

# Beschluss

## **des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Anpassungen für das Berichtsjahr 2014**

Vom 19. März 2015

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 19. März 2015 beschlossen, die Regelungen gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 19. März 2015 (BAnz AT xxxx xx), wie folgt zu ändern:

- I. Die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser werden wie folgt geändert:
  1. In § 3 Absatz 1 Satz 1 wird im 1. Spiegelstrich nach den Wörtern „einrichtungsinternes Qualitätsmanagement“ die Angabe „sowie Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern nach § 137 Abs. 1d SGB V“ eingefügt.
  2. § 6 wird wie folgt geändert:
    - a) In Absatz 1 wird
      - aa) in Satz 2 das Wort „privaten“ durch das Wort „Privaten“ ersetzt und
      - bb) Satz 4 wie folgt gefasst:

„Ab dem Berichtsjahr 2014 hat die Übermittlung in der Zeit vom 15. Oktober bis zum 15. November des Erstellungsjahres zu erfolgen.“
    - b) In Absatz 2 Satz 2 werden die Angabe „Ab dem Berichtsjahr 2013 hat die“ durch das Wort „Die“ und das Wort „jeweils“ durch das Wort „hat“ ersetzt.
    - c) Absatz 3 wird wie folgt geändert:
      - aa) Als Satz 1 wird eingefügt:

„Nachlieferungen oder Ersatz von Berichtsteilen nach den Buchstaben a), b) und c) können nur solchen Krankenhäusern gewährt werden, die sich und ihre Standorte gemäß Anlage 2 registriert und angemeldet haben.“
      - bb) Die (neuen) Sätze 2 bis 7 erhalten die Gliederungsbezeichnung a).
      - cc) Die (neuen) Sätze 8 bis 15 erhalten die Gliederungsbezeichnung b).
      - dd) Im (neuen) Satz 14 wird die Angabe „den Sätzen 1 bis 6“ durch die Angabe „Buchstabe a)“ ersetzt.
      - ee) Der (neue) Satz 16 erhält die Gliederungsbezeichnung c).
      - ff) Der (neue) Satz 17 wird gestrichen.

- d) In Absatz 4 Satz 1 wird das Wort „privaten“ durch das Wort „Privaten“ ersetzt.
  - e) In Absatz 5 Satz 1 wird das Wort „privaten“ durch das Wort „Privaten“ und die Wörter „der jeweiligen Lieferzeiträume“ durch die Angabe „des Lieferzeitraums gemäß § 6 Abs. 2 und der Nachlieferzeiträume gemäß § 6 Abs. 3 Buchstabe a) und b)“ ersetzt.
3. In § 9 Absatz 1 Satz 1 wird das Wort „privaten“ durch das Wort „Privaten“ ersetzt.
- II. Die Anlage 1 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser wird gemäß **Anlage** zum Beschluss gefasst.
- III. Der Anhang 2 zu Anlage 1 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser wird wie folgt geändert:
- 1. Im Titel des Anhangs 2 zu Anlage 1 wird die Angabe „für das Berichtsjahr 2013“ durch die Angabe „für das Berichtsjahr 2014“ ersetzt.
  - 2. Nach der „Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal“ (A-11.3)“ werden folgende Auswahllisten eingefügt:

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

Nr.	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) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> 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 ( <i>Mehrfachangaben möglich</i> ): - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel - Andere: (Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP Zeit- und erwartetem Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)

RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)

**Auswahlliste „Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems“ (A-12.2.3.1)**

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

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

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

## Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (A-12.3.2)

Nr.	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 - DEVICE-KISS - HAND-KISS - ITS-KISS - MRSA-KISS - NEO-KISS - ONKO-KISS - OP-KISS - STATIONS-KISS - SARI (Mehrfachangaben möglich)
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name (Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	<u>Auswahloptionen:</u> - Teilnahme (ohne Zertifikat) - Zertifikat Bronze - Zertifikat Silber - Zertifikat Gold
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM06	Regelmäßig tagende Hygienekommission	<u>Auswahloptionen:</u> - monatlich - quartalsweise - halbjährlich - jährlich - bei Bedarf
HM07	Risikoadaptiertes MRSA Aufnahmescreening	
HM08	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

“

3. Die „Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung“ (A-13)“ wird wie folgt gefasst:

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

Nr.	Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzangabe: 24h-Notfall- verfügbarkeit	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 Sauerstoffüberdruck- behandlung		
AA10	Elektroenzephalographie- gerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja/Nein	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA18	Hochfrequenzthermo- therapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja/Nein	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/- unterstützung (X)		Ja/Nein	z. B. ECMO/ECLA
AA22	Magnetresonanztomo- graph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	Ja/Nein	
AA68	Offener Ganzkörper- Magnetresonanztomo- graph		Ja/Nein	

	(X)			
AA23	Mammographiegerät	Röntengerät für die weibliche Brustdrüse		
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja/Nein	z.B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		
AA56	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoff-Ionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens		
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten		zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung		

“

4. Die „Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ (B-[X].8)“ wird wie folgt geändert:

a) In der Kopfzeile wird der Text in der zweiten Spalte wie folgt gefasst:

„Nr. der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 20.02.2014“

b) Nach der letzten Zeile der Tabelle werden folgende Zeilen angefügt:

”

Nr.	Nr. der Anlage	Angebotene Leistungen	Kommentar/Erläuterung
	zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 20.02.2014		
LK29	Anlage 1 a)	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	
LK30	Anlage 2 a)	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	

