Station 1A</i>	Tagschicht	<i>= 94,52 % Lesehilfe: Auf dieser Station wurden im Berichtsjahr in 94,52 % aller geleisteten Tagschichten die Pflegepersonaluntergrenzen eingehalten. (Hinweis: Mögliche Ausnahmetatbestände sind nicht berücksichtigt)</i>	[GKV-SV: 330 Lesehilfe: Auf dieser Station galten im Berichtsjahr in 330 Tagschichten die Pflegepersonaluntergrenzen dieses pflegesensitiven Bereiches]	Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt.

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Geriatric	Station 1A	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>	[GKV-SV: 182 Lesehilfe: Auf dieser Station galten im Berichtsjahr in 182 Nachtschichten die Pflegepersonaluntergrenzen dieses pflegesensitiven Bereiches]	Die Angaben sind auf 300 Zeichen begrenzt.
-----------	------------	--------------	--	--	--

**C-9 Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL)**

An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL).

- Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Abs. 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt.
- Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltzahlen zur Personalbemessung.
- Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist.

Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90 %.

**C-9.1 Zeitraum des Nachweises**

Hier ist das Quartal (1, 2, 3 ,4) anzugeben.

Die Krankenhäuser weisen die Einhaltung der Mindestvorgaben quartalsweise nach. Ab dem 1. Januar 2025 ist nach den aktuellen Vorgaben eine jährliche Nachweisführung vorgesehen. Im jährlichen Qualitätsbericht

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

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

ist die Einhaltung der Mindestvorgaben	sind die Nachweise
--	--------------------

aller vier Quartale aufzunehmen. Eine inhaltliche Zusammenführung der Quartalsnachweise eines Jahres ist nicht vorgesehen.

**C-9.2 Vollständige und fristgerechte Nachweisführung**

Krankenhausstandorte, welche die Nachweise sowie die Erklärung zur Richtigkeit bis zum Ende der Korrekturfrist zum 1. März des Folgejahres nicht oder nicht vollständig erbracht haben sind gemäß § 11 Abs. 12 PPP-RL mit folgendem Hinweis zu kennzeichnen: „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt.“

<i>Folgedissens zu § 8 Abs. 7</i>	
DKG	GKV-SV
<i>[Krankenhäuser können an dieser Stelle ergänzende Angaben tätigen. Die Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.]</i>	<i>[keine Übernahme]</i>

**C-9.3 Einrichtungstyp**

Die

<i>Folgedissens zu Kap. C-9.1</i>	
DKG	GKV-SV
Einhaltung der Mindestvorgaben ist	Nachweise sind

getrennt für die folgenden drei differenzierten Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL anzugeben:

- Erwachsenenpsychiatrie
- Psychosomatik
- Kinder- und Jugendpsychiatrie

<i>Folgedissens zu § 8 Abs. 7</i>	
DKG	GKV-SV

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

<p><i>[Krankenhäuser können an dieser Stelle ergänzende Angaben tätigen. Die Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.]</i></p>	<p><i>[keine Übernahme]</i></p>
--	---------------------------------

Für jede vorhandene Einrichtung sind folgende Angaben aufzunehmen:

<p><b>DKG</b></p>	<p><b>GKV-SV/PatV</b></p>
<p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p><b>C-9.3.1 Strukturangaben zur Einrichtung</b></p> <p><b>C-9.3.1.1 Regionale Pflichtversorgung</b></p> <p>Für die Einrichtung gilt eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung. (ja; nein)</p> <p>Wenn ja,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche. (ja; nein)</li> <li>- Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste. (ja; nein)</li> </ul>

<p><b>DKG/BPtK</b></p>	<p><b>GKV-SV/PatV</b></p>
<p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p><b>C-9.3.1.2 Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen</b></p> <p>Die der Einrichtung zugeordneten Stationen sind mit den folgenden Angaben aus Abschnitt A2 der Anlage 3 der PPP-RL zu charakterisieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bezeichnung der Station</li> <li>- Planbetten der vollstationären Versorgung</li> <li>- Planplätze der teilstationären Versorgung</li> <li>- Stationstyp</li> <li>- Schwerpunkt der Behandlung</li> </ul>

<p><b>DKG/BPtK</b></p>	<p><b>GKV-SV</b></p>
------------------------	----------------------

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

<p>[keine Übernahme]</p>	<p><b>C-9.3.1.3      Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche</b></p> <p>Für die Einrichtungen ist der Behandlungsumfang (Anzahl der Behandlungstage) sowie die Patientenstruktur (differenziert nach den Behandlungsbereichen) anzugeben. Hierfür ist der Abschnitt A3.3 der Anlage 3 der PPP-RL zu verwenden, die Gesamtbehandlungstage ergeben sich dabei als Summe über alle behandlungsbereichsspezifischen Behandlungstage. Die Angaben sind für das entsprechende Berichtsjahr zu machen.</p>
--------------------------	---

**C-9.3.1/C-9.3.2      Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen**

Für jede Berufsgruppe gemäß § 5 PPP-RL sind die folgenden Parameter anzugeben:

- tatsächliche Personalausstattung (in Stunden)

<p><b>DKG</b></p>	<p><b>GKV-SV/PatV/BPtK</b></p>
<p>[keine Übernahme]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anteil der Anrechnung für Fachkräfte (in %):             <ul style="list-style-type: none"> <li>o andere Berufsgruppen nach PPP-RL</li> <li>o Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen</li> <li>o Ohne direktes Beschäftigungsverhältnis</li> </ul> </li> </ul>

[PatV: Für die unter § 5 PPP-RL genannten Berufsgruppen hinaus wird die tatsächliche Personalausstattung mit Genesungsbeleiterinnen und Genesungsbegleitern gemäß § 9 Abs. 2 der PPP-RL in Stunden angegeben.]

**C-9.3.2/C-9.3.3      Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad**

<p><b>DKG</b></p>	<p><b>GKV-SV/BPtK</b></p>
<p>[keine Übernahme an dieser Stelle. Unter C-9.3.2.2 aufgeführt.]</p>	<p><b>C-9.3.3.1      Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung</b></p> <p>Die Mindestvorgaben wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten. (ja; nein)</p>

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

**[PatV/BPtK: C-9.3.3.1/C-9.3.3.2      Einhaltung der Empfehlungen in der Einrichtung**

Die Empfehlung für die Stationsgröße in der Erwachsenenpsychiatrie von 18 Behandlungsplätzen wurden eingehalten (ja; nein),  
 Die Empfehlungen für die Stationsgröße in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von zwölf Behandlungsplätzen wurden eingehalten (ja, nein)]

**C-9.3.2.1/C-9.3.3.2      Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen**

Für jede Berufsgruppe gemäß § 5 PPP-RL sind die folgenden Parameter anzugeben:

- Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten (ja; nein)
- die geforderte Mindestpersonalausstattung (in Stunden)
- [BPtK: die tatsächliche Personalausstattung in Stunden (VKS-Ist)]
- Umsetzungsgrad (in %)

<i>Folgedissens zu § 8 Absatz 7 Qb-R</i>	
DKG/BPtK	GKV-SV
<i>[Krankenhäuser können an dieser Stelle ergänzende Angaben tätigen. Die Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.]</i>	<i>[keine Übernahme]</i>

<i>Folgedissens zu Kap. C-9.3.3.1 [Nummerierung GKV-SV/BPtK]</i>	
DKG/BPtK	GKV-SV
<p><b>C-9.3.2.2      Umsetzung in der Einrichtung</b>                  Es ist der Umsetzungsgrad der Einrichtung über alle Berufsgruppen hinweg (in %) anzugeben.                  Die Mindestvorgaben wurden in jeder einzelnen Berufsgruppe und damit in der Einrichtung insgesamt eingehalten. (ja; nein)</p>	<p><b>C-9.3.3.3      Umsetzungsgrad in der Einrichtung</b>                  Weiterhin ist der Umsetzungsgrad der Einrichtung (in %) anzugeben.</p>

<i>Folgedissens zu § 8 Absatz 7 Qb-R</i>
--

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

DKG/BPtK	GKV-SV
<i>[Krankenhäuser können an dieser Stelle ergänzende Angaben tätigen. Die Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.]</i>	<i>[keine Übernahme]</i>

**C-9.3.2.3/C-9.3.3.4 Ausnahmetatbestände**

Die Krankenhäuser können von den verbindlichen Mindestvorgaben abweichen, wenn einer der in § 10 Abs. 1 PPP-RL beschriebenen Ausnahmetatbestände zutrifft.

Folgende Ausnahmetatbestände wurden angegeben

- Ausnahmetatbestand 1: kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle (ja/nein);

<i>Folgedissens zu § 8 Absatz 7 Qb-R</i>	
DKG	GKV-SV
<i>[keine Übernahme]</i>	; falls ja: Gründe für Abweichungen (Freitext)

- Ausnahmetatbestand 2: kurzfristig stark erhöhte Anzahl von Behandlungstagen (ja/nein)

<i>Folgedissens zu § 8 Absatz 7 Qb-R</i>	
DKG	GKV-SV
<i>[keine Übernahme]</i>	; falls ja: Gründe für Abweichungen (Freitext)

- Ausnahmetatbestand 3: gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen (ja/nein)

<i>Folgedissens zu § 8 Absatz 7 Qb-R</i>	
DKG	GKV-SV
<i>[keine Übernahme]</i>	; falls ja: Gründe für Abweichungen (Freitext)

<i>Folgedissens zu § 8 Absatz 7 Qb-R</i>	
DKG	GKV-SV
<i>[Krankenhäuser können an dieser Stelle ergänzende Angaben tätigen. Die Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.]</i>	<i>[keine Übernahme]</i>

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

DKG	GKV-SV
<p><i>[keine Übernahme]</i></p>	<p><b>C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien</b></p> <p>An dieser Stelle ist die Umsetzung von Beschlüssen des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 5 SGB V darzustellen (Richtlinie zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien – ATMP-QS-RL). Die Angaben sind jeweils stichtagsbezogen, d. h. zum 31. Dezember des Berichtsjahres zu machen. Hinweis: Der folgende Text ist von der Erfassungssoftware automatisch zu übernehmen:</p> <p>Krankenhausstandorte an denen neue Therapien gemäß den Anlagen der ATMP-QS-RL angewendet werden, müssen die dort vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität erfüllen. Der Medizinische Dienst überprüft die Umsetzung der relevanten Qualitätsanforderungen und stellt dem Krankenhaus eine Bescheinigung aus, wenn diese vollumfänglich erfüllt werden. ATMP nach dieser Richtlinie dürfen ausschließlich von Leistungserbringern angewendet werden, die die Mindestanforderungen erfüllen.</p> <p>Am Krankenhausstandort werden Arzneimittel für neuartige Therapien angewendet:</p> <p>Auswahloptionen: ja; nein</p> <p>Wenn ja:</p> <p>Es besteht die grundsätzliche Berechtigung zur Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien für:</p> <p>Die jeweiligen Arzneimittel sind aus der Auswahlliste „Arzneimittel für neuartige Therapien“ (Kapitel C-10) zu übernehmen und sofern erforderlich um die Konkretisierung der Indikationsgebiete, in denen die Arzneimittel angewendet werden, zu ergänzen.</p>

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

Anlage: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022

**Anhänge**

Anhang 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2022

Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2022

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 2022

Anhang 4: Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2022

**Stand: 07.09.2022** nach Sitzung des UA QS

**Hinweis:**

- Es bestehen eine dissente Position zur Auswahlliste „Arzneimittel für neuartige Therapien“ (Kapitel C-10), die **gelb markiert** ist, und Prüfvorbehalte zur Auswahlliste „Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“ (Kapitel A-12.6.1).

**Anhang 2 zur Anlage Auswahllisten für das Berichtsjahr 2022**

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

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

MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	<i>z. B. Unterricht für schulpflichtige Kinder</i>
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	<i>z. B. medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie</i>
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	<i>z. B. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie</i>
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	<i>z. B. Nichtraucher-Kurse, Koronarsportgruppe</i>
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	<i>z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentration, 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-</i>

		<i>Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie</i>
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Hebammen/Entbindungspflegern	<i>z. B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote</i>
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	<i>z. B. Pflegevisiten, Pflegeexpertinnen oder Pflegeexperten, Beratung durch Brustschwester</i>
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP46	Traditionelle Chinesische Medizin	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	<i>z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris</i>
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

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

<b>Num- mer</b>	<b>Leistungsangebot</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
<b>Patientenzimmer</b>		
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>
<b>Besondere Ausstattung des Krankenhauses</b>		
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>

<b>Angebote für schulpflichtige Patientinnen und Patienten</b>		
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>
<b>Individuelle Hilfs- und Serviceangebote</b>		
NM07	Rooming-in	
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)	
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patientinnen und Patienten sowie Besucherinnen und Besucher 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)

<b>Nummer</b>	<b>Aspekt der Barrierefreiheit</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Sehbehinderungen oder Blindheit</b>		
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 in Verbindung mit 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 in Verbindung mit DIN 32984 berücksichtigt werden</i>
<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen</b>		
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 (beispielsweise Begleitung/Führen eines Rollstuhls) gibt, wo besondere personelle Unterstützung angefordert werden muss, ob bzw. in welchen Situationen die Begleitung individueller Bezugspersonen möglich ist</i>
<b>Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit</b>		
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 einer oder eines zur Behandlung aufgerufenen Patientin oder 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 visuellen 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>
<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung</b>		
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 es für Menschen mit Demenz bzw. mit geistiger Behinderung 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. mit geistiger Behinderung gibt (beispielsweise bei der Medikamentenapplikation) und wo diese angefordert werden muss</i>
<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße oder massiver körperlicher Beeinträchtigung</b>		
BF17	Geeignete Betten für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	<i>z. B. Angabe zu maximal Körpergröße und/oder maximal 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 maximal Körpergröße und/oder maximal Körpergewicht</i>
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patientinnen und Patienten mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	<i>z. B. Angabe zu maximal Körpergröße und/oder maximal 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>
<b>Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patientinnen oder Patienten mit schweren Allergien</b>		
BF23	Allergenarme Zimmer	<i>z. B. Angabe, auf welchen Stationen es allergenarme 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>

<b>Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit und Religionsausübung</b>		
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>
<b>Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit</b>		
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)

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

FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	

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

Nummer	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/Erläuterung
HB15	Anästhesietechnische Assistentin und Anästhesietechnischer Assistent (ATA)	
HB16	Diätassistentin und Diätassistent	
HB10	Hebamme und Entbindungspfleger	
HB06	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	
HB01	Gesundheits- und Krankenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpfleger	
HB19	Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	
HB20	Pflegefachfrau B. Sc., Pflegefachmann B. Sc.	
HB21	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)

Nummer	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/Erläuterung
SP04	Diätassistentin und Diätassistent	
SP36	Entspannungspädagogin und Entspannungspädagoge/Entspannungstherapeutin und Entspannungstherapeut/Entspannungstrainerin und Entspannungstrainer (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrerin und Heileurhythmielehrer/Feldenkraislehrerin und Feldenkraislehrer	
SP05	Ergotherapeutin und Ergotherapeut	
SP06	Erzieherin und Erzieher	
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagogin und Gymnastik- und Tanzpädagoge	

SP08	Heilerziehungspflegerin und Heilerziehungspfleger	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagoge	
SP39	Heilpraktikerin und Heilpraktiker	
SP30	Hörgeräteakustikerin und Hörgeräteakustiker	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	
SP57	Klinische Neuropsychologin und Klinischer Neuropsychologe	
SP13	Kunsttherapeutin und Kunsttherapeut	
SP14	Logopädin und Logopäde/Klinische Linguistin und Klinischer Linguist/Sprechwissenschaftlerin und Sprechwissenschaftler/Phonetikerin und Phonetiker	
SP15	Masseurin/Medizinische Bademeisterin und Masseur/Medizinischer Bademeister	<i>z. B. für Babymassage</i>
SP43	Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
SP55	Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin und Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent (MTLA)	
SP56	Medizinisch-technische Radiologieassistentin und Medizinisch-technischer Radiologieassistent (MTRA)	
SP16	Musiktherapeutin und Musiktherapeut	
SP17	Oecotrophologin und Oecotrophologe (Ernährungswissenschaftlerin und Ernährungswissenschaftler)	
SP18	Orthopädiemechanikerin und Bandagistin und Orthopädiemechaniker und Bandagist/Orthopädienschuhmacherin und Orthopädienschuhmacher	
SP19	Orthoptistin und Orthoptist/Augenoptikerin und Augenoptiker	
SP20	Pädagogin und Pädagoge/Lehrerin und Lehrer	
SP21	Physiotherapeutin und Physiotherapeut	
SP22	Podologin und Podologe (Fußpflegerin und Fußpfleger)	
SP23	Diplom-Psychologin und Diplom-Psychologe	
SP24	Psychologische Psychotherapeutin und Psychologischer Psychotherapeut	
SP25	Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter	
SP26	Sozialpädagogin und Sozialpädagoge	
SP40	Sozialpädagogische Assistentin und Sozialpädagogischer Assistent/ Kinderpflegerin und Kinderpfleger	
SP35	Personal mit Weiterbildung zur Diabetesberaterin/zum Diabetesberater	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	
SP60	Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	
SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	
SP58	Psychotherapeutin und Psychotherapeut in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)	
SP59	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	
SP62	Gesundheitspädagogin und -pädagoge	

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

Num-mer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name letzte Aktualisierung (Datum)
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z. B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)

RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Auswahloptionen (Mehrfachangaben möglich): -Tumorkonferenzen -Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen -Pathologiebesprechungen -Palliativbesprechungen -Qualitätszirkel -Andere: (Freitext maximal 300 Zeichen inklusive 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) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/

		SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM- Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/ SOP letzte Aktualisierung (Datum)

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

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

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

Num- mer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
<i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>		
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer)	
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer)	
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer)	
EF06	CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Apothekerkammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer)	
EF08	CIRS Notfallmedizin (Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin, Klinikum Kempten)	

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)	
EF17	DGHO-CIRS (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie)	
EF00	Sonstiges	<i>(Freitext maximal 300 Zeichen inklusive Leerzeichen)</i>

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

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	Link angeben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	<u>Auswahloptionen/Module:</u> -AMBU-KISS -CDAD-KISS -HAND-KISS -ITS-KISS -MRSA-KISS -NEO-KISS -ONKO-KISS -OP-KISS -STATIONS-KISS -SARI <i>(Mehrfachangaben möglich)</i>
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name <i>(Freitext maximal 300 Zeichen inklusive Leerzeichen)</i>
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
<b>Allgemeines</b>			
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		
<b>Aufnahme ins Krankenhaus – inklusive Arzneimittelanamnese</b>			
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)		
<b>Medikationsprozess im Krankenhaus</b>			
AS05	Prozessbeschreibung für einen optimalen Medikationsprozess (z. B. Arzneimittelanamnese – Verordnung – Patienteninformation – Arzneimittelabgabe – Arzneimittelanwendung – Dokumentation – Therapieüberwachung – Ergebnisbewertung)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß 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. im KIS, in einer Verordnungssoftware)		
AS08	Bereitstellung eines oder mehrerer elektronischer		