“

IV. Anlage 2 der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser wird wie folgt geändert:



1. Im Titel der Anlage 2 wird die Angabe „für das Berichtsjahr 2013“ durch die Angabe „für das Berichtsjahr 2014“ ersetzt.
  2. Die Tabelle unter der Überschrift Datenlieferverfahren wird wie folgt geändert:  
Die mit „Anmeldung“ überschriebene Spalte wird
    - a) in der Zeile mit der Angabe „2.“ wie folgt gefasst:  
„Das Anmeldeverfahren beginnt 18 Wochen vor dem Ablauf der in § 6 Abs. 1 genannten Übermittlungsfrist für die Qualitätsberichte und endet 12 Wochen vor dem Ablauf dieser Übermittlungsfrist.“,
    - b) in der Zeile mit der Angabe „5.“ wird in Satz 4 das Wort „zweiwöchigen“ durch das Wort „vierwöchigen“ ersetzt und Satz 5 gestrichen,
    - c) in der Zeile mit der Angabe „6.“ wird folgender Satz 2 angefügt:  
„Die Angaben zu den Institutionskennzeichen und Standortnummern können nur innerhalb des Anmeldeverfahrens nach Nr. 2 und der Korrekturphase nach Nr. 5 geändert werden.“ und
    - d) in der Zeile mit der Angabe „7.“ wie folgt gefasst: „Abweichend davon können die sonstigen krankenhausbefugten Kontaktdaten jederzeit aktualisiert werden.“
- V. Die Änderung der Regelungen tritt am 1. Juli 2015 in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den 19. März 2015

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Die Änderung der Regelungen tritt am 1. Juli 2015 in Kraft

## Anlage 1 Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2014

### Inhalt

<b>Allgemeine Hinweise .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Erläuterungen zur Berichterstellung .....</b>	<b>4</b>
<b>2. Umfang und Format des Qualitätsberichts .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts .....</b>	<b>5</b>
<b>Einleitung des Qualitätsberichts .....</b>	<b>8</b>
<b>A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts .....</b>	<b>8</b>
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses .....	8
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers .....	9
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus .....	9
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie .....	9
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	9
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses .....	10
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit .....	10
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses .....	11
A-8.1 Forschung und akademische Lehre .....	11
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen .....	11
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus .....	11
A-10 Gesamtfallzahlen .....	11
A-11 Personal des Krankenhauses .....	12
A-11.1 Ärzte und Ärztinnen .....	13
A-11.2 Pflegepersonal .....	13
A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal .....	14
A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung .....	14
A-12.1 Qualitätsmanagement .....	14
A-12.1.1 Verantwortliche Person .....	14
A-12.1.2 Lenkungsgremium .....	14
A-12.2 Klinisches Risikomanagement .....	15
A-12.2.1 Verantwortliche Person .....	15
A-12.2.2 Lenkungsgremium .....	15
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen .....	15

A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems .....	16
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.....	16
A-12.3	Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements .....	17
A-12.3.1	Hygienepersonal .....	17
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene .....	17
A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement .....	18
A-13	Besondere apparative Ausstattung .....	18
<b>B</b>	<b>Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen .....</b>	<b>20</b>
B-[X].1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	20
B-[X].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen.....	20
B-[X].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	21
B-[X].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	21
B-[X].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung .....	21
B-[X].6	Hauptdiagnosen nach ICD .....	22
B-[X].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS .....	22
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....	23
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V .....	24
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft .....	25
B-[X].11	Personelle Ausstattung .....	25
B-[X].11.1	Ärzte und Ärztinnen.....	25
B-[X].11.2	Pflegepersonal .....	26
B-[X].11.3	Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.....	28
<b>C</b>	<b>Qualitätssicherung .....</b>	<b>29</b>
C-1	Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	29
C-1.1.[D]	Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate .....	29
C-1.2.[Z]	Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL .....	32
C-2	Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....	40
C-3	Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V .....	40
C-4	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung .....	41
C-5	Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V.....	42

C-6	Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V .....	43
C-7	Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V .....	44

Die Änderung der Regelungen tritt am 1. Juli 2015 in Kraft

## Allgemeine Hinweise

In diesem Dokument werden Inhalte, Umfang und Datenformat des strukturierten Qualitätsberichts nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 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 § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über das Berichtsjahr [JJJJ]“ (jeweiliges Berichtsjahr). Das Datum der Erstellung ist aufzuführen.

#### Betroffene Krankenhäuser

Entsprechend § 2 Abs. 2 sind diese Regelungen von allen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Erstellung des Qualitätsberichts anzuwenden, und zwar unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder Einrichtungen handelt, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) mit DRG oder nach Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) abrechnen.

#### Krankenhäuser mit mehreren Standorten

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

Der Gesamtbericht ist dabei die Zusammenfassung aller Standortberichte und hat entsprechend die Daten aller Standortberichte mit einzubeziehen.

Ziel ist eine unverfälschte Darstellung des Krankenhauses und seiner Standorte als umfassende Informationsgrundlage für alle Interessierten.

#### Berichtszeitraum

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

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

## 2. Umfang und Format des Qualitätsberichts

### Format

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

Der Vermerk „[Version für die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen]“ kennzeichnet die Berichtsteile, die separat von den nach QSKH-RL (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern) auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an die Annahmestelle übermittelt werden.

Hierfür übermitteln die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (gemäß QSKH-RL) tabellarisch an das Krankenhaus zur Fehlerprüfung und Kommentierung.

Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung erfolgen an die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahres. Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen übermitteln in der Zeit vom 15. November bis 15. Dezember des Erstellungsjahres krankenhausbefragte fehlergeprüfte und kommentierte Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben. Zusätzlich übermitteln die beauftragten Stellen eine Kopie der Daten an das Krankenhaus.

### Anforderungen zum Datenschutz

Aus Datenschutzgründen werden Häufigkeiten <4, die sich aus Zahlen mit Patientenbezug ergeben (z. B. OPS-Anzahl, Fallzahl pro Leistungsbereich), mit „<4“ angegeben. Die Angaben von Standorten, die diesen Tatbestand erfüllen, sind in der Summenbildung für den Gesamtbericht des Krankenhauses nicht zu berücksichtigen. In diesem Fall ist im Gesamtbericht zusätzlich zu dieser Summe ein „+ <4“ anzugeben.