	Arzneimittelinformationssysteme (z. B. Lauer-Taxe®, ifap klinikCenter®, Gelbe Liste®, Fachinfo-Service®)		
AS09	Konzepte zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung von Arzneimitteln	<p>Auswahloptionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Bereitstellung einer geeigneten Infrastruktur zur Sicherstellung einer fehlerfreien Zubereitung</li> <li>– Zubereitung durch pharmazeutisches Personal</li> <li>– Anwendung von gebrauchsfertigen Arzneimitteln bzw. Zubereitungen</li> <li>– Sonstiges: (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen) (<i>Mehrfachauswahl möglich</i>)</li> </ul>	
AS10	Elektronische Unterstützung der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Arzneimitteln	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vorhandensein von elektronischen Systemen zur Entscheidungsunterstützung (z. B. Meona®, Rpdoc®, AIDKlinik®, ID Medics® bzw. ID Diacos® Pharma)</li> <li>– Versorgung der Patientinnen und Patienten mit patientenindividuell abgepackten Arzneimitteln durch die Krankenhausapotheke (z. B. Unit-Dose-System)</li> <li>– Sonstige elektronische Unterstützung (bei z. B. Bestellung, Herstellung, Abgabe): (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen) (<i>Mehrfachauswahl möglich</i>)</li> </ul>	
AS11	Elektronische Dokumentation der Verabreichung von Arzneimitteln		
AS12	Maßnahmen zur Minimierung von Medikationsfehlern	<p>Auswahloptionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fallbesprechungen</li> <li>– Maßnahmen zur Vermeidung von Arzneimittelverwechslung</li> <li>– Spezielle AMTS-Visiten (z. B. pharmazeutische Visiten, antibiotic stewardship, Ernährung)</li> <li>– Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem (siehe Kapitel 12.2.3.2)</li> </ul>	

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

**Auswahlliste „Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“  
(Kapitel A-12.6.1)**

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
<b>Prävention</b>		
SK01	Informationsgewinnung zur Thematik	z.B. Information über lokale Hilfsangebote, Sichtbarmachen in den Räumlichkeiten ( <i>Freitextangabe, maximal 500 Zeichen</i> )
SK02	Fortbildungen der Mitarbeiter/-innen Basiswissen u.a. zum Erkennen von (sexueller) Gewalt und Einleitung entsprechender Hilfen erwerben, inkl. der Erwerb von Wissen zu gesetzlichen Pflichten und zur Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht bei Verdacht auf Gefährdung des Kindeswohls	<u>Auswahloptionen:</u> -monatlich -quartalsweise -halbjährlich -jährlich -bei Bedarf
SK03	Aufklärung	z.B. Team, Patienten und deren Angehörige zur Thematik sensibilisieren ( <i>Freitextangabe, maximal 500 Zeichen</i> )
SK04	Verhaltenskodex mit Regeln zum achtsamen Umgang mit Kindern und Jugendlichen	Letzte Überprüfung(Datum)

SK05	Altersangemessene Beschwerdemöglichkeiten	z.B. interne und externe altersentsprechende Beschwerdemöglichkeiten (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen, ggf. Link)
SK06	Spezielle Vorgaben zur Personalauswahl	z.B. Kinderschutz in Vorstellungsgesprächen thematisieren, Vorlage eines erweiterten Führungszeugnisses bei Vorliegen der Voraussetzungen von § 30a BZRG (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)
SK07	Sonstiges	z.B. weitere Maßnahmen und Instrumente (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)
<b>Intervention</b>		
SK08	Interventionsplan Verbindliches Verfahren zum Vorgehen in Kinderschutzfällen und insbesondere beim Verdacht auf (sexuelle) Gewalt	Letzte Überprüfung (Datum)
SK09	Sonstiges	z.B. weitere Maßnahmen und Instrumente (Freitextangabe, maximal 500 Zeichen)
<b>Aufarbeitung</b>		
SK10	Handlungsempfehlungen zum Umgang/ zur Aufarbeitung aufgetretener Fälle	Letzte Überprüfung (Datum)
SK11	Sonstiges	z.B. weitere Maßnahmen und Instrumente

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

Nummer	Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzangabe: 24 Stunden-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA (X)	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja/Nein	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X)	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja/Nein	
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja/Nein	
AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja/Nein	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinsten elektrischer Potenziale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		

AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja/Nein	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/-unterstützung (X)		Ja/Nein	<i>z. B. ECMO/ECLA</i>
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja/Nein	
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph (X)		Ja/Nein	
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse		
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja/Nein	<i>z. B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse</i>
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		
AA56	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoffionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens		
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten		<i>zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion</i>
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung		
AA69	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja/Nein	
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja/Nein	
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)

Num-mer	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)

Num-mer	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“)	
Num-mer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie	Kommentar/Erläuterung
	<b>Herzchirurgie</b>	
VC01	Koronarchirurgie	<i>z. B. Bypasschirurgie</i>

VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikelaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur	
VC03	Herzklappenchirurgie	<i>z. B. Klappenkorrektur, Klappenersatz</i>
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VC07	Herztransplantation	
VC08	Lungenembolektomie	
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen	
VC10	Eingriffe am Perikard	<i>z. B. bei Panzerherz</i>
	<b>Thoraxchirurgie</b>	
VC11	Lungenchirurgie	
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen	
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC59	Mediastinoskopie	
	<b>Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie</b>	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	<i>z. B. Carotischirurgie</i>
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	<i>z. B. Varizenchirurgie (Krampfadernchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)</i>
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	<i>z. B. Schilddrüsenchirurgie</i>
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	<i>z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie</i>
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC25	Transplantationschirurgie	
VC60	Adipositaschirurgie	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC68	Mammachirurgie	
	<b>Unfall- und Wiederherstellungschirurgie</b>	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	

VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63	Amputationschirurgie	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC69	Verbrennungschirurgie	
	<b>Neurochirurgie</b>	
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis)	
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen	<i>z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome</i>
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	<i>z. B. Vertebroplastie</i>
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark	
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer 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	
	<b>Allgemein</b>	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	<i>z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)</i>
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VC00	(„Sonstiges“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	

VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	<i>z. B. Photodynamische Tumorthherapie</i>
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen	
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	<i>z. B. Schweiß- und 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“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
VG05	Endoskopische Operationen	<i>z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie</i>
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	<i>z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, 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“)	
<b>Num-mer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
	<b>Ohr</b>	
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	
VH04	Mittelohrchirurgie	<i>z. B. Hörverbesserung, implantierbare Hörgeräte</i>
VH05	Cochlearimplantation	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	
VH27	Pädaudiologie	
	<b>Nase</b>	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln	
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VI 32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
	<b>Mund/Hals</b>	
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	<i>z. B. auch Stimmstörungen</i>
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH25	Schnarchoperationen	
	<b>Onkologie</b>	
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
	<b>Rekonstruktive Chirurgie</b>	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
	<b>Allgemein</b>	
VH23	Spezialsprechstunde	
VH26	Laserchirurgie	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VH00	(„Sonstiges“)	
<b>Num-mer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	<i>z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)</i>
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	

VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	<i>z. B. Diabetes, Schilddrüse</i>
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	<i>z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs</i>
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI21	Betreuung von Patientinnen und Patienten vor und nach Transplantation	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI26	Naturheilkunde	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI28	Anthroposophische Medizin	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI35	Endoskopie	<i>z. B. auch Kapselendoskopie</i>
VI36	Mukoviszidosezentrum	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI41	Shuntzentrum	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	<i>z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn</i>
VI44	Geriatrische Tagesklinik	
VI45	Stammzelltransplantation	
VI00	(„Sonstiges“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
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“)	
<b>Num- mer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO17	Rheumachirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	

VC66	Arthroskopische Operationen	
VO21	Traumatologie	
VO00	(„Sonstiges“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen	
VK02	Betreuung von 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“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	<i>z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel</i>
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	
VP00	(„Sonstiges“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
	<b>Ultraschalluntersuchungen</b>	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
	<b>Projektionsradiographie</b>	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbstständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	<i>z. B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie</i>
	<b>Computertomographie (CT)</b>	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	

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

VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU08	Kinderurologie	
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	
VU15	Dialyse	
VU16	Nierentransplantation	
VU17	Prostatazentrum	
VU18	Schmerztherapie	
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	
VG16	Urogynäkologie	
VU00	(„Sonstiges“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde	
VZ03	Dentale Implantologie	
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie	
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien	
VZ17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich	
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne	
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates	
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks	
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
VZ11	Endodontie	<i>z. B. Wurzelkanalbehandlungen</i>
VZ12	Epithetik	<i>z. B. Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen</i>
VZ13	Kraniofaziale Chirurgie	
VZ19	Laserchirurgie	
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose	
VZ00	(„Sonstiges“)	
<b>Nummer</b>	<b>Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
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
AM19	Geriatrische Institutsambulanz (GIA) nach § 118a 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 Nummer 1	CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	
LK02	Anlage 1 Nummer 2	Brachytherapie	
LK04	Anlage 2 Nummer 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie) (mit Ablauf 3. Juli 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL)	
LK05	Anlage 2 Nummer 3	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen	
LK06	Anlage 2 Nummer 4	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen	
LK07	Anlage 2 Nummer 5	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems)	

LK11	Anlage 2 Nummer 9	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Transsexualismus	
LK12	Anlage 2 Nummer 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 Nummer 14	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen	
LK27	Anlage 2 Nummer 15	Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Kurzdarmsyndrom	
LK28	Anlage 2 Nummer 16	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten vor oder nach Lebertransplantation	
LK15_2	Anlage 3 Nummer 1	2. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren der Lunge und des Thorax	
LK15_3	Anlage 3 Nummer 1	3. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Knochen- und Weichteiltumoren	
LK15_4	Anlage 3 Nummer 1	4. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Hauttumoren (mit Ablauf 10. Mai 2022 keine Anwendung mehr in ABK-RL)	
LK15_5	Anlage 3 Nummer 1	5. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	
LK15_6	Anlage 3 Nummer 1	6. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Kopf- oder Halstumoren	
LK15_7	Anlage 3 Nummer 1	7. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Augentumoren	
LK15_10	Anlage 3 Nummer 1	10. Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Tumoren des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schweren Erkrankungen der Blutbildung	
LK15_11	Anlage 3 Nummer 1	11. Diagnostik und Versorgung von Tumoren bei Kindern und Jugendlichen	
LK16	Anlage 3 Nummer 2	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit HIV/AIDS	
LK18	Anlage 3 Nummer 4	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3 bis 4)	
LK20	Anlage 3 Nummer 6	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Multipler Sklerose	
LK21	Anlage 3 Nummer 7	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Anfallsleiden	
LK22	Anlage 3 Nummer 8	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie	
LK23	Anlage 3 Nummer 9	Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden	
LK24	Anlage 3 Nummer 10	Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen	
<b>Nummer</b>	<b>Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V</b>	<b>Angebotene Leistungen</b>	<b>Kommentar/ Erläuterung</b>

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	
LK43	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren	
LK44	Anlage 2 d	Neuromuskuläre Erkrankungen	
LK45	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 7: Tumoren des Gehirns und der peripheren Nerven	
LK46	Anlage 1.1 c	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	

## 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	
AQ75	Innere Medizin und Infektiologie	
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	
AQ69	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder- und Jugend-Hämatologie und -Onkologie	
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie	
AQ70	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder- und Jugend-Kardiologie	
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie	
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie	
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
AQ09	Kinderchirurgie	
AQ71	Kinder- und Jugendchirurgie	
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	
AQ67	Phoniatrie und Pädaudiologie	
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	
AQ50	Physiologie	
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie	
AQ68	Plastische, 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	
AQ72	Radiologie, SP Kinder- und Jugendradiologie	
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie	
AQ57	Rechtsmedizin	
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
AQ58	Strahlentherapie	
AQ12	Thoraxchirurgie	
AQ59	Transfusionsmedizin	
AQ60	Urologie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
AQ73	Parodontologie	
AQ74	Allgemeine Zahnheilkunde	
<b>Nummer</b>	<b>Zusatz-Weiterbildung</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF02	Akupunktur	
ZF03	Allergologie	
ZF04	Andrologie	
ZF50	Balneologie und Medizinische Klimatologie	
ZF05	Betriebsmedizin	
ZF06	Dermatohistologie	
ZF51	Dermatopathologie	
ZF07	Diabetologie	
ZF52	Ernährungsmedizin	
ZF08	Flugmedizin	
ZF09	Geriatric	
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	
ZF11	Hämostaseologie	
ZF12	Handchirurgie	
ZF13	Homöopathie	
ZF53	Immunologie	
ZF14	Infektiologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF54	Kardiale Magnetresonanztomographie	
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	
ZF55	Kinder- und Jugend-Endokrinologie und -Diabetologie	
ZF17	Kinder-Gastroenterologie	
ZF56	Kinder- und Jugend-Gastroenterologie	
ZF18	Kinder-Nephrologie	
ZF57	Kinder- und Jugend-Nephrologie	
ZF19	Kinder-Orthopädie	

ZF58	Kinder- und Jugend-Orthopädie	
ZF20	Kinder-Pneumologie	
ZF59	Kinder- und Jugend-Pneumologie	
ZF21	Kinder-Rheumatologie	
ZF60	Kinder- und Jugend-Rheumatologie	
ZF61	Klinische Akut- und Notfallmedizin	
ZF62	Krankenhaushygiene	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	
ZF70	Magnetresonanztomographie	
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden –	
ZF71	Manuelle Medizin	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF26	Medizinische Informatik	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF63	Nuklearmedizinische Diagnostik für Radiologen	
ZF29	Orthopädische Rheumatologie	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF31	Phlebologie	
ZF72	Physikalische Therapie	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF33	Plastische Operationen	
ZF64	Plastische und Ästhetische Operationen	
ZF34	Proktologie	
ZF35	Psychoanalyse	
ZF73	Psychotherapie	
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
ZF65	Röntgendiagnostik für Nuklearmediziner	
ZF39	Schlafmedizin	
ZF66	Sexualmedizin	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF67	Spezielle Kardiologie für Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern (EMAH)	
ZF68	Spezielle Kinder- und Jugend-Urologie	
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	
ZF69	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	
PQ05	Leitung einer Station/eines Bereichs	
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	
<b>Num- mer</b>	<b>Zusatzqualifikation</b>	<b>Kommentar/Erläuterung</b>
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	<i>z. B. Diabetesberatung</i>
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	<i>z. B. Überleitungspflege</i>
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatric	<i>z. B. Zercur</i>
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	<i>z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexpertin und Pflegeexperte Schmerzmanagement; Pain Nurse</i>
ZP22	Atmungstherapie	
ZP23	Breast Care Nurse	
ZP24	Deeskalationstraining	<i>z. B. Deeskalationstrainerin und Deeskalationstrainer in der Notaufnahme, 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	z. B. Parkinson Nurse
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
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
	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	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	Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil die Leistung gemäß § 4 Absatz 4 Satz 3 Mm-R im Notfall erbracht wurde oder eine Verlegung der Patientinnen und Patienten in ein Krankenhaus, das die Mindestmenge erfüllt, medizinisch nicht vertretbar war.	
MM04	Das Krankenhaus war zur Erbringung der mindestmengenrelevanten Leistung berechtigt, weil gemäß § 136b Absatz 5 SGB V eine Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung vorgelegen hat.	
MM06	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	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	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 oder der COVID-19-Pandemie
MM09	Leistungserbringung trotz Nichtvorliegens einer positiven Prognose und ohne einschlägigen Ausnahmegrund.	

### Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 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	
CQ30	Qualitätssicherungs-Richtlinie zur interstitiellen LDR-Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Risikoprofil (seit dem 8. Januar 2021 in Kraft)	
CQ24	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom (gültig bis zum 30. Juni 2022)	
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	
CQ26	Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der gezielten Lungendeneravierung 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)	
------	---	--

GKV-SV			DKG
<b>Auswahlliste „Arzneimittel für neuartige Therapien“ (Kapitel C-10)</b>			<i>[keine Übernahme]</i>
Nummer	Arzneimittel für neuartige Therapien	Konkretisierung der Indikationen (Zusatzangaben)	
ANT01	CAR-T-Zellen bei B-Zell-Neoplasien (Anlage I der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)	Auswahloptionen: - akute B-Vorläuferzell-Leukämien bei Erwachsenen - akute B-Vorläuferzell-Leukämien bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr - B-Zell-Lymphome bei Erwachsenen - Multiples Myelom bei Erwachsenen <i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>	
ANT02	Onasemnogen-Abeparvovec bei spinaler Muskelatrophie (Anlage II der ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL)		



# Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der  
Krankenhäuser:

Änderung von §§ 8, 10, 12 bis 13, 16 bis 17, Ergänzung der  
Anlage und ihres Anhangs 2 für das Berichtsjahr 2022 und  
Aufhebung der Anlagen und Anhänge für das Berichtsjahr  
2019 sowie der Anlage 3 und ihres Anhangs

**Stand: 07.09.2022** nach Sitzung des UA QS

## Hinweise:

- Dissente Positionen sind **gelb markiert**.
- Bei grau hinterlegten Textteilen sind spezifische Anpassungen erforderlich.
- Redaktionelle Hinweise sind *kursiv dargestellt*.
- Die Tragenden Gründe sind von der Abteilung Recht der G-BA-Geschäftsstelle noch nicht rechtlich geprüft worden.

Vom 15. Dezember 2022

## Inhalt

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage</b> .....	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b> .....	<b>2</b>
	2.1 Regelungsrumpf .....	2
	2.2 Anlage (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022).....	3
	2.3 Anhang 2 zur Anlage (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2022) .....	12
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung</b> .....	<b>14</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf</b> .....	<b>14</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit</b> .....	<b>15</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation</b> .....	<b>15</b>

## 1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V einen Beschluss über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zu fassen. In dem jährlich zu veröffentlichenden Qualitätsbericht ist der Stand der Qualitätssicherung, insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und 136a Absatz 1 SGB V sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit dem vorliegenden Beschluss werden die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) angepasst sowie die Anlage und der Anhang 2 zur Anlage der Qb-R für das Berichtsjahr 2022 eingefügt. Die nachfolgenden Tragenden Gründe erläutern insbesondere solche Änderungen, die gegenüber den bisherigen Regelungen, der Anlage und des Anhangs 2 zur Anlage der Qb-R für das Berichtsjahr 2021 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/>.