Zu einigen Kapiteln (z. B. C-1.2, C-4...) sind spezifische Anforderungen zum Datenschutz vorgegeben.

### Umfang

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

## 3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts

### Gliederung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht besteht aus drei Teilen:

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

### Pflichtangaben versus freiwillige Angaben

Die Anforderungen gemäß der vorliegenden Anlage 1 zu den Regelungen gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sind als Mindestanforderungen zu verstehen. Bei darüber hinausgehenden freiwilligen Angaben ist darauf zu achten,

dass die jeweiligen Zeichenbegrenzungen nicht überschritten werden. Für freiwillige Angaben stehen die Felder „Kommentar/Erläuterung“ zur Verfügung.

Für alle Freitextangaben sollen möglichst umgangssprachliche Bezeichnungen verwendet werden.

Einige Kapitel des Qualitätsberichts müssen nur ausgefüllt werden, wenn diese auf das Krankenhaus zutreffen (z. B. C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 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 A-5, A-6) sind im Anhang 2 Auswahllisten vorgegeben. Die Auswahllisten dienen durch die Verwendung standardisierter Informationen der besseren Vergleichbarkeit und Auffindbarkeit der relevanten Informationen in den Qualitätsberichten.

### **Kontaktdaten**

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

Das heißt im Einzelnen:

„Kontakt | Person lang“ enthält:

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

„Kontakt | Person kurz“ enthält:

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

„Kontakt | Adresse“ enthält:

- Straße
- Hausnummer (freiwillig)

alternativ: Postfach (freiwillig)

- Adresszusatz (freiwillig)
- Postleitzahl
- Ort

„Kontakt | Zugang“ enthält:

- Straße
- Hausnummer
- Postleitzahl

- Ort
- Adress-Link (freiwillig)

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

„Kontakt | Person lang“

„Kontakt | Person kurz“

„Kontakt | Adresse“

„Kontakt | Zugang“.

Die Änderung der Regelungen tritt am 1. Juli 2015 in Kraft



## 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 Homepage des Krankenhauses, zu Broschüren, Unternehmensberichten), sofern diese nicht an geeigneter Stelle im Qualitätsbericht eingefügt werden können (freiwillig)

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

#### A-1 **Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses**

Hier müssen vollständige Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden.

Verpflichtend sind folgende Kontaktdaten anzugeben:

##### I. **Angaben zum Krankenhaus**

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

1. Name und Hausanschrift des Krankenhauses [„Kontakt | Zugang“]; zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt | Adresse“]
2. Institutionskennzeichen

##### a. Institutionskennzeichen des Berichtsjahres

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

##### b. Weitere relevante Institutionskennzeichen

Hier können weitere, z. B. aktuellere Institutionskennzeichen angegeben werden.

##### 3. Standortnummer

Bei Krankenhäusern mit nur einem Standort ist die Ziffer 00 anzugeben.

Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist die Ziffer 99 anzugeben.

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

Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten zusätzlich:

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

1. Name und Hausanschrift des Krankenhausstandorts [„Kontakt | Zugang“]; zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt | Adresse“]
2. Institutionskennzeichen
3. Standortnummer

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

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

## III. Gesamtbericht

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

### A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

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

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

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

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

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

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

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

Bei den Angaben zu medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten liegt der Schwerpunkt auf den nicht-ärztlichen Leistungen. Es sind alle medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen. Basis der Angaben bildet die Auswahlliste „Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote“ (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“ (A-6) des Anhangs 2 mit den dort aufgeführten verpflichtenden Zusatzangaben übernommen.

So ist beispielsweise unter der Schlüsselnummer NM54 „Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)“ zusätzlich anzugeben, welches konkrete Angebot (z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche) vorgehalten wird.

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

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

Beispiel:

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar
NM54	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	vegane Küche	<i>Rezepte auf Webseite</i>

#### A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Angaben zur Barrierefreiheit können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Unter A-7 sind nur die übergreifend verwirklichten Elemente der Barrierefreiheit für das gesamte Krankenhaus darzustellen. Dies bedeutet, dass all diejenigen Elemente der Barrierefreiheit, die schon unter A-7 angegeben werden, nicht unter B-[X].4 wiederholt werden dürfen.

Die Angaben sind aus der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (A-7 und B-[X].4) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

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

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

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

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

Beispiel:

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

## A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

### A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Werden Angaben zur Forschung und akademischen Lehre gemacht, sind die entsprechenden Inhalte aus der Auswahlliste „Forschung und akademische Lehre“ (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“ (A-8.2) des Anhangs 2 die entsprechenden Heilberufe auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

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

## A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Hier gibt das Krankenhaus die Anzahl der Akut-Betten nach §§ 108, 109 SGB V zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres an.

Reha-Betten werden nicht berücksichtigt.

## A-10 Gesamtfallzahlen

Anzugeben sind:

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

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

Die Angabe der vollstationären und teilstationären Fälle ist verpflichtend. Die Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle muss > 0 sein (SUMME aus a, b, c) Für die Regelung zur Fallzählung werden die gesetzlichen Vorgaben zugrunde gelegt:

### **Zählung der vollstationären Fälle:**

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 FPV (Fallpauschalenvereinbarung) des jeweiligen Berichtsjahres.

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

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der Bundespflegeverordnung (BPfIV) fallen, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPfIV) und der Fußnote 4 zur Anlage „E1 Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für das Krankenhaus“ zur BPfIV.

Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntG- ins BPfIV-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht.

### **Zählung der teilstationären Fälle:**

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 FPV (Fallpauschalenvereinbarung) des jeweiligen Berichtsjahres.

Die Fallzählung von teilstationären Fällen richtet sich für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der BPfIV fallen, nach der Fußnote 11a zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPfIV), sodass Patienten und Patientinnen, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, je Quartal als ein Fall gezählt werden.

Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntG- ins BPfIV-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht.

### **Zählung der ambulanten Fälle:**

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

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

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

Hier gibt das Krankenhaus die personelle Ausstattung des Krankenhauses zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahrs an. Die Erfassung erfolgt in Vollzeitäquivalenten:

Für die Angabe in Vollkräften erfolgt eine Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten, indem die für jeden Beschäftigten oder jede Beschäftigte vereinbarten Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden addiert und durch die von einer vollzeitbeschäftigten Person gemäß jeweiligem Tarifvertrag zu erbringenden Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden dividiert werden.

Zum Beispiel ergeben

- 2 Halbzeitbeschäftigte mit jeweils 19,25 Wochenstunden = 38,5 Wochenstunden = dividiert durch 38,5 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = 1 Vollkraft (Vollzeitäquivalent),
- 1 Vollzeiterkraft mit 39 Wochenstunden und 2 Halbzeiterkräfte mit jeweils 19,5 Wochenstunden = 78 Wochenstunden = dividiert durch 39 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = 2 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente),
- 3 Teilzeiterkräfte mit jeweils 15 Wochenstunden = 45 Wochenstunden = dividiert durch 40 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = gerundet 1,1 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente).

### A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzugeben ist die Anzahl der:

- Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften
- Fachärzte und Fachärztinnen in Vollkräften
- Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) in Personen
- Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind in Vollkräften

Die Anzahl der „Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)“ inklusive der „Fachärzte und Fachärztinnen“ muss im Rahmen von Rundungsungenauigkeiten der Summe der Anzahl der „Ärzte und Ärztinnen“ in allen Fachabteilungen/Organisationseinheiten entsprechen.

Es können zusätzlich Ärzte und Ärztinnen angegeben werden, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind.

Belegärzte und Belegärztinnen, die an mehreren Standorten tätig sind, sind auch mehrfach für die entsprechenden Standorte anzugeben. Im Gesamtbericht kann daher die Anzahl der Belegärzte und Belegärztinnen von der Summe der Anzahl der Belegärzte und Belegärztinnen der Standorte abweichen.

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

Angaben zu weiteren ärztlichen Abschlüssen und Zusatzqualifikationen können fachabteilungsbezogen in B-[X]. G.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 Anzahl der:

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften
- Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Personen

- Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Entbindungspfleger und Hebammen, die an mehreren Standorten tätig sind, sind auch mehrfach für die entsprechenden Standorte anzugeben. Im Gesamtbericht kann daher die Anzahl der Entbindungspfleger und Hebammen von der Summe der Anzahl der Entbindungspfleger und Hebammen der Standorte abweichen.

Die Anzahl der „Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen“ und der „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen“ muss im Rahmen von Rundungsungenauigkeiten der Summe der Angaben in allen Fachabteilungen/Organisationseinheiten entsprechen.

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

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

Beispiel:

	<b>Ausbildungs- dauer</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Kommentar</b>
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	3 Jahre	... Vollkräfte	

### **A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal**

Die entsprechenden Personalqualifikationen sind aus der Auswahlliste „spezielles therapeutisches Personal“ (A-11.3) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Anzugeben ist jeweils die Anzahl in Vollkräften.

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

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

## **A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung**

### **A-12.1 Qualitätsmanagement**

#### **A-12.1.1 Verantwortliche Person**

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

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

#### **A-12.1.2 Lenkungsgremium**

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

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

## **A-12.2 Klinisches Risikomanagement**

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

### **A-12.2.1 Verantwortliche Person**

Hier ist die für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person anzugeben.

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

Ist das Qualitätsmanagement gemäß Stellen- bzw. Aufgabenprofil auch für das klinische Risikomanagement verantwortlich, werden die Kontaktdaten durch die Software aus 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 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 [A-12.2.3] des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben - um die jeweils aufgeführten verpflichtenden Zusatzangaben zu ergänzen.



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

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

#### **A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems**

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

Wenn ja,

- Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- o Tagungsfrequenz des Gremiums

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

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

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

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

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

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Angabe des genutzten Systems gemäß Auswahlliste 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 Aspekte des klinischen Risikomanagements**

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

Anzugeben ist hier die Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die gemäß den Vorgaben der einzelnen Krankenhaushygieneverordnungen der Bundesländer mit der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention betraut sind. Dabei werden auch die landesspezifischen Übergangsvorschriften berücksichtigt. Bei der Veröffentlichung nach § 9 Qb-R ist auf Folgendes hinzuweisen: „Gemäß § 23 Abs. 8 Nr. 3 IfSG gelten bis einschließlich 31.12.2016 Übergangsvorschriften zur Erfüllung der personellen Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und zur Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten.“

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

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

Die Aufgaben des Hygienefachpersonals ergeben sich i.d.R. 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 Kommissionsvorsitzenden [„Kontakt | Person kurz“]

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

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

Die Angaben sind aus der Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (A-12.3.2) 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: Dazu sind aus untenstehender Übersicht die im Krankenhaus umgesetzten Maßnahmen auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

<b>Lob- und Beschwerdemanagement</b>	
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja/Nein
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja/Nein
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja/Nein
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja/Nein
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja/Nein
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	„Kontakt   Person lang“ Link zum Bericht (optional)
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	„Kontakt   Person lang“
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja/Nein Link zur Webseite (optional)
Patientenbefragungen	Ja/Nein Link zur Webseite (optional)
Einweiserbefragungen	Ja/Nein Link zur Webseite (optional)

Zu jedem Aspekt des Lob- und Beschwerdemanagements können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

#### A-13 Besondere apparative Ausstattung

Hier erfolgt die Darstellung der besonderen Geräteausstattung der Einrichtung auf Basis der Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung“ (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 h-Notfallverfügbarkeit zu machen sind. Bei Auswahl eines solchen Gerätes ist die Zusatzangabe verpflichtend, ob es auch tatsächlich 24 h 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 h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja/Nein	
AA26	Positronenemissionstumorgraph (PET/PET-C/)	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin		<i>in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen</i>

Die Änderung der Regelungen tritt am 1. Juli 2015 in Kraft

## 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 krankenhausesindividuellen Namen der Organisationseinheit/Fachabteilung zu ersetzen.