Überdies werden mit diesem Beschluss aus Gründen der Rechtsbereinigung die berichtsjahresspezifischen Anlagen und Anhänge für das Berichtsjahr 2019 sowie die Anlage 3 „Verfahren zur Veröffentlichung der Berichtspflicht und zur Erstellung einer Liste nach § 8 Absatz 1 ab dem Berichtsjahr 2015“ nebst Anhang aufgehoben, da diese keine Anwendung mehr finden. Die Aufhebung für das Berichtsjahr 2019 betrifft die Anlage 1 „Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts“, den Anhang 1 zu Anlage 1 „Datensatzbeschreibung“, den Anhang 2 zu Anlage 1 „Auswahllisten“, den Anhang 3 zu Anlage 1 „Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“, den Anhang 4 zu Anlage 1 „Plausibilisierungsregeln“, die Anlage 2 „Annahmestelle und Datenlieferverfahren“.

### Zu den Regelungen im Einzelnen:

Neben für das Berichtsjahr 2022 erforderlichen redaktionellen Anpassungen der Verweise wurden insbesondere folgende Änderungen vorgenommen:

#### 2.1 Regelungsrumpf

##### Zu § 8 Absatz 7

Ab dem Berichtsjahr 2022 werden Angaben zur PPP-RL erstmalig im Qualitätsbericht dargestellt. Die dafür notwendigen Daten liegen im Rahmen des Nachweisverfahrens gemäß PPP-RL dem IQTIG vor. Daher wird das IQTIG als weiterer Datenlieferant definiert und die Datenlieferung für diesen neuen Akteur beschrieben.

GKV-SV/PatV	DKG
Die Daten werden bis zum 15. November des Erstellungsjahres direkt vom IQTIG an die Annahmestelle Qb geliefert. Dies ist,	Die Daten werden bis zum 15. November des Erstellungsjahres vom IQTIG den Krankenhäusern zur abschließenden Prüfung und Kommentierung zur Verfügung gestellt. Im Anschluss erfolgt die Einarbeitung der Rückmeldungen und

	Initiierung von ggf. notwendigen Korrekturen. Abschließend übermittelt das IQTIG die finalen Datensätze an die Annahmestelle Qb. Die Übermittlung durch das IQTIG ist
--	---

abweichend vom Verfahren für die C-1-Daten möglich, da die Nachweisdaten gemäß PPP-RL dem IQTIG zu diesem Zeitpunkt bereits mehrere Monate vorliegen. Zudem erfolgt im PPP-RL-Nachweisverfahren keine Leistungserbringer-Pseudonymisierung.

### Zu § 10 Absatz 1

GKV-SV	DKG
[Vorerst keine Übernahme]	Der Empfängerkreis des Qualitätsberichts wird um das IQTIG erweitert, um diesen eine Nutzung der Daten gemäß § 136a Absatz 6 SGB V zu ermöglichen.

### Zu § 12

GKV-SV	DKG
<p>Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes ist die Schaffung einer weiteren Korrekturmöglichkeit nicht sachgerecht.</p> <p>So bestehenden bereits umfangreiche Nachliefer- und Korrekturmöglichkeiten für alle Datenlieferanten. Verwiesen sei hier auf die Nach-, Ersatz- und Korrekturlieferungen ohne Angabe von Gründen für Krankenhäuser (§ 8 Abs. 3) sowie die Prüfung der C-1-Daten vor Übermittlung an die Annahmestelle Qb durch die Krankenhäuser (§ 8 Abs. 5). Darüber hinaus ist es möglich, auch die veröffentlichten Qualitätsberichte zu prüfen und niederschwellig zu korrigieren. Hierfür bedarf es lediglich einer Information bis zum 28.02. des Erstellungsjahres an die Annahmestelle Qb. Bei konsequenter Nutzung sind die bestehenden Regelungen somit ausreichend, um das Ziel möglichst korrekter Daten zu erreichen.</p> <p>Zudem erscheint das „Kosten-Nutzen-Verhältnis“ eines weiteren Korrekturverfahrens nicht ausgewogen. Das angedachte Verfahren zieht für die</p>	<p>In § 12 Absatz 1 Satz 2, Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 Satz 2 wird festgelegt, dass die übermittelnden Stellen zwischen dem 28. Februar und dem 31. August des Veröffentlichungsjahres die Möglichkeit erhalten, Datenfelder auf Antrag beim G-BA zu ändern. Der G-BA gewährt bei Bestätigung eine kurzfristige nachträgliche bzw. korrigierende Übermittlung. Dies ermöglicht es dem G-BA, die Sorgfaltspflicht zur Veröffentlichung korrekter Daten zu wahren. Fehlerhafte Daten fallen zum Teil erst nach der Prüfung der Veröffentlichung in Krankenhausvergleichsportalen oder in der Sonderveröffentlichung zu den Mindestmengen auf, welche nach dem 28. Februar des Veröffentlichungsjahres erscheinen. Erfolgt dann eine Information an den G-BA, können die Daten derzeit trotz Kenntnis der Fehler nicht mehr korrigiert werden. Eine aufwandsarme Möglichkeit zur Information weiterer veröffentlichender Stellen über die notwendigen Änderungen wurde im Rahmen der Möglichkeit zur Berichtigung oder Löschung personenbezogener Daten nach § 12 Absatz</p>

<p>Korrektur von einzelnen Datenfeldern einen hohen administrativen Aufwand beim G-BA sowie den Datennutzern nach sich. So muss ein entsprechender Antrag vom G-BA geprüft und beschlossen werden, da es sich um einen Verwaltungsakt handelt. Außerdem müsste jede Änderung in den Daten in allen Veröffentlichungen nachgezogen und aktualisiert werden. Dies betrifft u.a. die Kassenportale sowie die Sonderveröffentlichungen zu den Mindestmengen sowie den planungsrelevanten Qualitätsindikatoren.</p>	<p>1 Satz 2 Qb-R geschaffen und könnte auch hier genutzt werden.</p>
--	--

### Zu § 16 Absatz 3

Die Einführung der automatischen Aggregation der Standortberichte zu einem Gesamtbericht war für das Berichtsjahr 2020 geplant. Bei Erstellung des technischen Konzeptes sind jedoch Fragen aufgetaucht, die weitergehende fachliche Diskussionen erfordern, und eine rechtzeitige Implementierung nicht ermöglichen. Aus diesem Grunde kann abweichend von § 8 Absatz 2 Qb-R auch für das Berichtsjahr 2021 noch kein Gesamtbericht erstellt werden.

### Zu § 17

GKV-SV	DKG
<p>Der Hinweis zur Covid-19-Pandemie an dieser Stelle wird gestrichen. Aufgrund der Covid-19-Pandemie wurden verschiedene zu veröffentlichende Hinweistexte in die Qb-R aufgenommen, welche auf mögliche Auswirkungen auf die Qualitätsberichtsdaten aufmerksam machen. Zwei der Hinweise sind dabei übergreifender Natur und auf den Internetseiten der veröffentlichenden Stellen (vgl. § 17) bzw. im jeweiligen Qualitätsbericht selbst (Anlage zur Qb-R) zu veröffentlichen. Im nunmehr dritten Jahr der Pandemie erscheint es nicht mehr sachgerecht, redundant auf diese zu verweisen. Im direkten Vergleich sollte von beiden Hinweisen der gemäß § 17 gestrichen werden. Inhaltlich bezieht sich dieser Hinweis insbesondere auf mögliche Datenlücken aufgrund von pandemiebedingten Ausnahmeregelungen im Rahmen der zugrundeliegenden QS-</p>	<p>Es ist möglich, dass sich die Covid-19-Pandemie auf die Erstellung der Qualitätsberichte 2022 auswirken wird. Um dem Rechnung zu tragen und dies transparent zu kommunizieren, werden die veröffentlichenden Stellen verpflichtet, einen entsprechenden Hinweistext zu veröffentlichen.</p>

<p>Verfahren (vgl. Tragende Gründe zum Beschluss vom 17.12.2020). Entsprechende Ausnahmeregelungen liegen für das Berichtsjahr 2022 jedoch nicht (mehr) vor. Weiterhin bestehen bleibt der umfangreiche Hinweis zur Covid-19-Pandemie in der Anlage der Qb-R, welcher ebenfalls veröffentlicht wird. Dadurch ist sichergestellt, dass auch nach der Streichung des § 17 ab dem Berichtsjahr 2022 adäquat auf mögliche Auswirkungen der Covid-19-Pandemie hingewiesen wird.</p>	
--	--

## 2.2 Anlage (Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2022)

### Zu Kapitel A-12.6: Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt

Kapitel 12.6 ergänzt Informationen zur Prävention von und Hilfe bei Missbrauch und Gewalt im Qualitätsbericht der Krankenhäuser. Krankenhäuser und andere medizinische Institutionen, in denen Kinder und Jugendliche behandelt werden, sind immer wieder mit (Verdachts-)Fällen sexueller Gewalt konfrontiert. Konstellationen hierbei sind:

- Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen, die in medizinischen Einrichtungen behandelt werden, durch eine Person, die nicht in der medizinischen Institution tätig ist (z. B. innerfamiliärer Missbrauch, externer Fremdtäter),
- Sexuelle Übergriffe unter Kindern und Jugendlichen, die sich in medizinischen Einrichtungen aufhalten
- Sexueller Missbrauch durch eine in der medizinischen Einrichtung tätige Person.