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

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

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

Fachabteilungsschlüssel (mindestens ein Schlüssel / 4-stellig)

Name des Chefarztes oder der Chefarztin [„Kontakt | Person lang“] und [„Kontakt | Zugang“]

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

Auswahloptionen:

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

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

Hier ist verpflichtend anzugeben, ob sich das Krankenhaus bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlungen der DKG nach § 136a SGB V hält.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Vereinbarung geschlossen

Bei „nein“ sind die Leistungen, für die leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden, als vierstellige OPS-Ziffer anzugeben. Darüber hinaus ist die OPS-Formulierung allgemeinverständlich zu übersetzen und ggf. um eine anatomisch/funktionale Beschreibung zu ergänzen.

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 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 B-[X].3, ihre individuellen Versorgungsschwerpunkte auswählen.

### **B-[X].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung**

Angaben zur Barrierefreiheit können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Hier sind nur die Elemente anzugeben, die nicht bereits unter A-7 für das gesamte Krankenhaus dargestellt wurden. Das bedeutet die Elemente der Barrierefreiheit, die schon unter A-7 angegeben werden, dürfen nicht unter B-[X].4 wiederholt werden.

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

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

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

Angegeben werden müssen:

- a) Vollstationäre Fallzahl
- b) Teilstationäre Fallzahl

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

#### **Zählung der vollstationären Fälle:**

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 FPV (Fallpauschalenvereinba-

rung) des jeweiligen Berichtsjahres, sodass nur Fälle, die unter A-10 gezählt werden, für die Fallzahl in einer Organisationseinheit/Fachabteilung berücksichtigt werden. Bei internen Verlegungen in verschiedene Organisationseinheiten/Fachabteilungen bzw. bei der Teilnahme an der medizinischen Versorgung durch nicht-bettenführende Abteilungen wird der Fall derjenigen Fachabteilung zugeordnet, aus der der Patient oder die Patientin nach extern entlassen/verlegt wurde.

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) fallen, richtet sich die Fallzählung nach den Fußnoten 11 und 15 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPfIV), d. h. interne Verlegungen werden als ein neuer Fall der Fachabteilung/Organisationseinheit gezählt. Dadurch kann die Summe der Fälle aller Fachabteilungen/Organisationseinheiten die Fallzahl in A-10 übersteigen. Dies kann im Kommentarfeld erläutert werden (z. B. „Eventuelle Unterschiede zwischen Gesamtfallzahl des Krankenhauses und der Summe der Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen können im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung auf internen Verlegungen innerhalb der Psychiatrie/Psychosomatik beruhen.“).

Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntgG- ins BPfIV-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht.

#### **Zählung der teilstationären Fälle:**

Die Fallzählung von teilstationären Fällen richtet sich für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, nach § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres.

Die Fallzählung von teilstationären Fällen richtet sich für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der BPfIV fallen, nach der Fußnote 11a zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPfIV), sodass Patienten und Patientinnen, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, je Quartal als ein Fall gezählt werden.

Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntgG- ins BPfIV-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht.

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

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

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (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 Falles angegeben wurde. Es sind hier nur vollstationäre Fälle zu berücksichtigen. Die Hauptdiagnose eines Falles ist von der Fachabteilung/Organisationseinheit anzugeben, die den Fall gemäß der Zuordnung der Fallzahlen unter B-[X].5 zählt.

Alle ICD-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind vierstellig (z. B. G20.2) und mit Fallzahl (Zahl > 0) anzugeben. Es ist die jeweils aktuelle amtliche ICD-10 GM-Version zu verwenden.

#### **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. 5 876.2) anzugeben.

Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen/Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig. Es ist der jeweils aktuelle amtliche OPS-Katalog zu verwenden.

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 unter 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 B-[X].8 im Anhang 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Neben der Fach- bzw. Vertragsbezeichnung kann eine kurze alltagssprachliche Bezeichnung der Ambulanz angegeben werden (z. B. Diabetes Ambulanz oder Schrittmacher Ambulanz).

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

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

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

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



Beispiel:

Nr.	Art der Ambulanz	Bezeichnung	Nr. der Leistung	Angebote Leistungen	Kommentar
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Diabetes-Ambulanz	VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	z. B. Diabetes, Schilddrüse
			...	...	
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Schrittmacher-Ambulanz	VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
			...	...	
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V		LK03	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose	
...	...	...	...	...	

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

### 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. 5-876.2) 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 Abs. 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationersetzen Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag)) anzugeben. Berücksichtigt werden hier nur die OPS-Ziffern, die in Abschnitt 1 und 2 des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (der Anlage des AOP-Vertrags) aufgeführt sind.

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

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

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

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja ist anzugeben, ob

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

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

Hier gibt das Krankenhaus die personelle Ausstattung der jeweiligen Abteilung/ Organisationseinheit zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres an. Die Erfassung erfolgt in Vollzeitäquivalenten.

Für die Angabe in Vollkräften erfolgt eine Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten, indem die für jeden Beschäftigten oder jede Beschäftigte vereinbarten Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden addiert und durch die von einer vollzeitbeschäftigten Person gemäß jeweiligem Tarifvertrag zu erbringenden Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden dividiert werden.

Zum Beispiel ergeben

- 2 Halbzeitbeschäftigte mit jeweils 19,25 Wochenstunden = 38,5 Wochenstunden = dividiert durch 38,5 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = 1 Vollkraft (Vollzeitäquivalent),
- 1 Vollzeitkraft mit 39 Wochenstunden und 2 Halbzeitkräfte mit jeweils 19,5 Wochenstunden = 78 Wochenstunden = dividiert durch 39 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = 2 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente),
- 3 Teilzeitkräfte mit jeweils 15 Wochenstunden = 45 Wochenstunden = dividiert durch 40 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = gerundet 1,1 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente).