Medizinische Institutionen stehen in der Pflicht dafür zu sorgen, dass sie einen Schutz- und Kompetenzort für die ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen darstellen. Seit Inkrafttreten eines Beschlusses vom 16. Juli 2020 in der Qualitätsmanagement-Richtlinie (<https://www.g-ba.de/beschluesse/4379/>) müssen sich Einrichtungen, die Kinder und Jugendliche versorgen, gezielt mit der Prävention von und Intervention bei (sexueller) Gewalt und Missbrauch (Risiko- und Gefährdungsanalyse) befassen. Daraus werden der Größe und Organisationsform der Einrichtung entsprechend konkrete Schritte und Maßnahmen abgeleitet (Schutzkonzept). Angaben zur Umsetzung von Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu Missbrauch und Gewalt werden nun auch in den Qualitätsberichten der Krankenhäuser ergänzt, um die Transparenz über diese Maßnahmen zu ermöglichen.

Um Patientinnen und Patienten diese Hintergrundinformationen zur Verfügung zu stellen, ist ein Erläuterungstext vorgesehen, der automatisch von der Erfassungssoftware in den jeweiligen Qualitätsbericht zu übernehmen ist. Wenn Krankenhäuser Kinder und/oder Jugendliche versorgen und ein Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen vorliegt, sind zusätzlich Instrumente und Maßnahmen im Rahmen des Schutzkonzeptes anzugeben. Hierzu wurde die Auswahlliste „Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“ im Anhang 2 zur Anlage Qb-R ergänzt.

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

Im Berichtsjahr 2022 werden keine Leistungen mehr gemäß QSKH-RL berichtet, sodass die entsprechenden Verweise, Zuständigkeiten und Bewertungen aus der Anlage zur Qb-R entfernt werden konnten.

#### **Zu Kapitel C-1.1.2: Übermittlung der Daten**

Die veröffentlichungspflichtigen Leistungsbereiche werden erst mit der Abnahme des Anhang 3 und damit später als die Anlage zur Qb-R festgelegt. Die Auflistung in der Anlage wurde daher durch einen Verweis auf Anhang 3 und dort Tabelle D ersetzt. Durch diese Bündelung in Anhang 3 wird die Konsistenz der Daten zwischen Fallzahlen und Dokumentationsraten sowie den QS-Ergebnissen verbessert.

#### **Zu C-1.1.3 Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen**

Die Anpassung zur differenzierten Darstellung der Fallzahlen stellt sicher, dass nur veröffentlichungspflichtige Leistungsbereiche in den Qualitätsberichten ausgewiesen werden.

#### **Zu C-1.2.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen**

Bei dem Parameter „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“ wurde der Hinweis "Bei Veröffentlichung ist sicherzustellen, dass die Kürzel zur Kategorie und Ziffer durch die Einstufung und Begründung ergänzt werden." aufgenommen. Durch diese Ergänzung soll die Verständlichkeit der qualitativen Bewertung von QS-Ergebnissen verbessert werden. Bei Veröffentlichungen beispielsweise auf Internetportalen oder in den Referenzberichten soll damit sichergestellt werden, dass neben den abstrakten Bewertungen wie R10, U62 oder A71 immer auch die verständlichen Bezeichnungen vorliegen - Beispiel U62 Einstufung "Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig" Begründung: "Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle".

### **Zu Kapitel C-5**

Es erfolgte eine Umstrukturierung des Kapitels C-5 in der Anlage Qb-R, da sich die Höhe der Mindestmenge im Berichtsjahr 2022 von der Höhe der Mindestmenge im Prognosejahr 2024 unterscheidet. Zusätzlich wurden die neuen Leistungsbereiche gemäß Mindestmengenregelungen für das Berichtsjahr 2022 ergänzt.

In Kapitel C-5.1 und in Kapitel C-5.2.1.a wird normiert, dass die Erfassungssoftware eine Übernahme der vom Krankenhaus elektronisch und auf Basis der vom G-BA beschlossenen Spezifikation übermittelten Leistungsmengen ermöglicht. Die Prognosedarlegung gemäß § 5 Mm-R liegt jedem Krankenhaus, das eine Prognose gemäß Mm-R abgegeben hat, in einem einheitlichen Format vor. In die Erfassungssoftware ist die Prognosedarlegung einzulesen, die im Erstellungsjahr des Qualitätsberichts abgegeben wurde. Die Prognosedarlegung enthält für jeden Leistungsbereich, für den eine Prognose erfolgt, die Leistungsmenge über die Eingriffe des Berichtsjahres nach Qb-R (Zahl A) sowie die Leistungsmenge der letzten beiden Quartale des Berichtsjahres nach Qb-R gemeinsam mit der Leistungsmenge der ersten beiden Quartale des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres nach Qb-R (Zahl B). Die Erfassungssoftware ermöglicht für alle Leistungsbereiche die Übernahme der Zahl A im Kapitel C-5.1. In Kapitel C-5.2.1.a wird für alle Leistungsbereiche die Übernahme der Zahlen A und B ermöglicht. Eine manuelle Eintragung von Angaben bzw. Anpassung der übernommenen Daten bleibt möglich. Dies ist insbesondere notwendig, um Anpassungen zu ermöglichen, wo Mm-R und Qb-R voneinander abweichen. Abweichungen können bspw. auftreten, wenn ein Krankenhaus für einen Leistungsbereich keine Prognose abgegeben hat

aber aufgrund einer Notfallbehandlung dennoch Leistungen in diesem Leistungsbereich erbracht hat.

Weiterhin wurde festgelegt, dass das Kapitel C-5.2.1.b (Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)) nur auszufüllen ist, wenn in Kapitel C-5.2.1.a (Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen) „nein“ ausgefüllt wurde. Kapitel C-5.2.1.c (Erlaubnis der für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörde zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung (§ 136b Absatz 5a SGB V)) ist nur auszufüllen, wenn in Kapitel C-5.2.1.a „nein“ oder „Rechtsstreit anhängig“ ausgewählt wurde. Diese Vereinfachung zielt auf eine Erhöhung der Verständlichkeit der vorzunehmenden Angaben. Die Angabe „ja“ in Kapitel C-5.2.1.a stellt den häufigsten Fall dar. Angaben in den Kapiteln C-5.2.1.b und C-5.2.1.c sind nur relevant, wenn in Kapitel C-5.2.1.a nicht „ja“ angegeben wurde.

### Zu Kapitel C-8

Die vorzunehmenden Angaben wurden unter Berücksichtigung der Ersten Verordnung zur Änderung der Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung vom 8. November 2021 angepasst. Die Spalte „Höchstanteile an Pflegehilfskräften“ in Tabelle 1 wurde gelöscht, da die Höchstgrenzen bereits bei der Berechnung der Erfüllungsgrade durch das InEK berücksichtigt werden und die Darstellung im Qualitätsbericht lediglich informativen Charakter hat. Zusätzlich kann in dem pflegesensitiven Bereich „Gynäkologie und Geburtshilfe“ auch die Berufsgruppe der Hebammen auf die Pflegepersonaluntergrenzen angerechnet werden. Eine Berücksichtigung müsste mit einer weitergehenden Differenzierung der Tabelle einhergehen. Zum Zwecke der Komplexitätsreduktion soll auf die Darstellung der anrechenbaren Anteile anderer Berufsgruppen im Qualitätsbericht insgesamt verzichtet werden.

GKV-SV	DKG
<p>Es wurde je einer Spalte in den Tabellen zum schichtbezogenen Erfüllungsgrades (C-8.2) sowie monatebezogenen Erfüllungsgrades (C-8.1) ergänzt. Die neue Spalte enthält die Anzahl der Schichten (Erfüllungsgrad 1) bzw. die Anzahl der Monate (Erfüllungsgrad 2) im Berichtsjahr, für die in einem pflegesensitiven Bereich, getrennt für alle Stationen des ausgewählten pflegesensitiven Bereichs sowie getrennt nach Tag- und Nachtschicht, durch den Standort Nachweise erbracht wurden. Die Ermittlung der Werte für die neue Spalte erfolgt automatisch durch die Erfassungssoftware auf Grundlage der Werte in Anlage 4 der PpUG-Nachweisvereinbarung 2022 vom 12.11.2021. Daher entsteht durch die Ergänzung der neuen Spalte kein zusätzlicher Aufwand für die Krankenhäuser.</p> <p>Auf der anderen Seite geht mit der Ergänzung aber eine deutliche Erhöhung der</p>	<p>Eine Aufnahme weiterer Spalten zum schichtbezogenen Erfüllungsgrad im Kapitel C-8.2 und zum monatsbezogenen Erfüllungsgrad in C-8.1 wird abgelehnt. Die Aufnahme dieser zusätzlichen Angaben würde die Übersichtlichkeit des Kapitels mindern und bietet nur einen marginalen informationellen Mehrwert. Die Aussage darüber, in wie vielen Monaten/ Schichten ein pflegesensitiver Bereich auf einer Station im Berichtsjahr Anwendung gefunden hat, ist nicht von Relevanz für die Beurteilung der Bereiche während der tatsächlichen medizinischen Versorgung. Die Berechnung der Werte durch die Erfassungssoftware kann zudem Umsetzungsfehler und zusätzliche Prüfaufwände verursachen.</p>