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

Anzugeben ist die Anzahl der:

- Ärzte und Ärztinnen insgesamt in Vollkräften (außer Belegärzte und Belegärztinnen)
- o davon Fachärzte und Fachärztinnen in Vollkräften
- Belegärzte und Belegärztinnen in Personen (nach § 121 SGB V)

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

Ärztliches 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 unter A-11.1 eingetragen werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen. Die zu machenden Angaben sind unabhängig vom Stichtagsverfahren der Psych-PV.

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

Beispiel:

	Anzahl	Fälle je Vollkraft bzw. Person	Kommentar
<b>Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)</b>	..... Vollkräfte		z. B. Weiterbildungsbefugnisse
...	...		...

### Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Unter „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ sollen die Facharztqualifikationen und Zusatzweiterbildungen gemäß den Auswahllisten zu B-[X].11.1 in Anhang 2 angegeben werden. Die vorliegenden Facharztqualifikationen und Zusatzweiterbildungen 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 Zusatzweiterbildungen ab. Fachkundenachweise, Weiterbildungskurse etc. sollen hier nicht abgebildet werden. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Facharztbezeichnungen) sollen sinngemäß zugeordnet werden.

Beispiele:

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

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

### B-[X].11.2 Pflegepersonal

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

Anzugeben ist die Anzahl der:

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

- Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften
- Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Personen
- Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

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

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.

Beispiel:

	Ausbildungs- dauer	Anzahl	Fälle je Voll- kraft bzw. Person	Kommentar
<b>Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen</b>	3 Jahre	.....Vollkräfte		Anzahl Auszubildende
<b>Pflegehelfer und Pflegehelferinnen</b>	ab 200 Std. Basiskurs	.....Vollkräfte		
<b>Entbindungspfleger und Hebammen</b>	3 Jahre	.....Personen		
...	...	....		

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

Bei der Darstellung des Pflegepersonals ist nur das in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen eingesetzte Pflegepersonal, d. h. nicht die Mitglieder der Pflegedienstleitung, der Verwaltung des Qualitätsmanagements oder der innerbetrieblichen Krankentransporte, zu berücksichtigen. Bei einer interdisziplinär belegten Station, d. h. einer Station, auf der Patienten oder Patientinnen mehrerer Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen liegen (z. B. interdisziplinäre Intensivstation) und die nicht als eigene Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird, erfolgt die Darstellung des Personals anteilmäßig bezogen auf die jeweilige Organisationseinheit bzw. Fachabteilung. Pflegerisches Personal, das in der direkten Patientenversorgung tätig ist, jedoch in keiner eigenen Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird (z. B. „OP-Personal“ oder „Personal der Radiologie“), kann einer passenden Fachabteilung zugeordnet oder in 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 B-[X].11.2 in Anhang 2 angegeben werden. Die vorliegenden Fachweiterbildungen/zusätzlichen akademischen Abschlüsse und Zusatz-Qualifikationen sind aus diesen Listen auszuwählen und mit ihren Nummern in den Qualitätsbericht zu übernehmen

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 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik**

Die Angaben zur personellen Ausstattung in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik beziehen sich ebenfalls auf den Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres.

Die Personalkategorien sind:

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

Das spezielle therapeutische Personal ist jeweils in der Kategorie zu zählen, die ihrer höchsten Qualifikation entspricht.

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

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

Beispiel:

<b>Spezielles therapeutisches Personal</b>	<b>Anzahl (Vollkräfte)</b>	<b>Fälle je Vollkraft</b>	<b>Kommentar</b>
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	...		
	...		

**C Qualitätssicherung**

**C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V**

**Ausfüllhinweis:**

Die Übermittlung der Angaben zu C-1.1.[Y] und der Angaben zu C-1.2.[Z] für die Qualitätsindikatoren des Anhangs 3 erfolgt direkt durch die nach QSKH-RL auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen. Hierfür übermitteln die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (gemäß QSKH-RL) tabellarisch an das Krankenhaus zur Fehlerprüfung und Kommentierung. In diesem Zusammenhang ist auch die Zuordnung der Auswertungen von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zu Institutionskennzeichen und Standortnummer(n) des Krankenhauses vorzunehmen, um eine eindeutige Zusammenführung der Berichtsteile zu ermöglichen.

Ab dem Berichtsjahr 2013 erfolgen Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung an die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahres. Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen übermitteln gemäß § 6 Abs. 2 dieser Qb-R in der Zeit vom 15. November bis 15. Dezember des Erstellungsjahres die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben.

**C-1.1.[Y] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate**

für:..... (z. B. Krankenhaus, Standort, Betriebsstätte, Fachabteilung/ Organisationseinheit)

[Version für die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen]

<b>Leistungsbereich</b>	<b>Fallzahl</b>	<b>Dokumentationsrate (%)</b>	<b>Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses</b>
Ambulant erworbene Pneumonie			
Aortenklappenchirurgie, isoliert			
Cholezystektomie			
Pflege: Dekubitusprophylaxe			
Geburtshilfe			
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)			

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)	Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel			
Herzschrittmacher-Implantation			
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation			
Herztransplantation			
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation			
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Karotis-Revaskularisation			
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation			
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie			
Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)			
Koronarchirurgie, isoliert			
Mammachirurgie			
Lebertransplantation			
Leberlebendspende			
Nierentransplantation			
Nierenlebendspende			
Lungen- und Herz-Lungentransplantation			
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation			
Neonatologie			

Leistungsbereich	Fallzahl	Dokumentationsrate (%)	Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation			
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel			
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation			

**Ausfüllhinweis:**

Sofern das Krankenhaus an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (Verfahren gemäß QSKH-Richtlinie) teilnimmt, ist hier anzugeben, wie hoch die Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll) und die Dokumentationsrate im Krankenhaus je Leistungsbereich im Berichtsjahr war.