<p>Aussagekraft der genannten Tabellen einher. Denn die Zahl und Differenzierung der pflegesensitiven Bereiche unterlag auf Bundesebene in den vergangenen Jahren einer kontinuierlichen Weiterentwicklung in Form einer Differenzierung und Konkretisierung. Da die Zahl der geltenden pflegesensitiven Bereiche steigt, steigt auch die Wahrscheinlichkeit, dass Stationen unterjährig den geltenden pflegesensitiven Bereich wechseln. Für die Interpretation der in Kapitel C-8 dokumentierten Erfüllungsgrade ist es daher zunehmend von Bedeutung, über Informationen zur Anzahl der zu Grunde liegenden Monate (Erfüllungsgrad 2) bzw. Schichten (Erfüllungsgrad 1) zu verfügen, die dem Erfüllungsgrad zu Grunde liegen. Nach Auffassung des GKV Spitzenverbandes macht es qualitativ einen Unterschied, ob ein monatsbezogener Erfüllungsgrad von 100 % darauf zurückgeht, ob die Untergrenzen auf einer Station in 1/1 Monat (Erfüllungsgrad: 100 %) oder in 12/12 Monaten (Erfüllungsgrad: 100 %) eingehalten wurden. Diese qualitative Bewertung der Tabellenangaben ist momentan jedoch nicht möglich. Durch die zusätzliche Spalte wird daher transparent und für die Adressaten des Qualitätsberichts nachvollziehbar dargestellt, für wie viele Monate bzw. Schichten ein pflegesensitiver Bereich auf einer Station im Berichtsjahr Anwendung gefunden hat.</p>	
--	--

### **Zu Kapitel C-9 (neu)**

Die Einfügung des neuen Kapitels „Umsetzung der Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik Richtlinie (PPP-RL)“ erfolgt auf Basis des gesetzlichen Auftrages nach § 136a Absatz 2 Satz 10 SGB V, welcher vorsieht im Qualitätsbericht Informationen über die Umsetzung der verbindlichen Mindestvorgaben zur Ausstattung mit therapeutischem Personal zu veröffentlichen.

In der Richtlinie zur Personalausstattung in der Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) gemäß § 136a Abs. 2 SGB V sind verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Dabei legen diese eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Sie sind jedoch keine Anhaltzahlen zur

Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Die Nachweisführung in der PPP-RL erfolgt analog zur Berichtspflicht für die Qualitätsberichte der Krankenhäuser für jeden Krankenhausstandort getrennt. Dabei kann ein Krankenhausstandort gemäß Definition der PPP-RL bis zu drei Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Die vollständige Erfüllung der personellen Mindestanforderungen ist ab dem 01. Januar 2024 vorgesehen. Für die Übergangszeit gilt ein gestuftes Verfahren. Für das Berichtsjahr 2022 gilt ein Umsetzungsgrad von 90%, welcher sowohl berufsgruppenspezifisch als auch insgesamt für die Einrichtung für die Erfüllung der Mindestvorgaben erreicht werden muss.

#### Zu Kapitel C-9.1: Zeitraum des Nachweises / Einrichtungstyp

Die Nachweise

GKV-SV	DKG
[keine Übernahme]	über die Einhaltung der Mindestvorgaben

gemäß PPP-RL liegen differenziert für die Erwachsenenpsychiatrie, die Psychosomatik sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie vor (Einrichtungen gemäß § 2 Absatz 5 Satz 3 PPP-RL). Daher wird auch im Qualitätsbericht über diese differenzierten Einrichtungen berichtet. Die Krankenhäuser weisen die Einhaltung der Mindestvorgaben quartalsweise nach. Daher sind die Angaben aller vier Quartale darzustellen. Eine inhaltliche Zusammenführung der Quartalsnachweise eines Jahres (z.B. durch das IQTIG) ist nicht vorgesehen.

#### Zu Kapitel C-9.2: Vollständige und fristgerechte Nachweisführung

Zudem wird für Krankenhausstandorte, welche die Nachweise sowie die Erklärung zur Richtigkeit bis zum Ende der Korrekturfrist zum 01. März des Folgejahres nicht oder nicht vollständig erbracht haben, ein entsprechender Hinweis aufgenommen. Gemäß § 11 Abs. 12 PPP-RL sind sie wie folgt zu kennzeichnen: „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt.“

GKV-SV/PatV	DKG
<u>Strukturangaben zur Einrichtung</u> Die Einhaltung der Mindestanforderungen wird um Strukturinformationen ergänzt. Diese sind Rahmeninformationen, welche die betrachteten Einrichtungen gemäß § 5 PPP-RL näher beschreiben und somit die Höhe der einrichtungsindividuellen Mindestpersonalvorgaben nachvollziehbar erklären. Dementsprechend sieht § 12 PPP-RL vor, dass, neben der Einhaltung der Mindestpersonalvorgaben, weitere Strukturinformationen, die den zum Verständnis des jeweiligen Erfüllungsgrades erforderlichen Kontext liefern, im Qualitätsbericht dargestellt werden. Daher werden die Einrichtungen gemäß § 5 PPP-RL dahingehend charakterisiert, welche Stationen sie umfassen. Diese werden hinsichtlich Größe (Anzahl der vollstationären Planbetten und	<u>Zu Kapitel C-9.3.1 [GKV-SV-Nummerierung]:</u> Strukturangaben zur Einrichtung ist nicht in die Anlage Qb-R aufzunehmen.  <u>Zu Kapitel C-9.3.1.1 [GKV-SV-Nummerierung]:</u> Regionale Pflichtversorgung Angaben zur regionalen Pflichtversorgung werden bereits in Kapitel A-4 aufgeführt. Zudem gibt es einzelne Kliniken, für die eine regionale Pflichtversorgung gilt, die aber nicht der PPP-RL unterliegen (Modellvorhaben nach § 64b SGB V). Die Verortung im A-Teil, der über die Struktur- und Leistungsdaten des Standortes informiert, ist für zudem nutzerorientierter.  <u>Zu Kapitel C-9.3.1.2 [GKV-SV-Nummerierung]:</u> Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen

<p>teilstationären Planplätze) und der Behandlungsschwerpunkte beschrieben. Zudem berücksichtigt die Höhe der Mindestvorgaben den Leistungsumfang (Anzahl der Behandlungstage) sowie das Behandlungssettings und Art und Schwere der Erkrankung (Stichtageeinstufung der Patienten in Behandlungsbereiche). Entsprechend werden auch diese Aspekte als Kontextinformationen bereitgestellt. Außerdem werden Angaben zur regionalen Versorgungsverpflichtung dargestellt. Diese differenzierteren Angaben ersetzen dabei den bisherigen Abschnitt A-4. Neben einer umfassenderen Information zum Sachverhalt, werden zudem bereits an anderer Stelle vorliegende Daten für den Qualitätsbericht genutzt. Die oben beschriebenen Strukturangaben sind vollständig in den Nachweisen gemäß Anlage 3 der PPP-RL enthalten. Sie bedürfen keiner weiteren Verarbeitung durch das IQTIG.</p>	<p>Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen sind keine Mindestvorgaben nach PPP-RL und sind daher nicht in die Qualitätsberichte aufzunehmen. Zudem handelt es sich teilweise um Doppelungen zum B-Teil, die die Qualitätsberichte schwerer verständlich machen ohne wesentliche Informationsvorteile zu bieten.</p> <p><u>Zu Kapitel C-9.3.1.3 [GKV-SV-Nummerierung]</u>: Behandlungsumfang und Behandlungsbereiche Angaben zum Behandlungsumfang und Behandlungsbereichen sind keine Mindestvorgaben nach PPP-RL und sind daher ebenso nicht in die Qualitätsberichte aufzunehmen. Zudem handelt es sich nicht um etablierte Kategorien, so dass dieser Teil sehr schwer für die Nutzer verständlich wäre. Weiterhin handelt es sich teilweise um Angaben, die im B-Teil bereits in ähnlicher Weise abgefragt werden, und deren Doppelung die Qualitätsberichte schwerer verständlich machen würde.</p>
---	---

GKV-SV/PatV	DKG
<p><u>Personalausstattung / Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad</u> Hier sieht die PPP-RL in § 12 vor, dass die Erfüllung der Mindestvorgaben insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen (die tatsächliche Personalausstattung und der Umsetzungsgrad) im Qualitätsbericht zu veröffentlichen sind. Entsprechend werden diese Angaben aufgenommen. Die tatsächliche Personalausstattung in Stunden wird zudem noch hinsichtlich des Anteils der Anrechnung für Fachkräfte differenziert. Somit wird insbesondere die relevante Qualitätsangabe transparent, inwieweit Fachkräfte durch andere Berufsgruppen ersetzt werden.</p>	<p><u>Zu Kapitel C-9.3.1: Tatsächliche Personalausstattung nach Berufsgruppen:</u> Die PPP-RL sieht in § 12 vor, dass die tatsächliche Personalausstattung für die einzelnen Berufsgruppen im Qualitätsbericht zu veröffentlichen ist.</p> <p>Eine weitere Differenzierung hinsichtlich des Anteils der Anrechnung von Fach- und Hilfskräften ist nicht notwendig und schwer verständlich. Insbesondere ist ohne genaue Kenntnis der PPP-RL unklar, was „andere Berufsgruppen nach PPP-RL“ und „Nicht-PPP-RL-Berufsgruppen“ sind. Auch der Begriff „ohne direktes Beschäftigungsverhältnis“ ist ohne weitere Erklärung nicht verständlich.</p> <p><u>Zu Kapitel C-9.3.2: Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad:</u></p>

	<p>§ 12 PPP-RL sieht vor, dass die Erfüllung der Mindestvorgaben insgesamt und für die einzelnen Berufsgruppen im Qualitätsbericht zu veröffentlichen sind. Entsprechend wird in Kapitel C-9.3.3.1 die Einhaltung der Mindestvorgaben und der Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen angegeben. Kapitel C-9.3.3.2 gibt in Folge den Umsetzungsgrad sowie die Einhaltung der Mindestvorgaben über alle Berufsgruppen hinweg und somit in der Einrichtung an.</p>
--	--

GKV-SV/PatV	DKG
<p><u>Ausnahmetatbestände</u> Krankenhäuser können von den verbindlichen Mindestvorgaben abweichen, wenn einer der in § 10 Abs. 1 PPP-RL beschriebenen Ausnahmetatbestände zutrifft. Die von den Krankenhäusern in den Nachweisen gemäß PPP-RL angegebenen Ausnahmetatbestände werden in diesem Abschnitt dargestellt. Dabei können auch mehrere Ausnahmetatbestände zutreffen. Zu den Ausnahmetatbeständen können die Krankenhäuser im Rahmen der Nachweise gemäß PPP-RL Erläuterungen oder Begründungen vornehmen. Diese sollen auch im Zuge der Veröffentlichung zur Verfügung stehen und entsprechend sind die Freitextangaben („Gründe für Abweichungen“) aus den Nachweisen für den Qualitätsbericht zu übernehmen.</p>	<p><u>Zu Kapitel C-9.3.2.3: Ausnahmetatbestände:</u> Krankenhäuser können von den verbindlichen Mindestvorgaben abweichen, wenn einer der in § 10 Abs. 1 PPP-RL beschriebenen Ausnahmetatbestände zutrifft. Die von den Krankenhäusern in den Nachweisen gemäß PPP-RL angegebenen Ausnahmetatbestände werden in diesem Abschnitt dargestellt. Dabei können auch mehrere Ausnahmetatbestände zutreffen. Hierzu soll den Krankenhäusern eine Kommentierungsmöglichkeit zur Verfügung stehen. Diese ist einer Veröffentlichung der „Gründe für Abweichungen“ aus den Nachweisen gemäß PPP-RL vorzuziehen. Den Krankenhäusern sollte eine Kommentierung explizit für den Zweck der Veröffentlichung ermöglicht werden, welches bei einer Übernahme aus den Nachweisen gemäß PPP-RL nicht der Fall wäre.</p>

**Zu Kapitel C-10 (neu)**

GKV-SV	DKG
<p>Die Einfügung des Abschnitts „C-10 Umsetzung von Anforderungen an die Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien“ erfolgt auf Basis des gesetzlichen Auftrags nach § 136b Absatz 6 Satz 1: „In dem Bericht nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 [Anm.: Qualitätsbericht] ist der Stand der</p>	<p>Das Kapitel C-10 ist nicht in die Anlage zu übernehmen. In § 19 Absatz 2 ATMP-QS-RL ist folgendes geregelt: „Im Besonderen Teil dieser Richtlinie kann festgelegt werden, dass die Umsetzung der Regelungen des Besonderen Teils im strukturierten Qualitätsbericht gemäß den Regelungen des</p>

<p>Qualitätssicherung insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und § 136a sowie der Umsetzung der Regelungen nach Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 und 2 darzustellen.“ Damit ist explizit auch die Darstellung der Umsetzung der Richtlinie nach § 136a Absatz 5 SGB V: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Anforderungen an die Qualität der Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien (ATMP-Qualitätssicherungs-Richtlinie/ATMP-QS-RL) umfasst. Für die Adressaten des Qualitätsberichts (Patientinnen und Patienten ebenso wie zuweisende Ärzte und Ärztinnen) handelt es sich um wichtige Informationen zur Auswahl eines Krankenhauses. Der Qualitätsbericht ist die einzige bundesweite Datenquelle, in der die Krankenhäuser, die Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP) anwenden dürfen, dargestellt werden.</p>	<p>Gemeinsamen Bundesausschusses zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser auf Grundlage des § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V dargestellt werden sollen.“ In den jeweiligen besonderen Teilen finden sich aber keine Angaben, dass im Qualitätsbericht berichtet werden soll. In der Folge ist eine Aufnahme in den Qualitätsbericht abzulehnen.</p>
---	--

### 2.3 Anhang 2 zur Anlage (Auswahllisten für das Berichtsjahr 2022)

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

Diese Auswahlliste werden 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)**

Das Auswahlelement AQ64 „Zahnmedizin“ wird gestrichen, da es sich hier nicht um eine Facharzt- oder Fachzahnarztbezeichnung handelt. Die regionalen Fachzahnarztbezeichnungen „Parodontologie“ (Bundesland Westfalen-Lippe) und „Allgemeine Zahnheilkunde“ (Bundesland Brandenburg) werden als AQ73 und AQ74 aufgenommen.

#### **Auswahlliste „Schutzkonzept gegen (sexuelle) Gewalt bei Kindern und Jugendlichen“ (Kapitel A-12.6.1)**

Mit der Ergänzung des Kapitels A-12.6 wurde ebenfalls eine entsprechende Auswahlliste aufgenommen. Diese ermöglicht die Konkretisierung von angewendeten Instrumenten und Maßnahmen im Rahmen des vorliegenden Schutzkonzeptes.

GKV-SV	DKG
Zu allen ausgewählten Instrumenten und Maßnahmen sind dabei verpflichtende Zusatzangaben zu tätigen. Diese	[vorerst keine Übernahme]

konkretisieren die ausgewählten Instrumente und Maßnahmen, wodurch diese verständlicher und informativer für die Nutzerinnen und Nutzer des Qualitätsberichts werden.	
---	--

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

Die folgenden Maßnahmen sind im Berichtsjahr 2022 nicht mehr gültig und werden aus der Auswahlliste entfernt:

Nr.	Beschluss	Datum Außerkrafttreten
CQ11	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem hepatozellulären Karzinom (HCC)	mit Ablauf des 25. November 2021 außer Kraft
CQ12	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms	gültig bis 31. Dezember 2021
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 (Änderung mit Beschluss vom 15. Juli 2021, siehe CQ29)	gültig bis 15. Juli 2021
CQ29	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patientinnen und Patienten mit aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen nach zwei bis sechs Zyklen Chemotherapie oder Chemoimmuntherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Therapie	gültig bis 31. Dezember 2021
CQ19	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem nicht-kleinzelligen Lungenkarzinom (NSCLC) der UICC Stadien I bis III	gültig bis 31. Dezember 2021
CQ21	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit Ösophaguskarzinom	gültig bis 31. Dezember 2021
CQ22	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei interstitieller Low-Dose-Rate-Brachytherapie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms	seit dem 8. Januar 2021 außer Kraft
CQ23	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie und akuter myeloischer Leukämie bei Erwachsenen	mit Ablauf des 1. Juli 2021 außer Kraft

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

In dieser Auswahlliste wird für das Bundesland Hessen das Element „Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind“ gestrichen, da diese dort nicht verpflichtend zu dokumentieren sind.

GKV-SV	DKG
<p><b>Auswahlliste „Arzneimittel für neuartige Therapien“ (Kapitel C-10)</b> Zur Konkretisierung der Angaben im Kapitel C-10 wird eine Auswahlliste vorgesehen. Diese ermöglicht die Darstellung der im</p>	[keine Übernahme]

<p>Krankenhausstandort eingesetzten Arzneimittel für neuartige Therapien einschließlich der jeweiligen Indikationsgebiete. Die Angaben beziehen sich auf die ATMP-QS-Richtlinie und ihre Anlagen. Die Auswahlliste ist entsprechend regelmäßig zu überprüfen und zu aktualisieren.</p>	
--	--

### 3. Bürokratiekostenermittlung

*[Nutzung eines der Schnellbausteine:]*

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

*oder*

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

### 4. Verfahrensablauf

Am 9. Februar 2022 begann die Arbeitsgruppe sektorenübergreifende Qualitätsberichterstattung mit der Beratung zur Erstellung des Beschlussentwurfes. In XX 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 5a SGB V wurde dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (vgl. **Anlage II**) Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser Stellung zu nehmen, soweit dessen Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 7. September 2022 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**).

Die Auswertung der Stellungnahme wurde in einer Arbeitsgruppensitzung am T. Monat JJJJ vorbereitet und durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am T. Monat JJJJ durchgeführt (**Anlage V**).

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit 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 15. Dezember 2022 beschlossen, die die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu ändern.

Die Patientenvertretung und die Ländervertretung trägt/tragen den Beschluss nicht/mit.

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

## 6. Zusammenfassende Dokumentation

Anlage I: Bürokratiekostenermittlung

Anlage II: Liste der stellungnahmeberechtigten Organisationen

Anlage III: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlusssentwurf über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser sowie versandte Tragende Gründe

Anlage IV: Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit *[ggf. mit Schwärzung der personenbezogenen Absenderdaten wie z.B. mitarbeiterbezogene Durchwahlen und E-Mail-Adressen, Kontodaten]*

Anlage V: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme nebst anonymisiertem Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 15. Dezember 2022

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  
Abteilung Qualitätssicherung und sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

nur per E-Mail:  
qs@g-ba.de

HAUSANSCHRIFT Graurheindorfer Straße 153, 53117 Bonn

FON

E-MAIL Referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON

INTERNET [www.bfdi.bund.de](http://www.bfdi.bund.de)

DATUM Bonn, 05.10.2022

GESCHÄFTSZ. 13-315/072#1283

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

BETREFF **Änderung der Qb-R**

Sehr geehrte Frau Pötter-Kirchner,  
sehr geehrte Damen und Herren,

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

Zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser - Änderungen von §§ 8, 10, 12 bis 13, 16 bis 17, Ergänzung der Anlage und ihres Anhangs 2 für das Berichtsjahr 2022 und Aufhebung der Anlagen und Anhänge für das Berichtsjahr 2019 sowie der Anlage 3 und ihres Anhangs - gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

■

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