Es sollen nur die tatsächlich erbrachten Leistungen angegeben werden. Die nicht benötigten Felder sollen ggf. gelöscht werden.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Gemäß der Systematik des Verfahrens können in einigen Leistungsbereichen Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden.

Für die drei herzchirurgischen Leistungsbereiche „isolierte Aortenklappenchirurgie“, „kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie“ und „isolierte Koronarchirurgie“ ist nur die Dokumentationsrate des Leistungsbereichs „HCH“ und keine Fallzahl anzugeben. Entsprechendes gilt für die beiden Leistungsbereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation“. Hier ist nur die Dokumentationsrate des Leistungsbereichs „PNTX“ anzugeben.

Folgende Fälle sind für die Darstellung der erbrachten Leistungsbereiche und Dokumentationsraten zu unterscheiden:

- Im Regelfall wird für jedes Krankenhaus mit nur einem Standort eine Dokumentationsrate je Leistungsbereich errechnet, die anzugeben ist.
- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, werden in den standortspezifischen Qualitätsberichten je Leistungsbereich standortspezifische Angaben gemacht. Wird eine dokumentationspflichtige Leistung nur an einigen Standorten erbracht, sind die entsprechenden Angaben auch nur in deren Qualitätsberichten auszuweisen.
- Liegen für ein Krankenhaus oder einen Krankenhausstandort mehrere Dokumentationsraten je Leistungsbereich vor (z. B. bei Vorhandensein verschiedener Fachabteilungen/Organisationseinheiten mit eigener Auswertung), ist C-1.1.[Y] mehrfach anzugeben.
- Im Gesamtbericht eines Krankenhauses über mehrere Standorte kann eine gemeinsame Dokumentationsrate je Leistungsbereich angegeben werden.



**C-1.2.[Z] Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL**

für:..... (z. B. Standort, Betriebsstätte, Fachabteilung/Organisationseinheit)

[Version für die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen]

Qualitätsindikator				Bundesergebnis			Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses				Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		Kommentar/ Erläuterung	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Leistungs- bereich	Qualitäts- indikator	Indikator mit Bezug zu Infektio- nen im Kranken- haus	Empi- risch- statis- tische Bewer- tung*	Bundes- durch- schnitt	Referenz- bereich (bundes- weit)	Vertrau- ens- bereich (bundes- weit)	Zähler/ Nenner	Ergeb- nis (Einheit)	Entwick- lung Ergebnis zum vorherigen Berichts- jahr	Vertrau- ens- bereich (Kranken- haus)	Ergeb- nis im Berichts- jahr	Vergleich zum vorherigen Berichts- jahr	der auf Bundes- bzw. Landes- ebene beauf- tragten Stellen	des Kran- ken- hauses

\*gemäß „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Bericht-erstattung“ vom 21. März 2014, siehe [www.sgg.de](http://www.sgg.de)

**Ausfüllhinweis:**

Die im Folgenden beschriebene Darstellung der Qualitätsindikatoren und ihrer Ergebnisse bezieht sich ausschließlich auf diejenigen Leistungsbe-  
reiche, die vom Krankenhaus erbracht und unter C-1.1.[Y] aufgeführt wurden.

Die Darstellung der Qualitätsindikatoren erfolgt gemäß Anhang 1. Dabei ist Folgendes zu beachten:

- In der Spalte 1 „Leistungsbereich“ ist die jeweils allgemeinverständliche Bezeichnung aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.
- In der Spalte 2 „Qualitätsindikator“ ist die jeweils allgemeinverständliche Bezeichnung aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.
- In der Spalte 3 „Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus“ sind alle zum Berichtsjahr verfügbaren Indikatoren mit Bezug zu In-  
fektionen im Krankenhaus aus Spalte 2 als solche mit „X“ zu kennzeichnen.

- In der Spalte 4 „Empirisch-statistische Bewertung“ ist die „Statistische Einstufung (Empirie)“ aus dem „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ der Institution nach § 137a SGB V vom 21. März 2014 (siehe Anlage 1, Spalte „Statistische Einstufung (Empirie)“ im Bericht unter [www.sgg.de](http://www.sgg.de)) einzutragen.
- In der Spalte 5 „Bundesdurchschnitt“ ist der Bundesdurchschnittswert dieses Qualitätsindikators anzugeben.
- In der Spalte 6 „Referenzbereich“ ist der bundesweite Referenzbereich für diesen Qualitätsindikator, ggf. unter Angabe der Einheit, einzutragen. Wurde auf Bundesebene kein Referenzbereich festgelegt, ist „nicht festgelegt“ einzutragen.
- In der Spalte 7 (Vertrauensbereich bundesweit) ist das bundesweite Ergebnis für diesen Qualitätsindikator als 95 %-Vertrauensbereich einzutragen.
- In der Spalte 8 „Zähler/Nenner“ ist das Ergebnis des Krankenhauses als Zähler und Nenner einzutragen.
- In der Spalte 9 „Ergebnis (Einheit)“ ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator einzutragen. Sofern in Spalte 8 die Anforderungen zum Datenschutz zu erfüllen sind, ist auch hier „<4“ anzugeben.
- In der Spalte 10 (Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr) 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 Rechenregeln der externen stationären Qualitätssicherung zu verwenden. Sofern dort keine Festlegung erfolgt ist, sind für den Qualitätsbericht die Vertrauensbereiche bis auf zwei Nachkommastellen genau auszuweisen.  
Das Ergebnis ist „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ mit dem Vorjahr, wenn im Vorjahr kein Ergebnis vorlag oder der Indikator laut dem Dokument „Beschreibung der Qualitätsindikatoren“ (dort im Anhang „Historie der Qualitätsindikatoren“) unter [www.sgg.de](http://www.sgg.de) als "eingeschränkt vergleichbar" mit dem Vorjahr eingestuft ist.
- In der Spalte 11 „Vertrauensbereich“ ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator als 95 %-Vertrauensbereich einzutragen. Sofern in Spalte 8 die Anforderungen zum Datenschutz zu erfüllen sind, ist auch hier „<4“ anzugeben.
- In der Spalte 12 „Ergebnis im Berichtsjahr“ ist die Bewertung des Strukturierten Dialogs ebenso wie die nicht vorgesehene Bewertung (Kategorie N) verpflichtend darzustellen. Aus der folgenden Liste sind die zutreffenden Buchstaben-Zahlenkombinationen aus der Kategorie der Einstufung und aus der Ziffer der Begründung einzutragen, z. B. U31:

Die Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ unauffällig	31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		33	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturierem Dialog als qualitativ auffällig	41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierem Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

- In der Spalte 13 „Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr“ ist anzugeben, ob die qualitative Bewertung eines Qualitätsindikators mit oder ohne Auslösung eines Strukturierten Dialogs im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht „verbessert“, „unverändert“, „verschlechtert“ oder „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ ist. Die Einordnung erfolgt auf Basis folgender Matrix:

<b>Bewertung Erfassungsjahr gemäß QSKH-RL</b>							
<b>Kategorien</b>	<b>N</b>	<b>R</b>	<b>H</b>	<b>U</b>	<b>A</b>	<b>D</b>	<b>S</b>
<b>N</b>	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar
<b>R</b>	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	unverändert	verschlechtert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar
<b>H</b>	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar
<b>U</b>	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	unverändert	eingeschränkt/nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar
<b>A</b>	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	verbessert	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	verbessert	unverändert	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar
<b>D</b>	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	verbessert	eingeschränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar
<b>S</b>	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver- gleichbar

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

- In der Spalte 14 „Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen“ ist die über die Bewertung in Spalte 12 hinausgehende Kommentierung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zum Ergebnis des Strukturierten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen, soweit ein Strukturierter Dialog durchgeführt wurde und eine solche Bewertung vorliegt.
- In der Spalte 15 „Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses“ können ergänzende Informationen des Krankenhauses bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufgenommen werden. An dieser Stelle kann auch zum Vergleich der Landesdurchschnitt für diesen Qualitätsindikator dargestellt werden oder können Hinweise auf weiterführende Informationen an anderer Stelle, z. B. Links auf die eigene Homepage, aufgenommen werden.

Aus methodischen Gründen sind nicht in jedem Fall Daten für alle Qualitätsindikatoren unter C-1.2 für die Spalten 8 bis 11 vorhanden.

Wenn bei einem bestimmten Qualitätsindikator eines Leistungsbereichs, der vom Krankenhaus erbracht und unter C-1.1.[Y] aufgeführt wird, keine Fälle vorliegen, entfallen die Angaben zu Ergebnis, Zähler, Nenner und Vertrauensbereich. Bsp.: Hat ein Krankenhaus im Leistungsbereich Geburtshilfe keine Fälle mit Frühgeburten, kann für das Krankenhaus beim Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen“ auch kein Ergebnis vorliegen.

Folgende Fälle sind für die Darstellung der Ergebnisse aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL zu unterscheiden:

1. Im Regelfall wird für jedes Krankenhaus eine Auswertung je Qualitätsindikator übermittelt, die anzugeben ist.
2. Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, sind die Auswertungen der Qualitätsindikatoren im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, für den die Auswertung vorgenommen wurde.
3. Liegen für ein Krankenhaus oder einen Krankenhausstandort mehrere Auswertungen je Qualitätsindikator vor (z. B. beim Vorhandensein verschiedener Fachabteilungen/Organisationseinheiten mit eigener Auswertung), kann C-1.2.[Z] mehrfach angegeben werden. Für [Z] ist eine fortlaufende Nummerierung einzufügen. In der Überschrift ist dabei jeweils kenntlich zu machen, auf welche Fachabteilung/Organisationseinheit sich die dargestellte Auswertung bezieht.
4. Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, können im Gesamtbericht die Ergebnisse einer aggregierten Datenauswertung durch die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen angegeben werden. Andernfalls werden die Auswertungen der einzelnen Standorte aufgeführt.

#### **Ausfüllhinweis:**

Die Darstellung der Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL berücksichtigt:

- inwieweit Qualitätsindikatoren verpflichtend veröffentlicht werden müssen (vgl. Tabellen A, B und C des Anhang 3 zu Anlage 1)
- inwieweit die Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt (I.) bzw. noch nicht vorliegt (II.)

Für die Veröffentlichung gilt deshalb Folgendes:

Qualitätsindikator				Bundesergebnis			Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses				Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen		Kommentar/ Erläuterung	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Leistungs- bereich	Qualitäts- indikator	Indikator mit Be- zug zu Infektio- nen im Kranken- haus	Empiri- sch- statis- che Bewer- tung*	Bundes- durch- schnitt	Referenz- bereich	Vertrau- ens- bereich	Zähler/ Nenner	Ergebnis (Einheit)	Entwick- lung Ergebnis zum vor- herigen Berichts- jahr	Vertrau- ens- bereich	Ergebnis im Be- richts- jahr	Vergleich zum vor- herigen Berichts- jahr	der auf Bundes- bzw. Lan- desebene beauftragten Stellen	des Kranken- hauses
I. Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt.														
<b>Qualitäts- indikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffent- lichung geeignet bewertet wurden</b>  (Tabelle A)	Inhalt ergibt sich aus Quali- täts- indikator und wird automa- tisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Verpflich- tend.	Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindika- tor und wird auto- matisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Inhalt ist bundesweit vorgegeben und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.			Verpflichtend.				Verpflichtend.		Verpflich- tend, soweit vorhanden.	Freiwillige Ergänz- ung.
<b>Vom G-BA einge- schränkt zur Ver- öffentlichung empfohlene Quali- tätsindikatoren</b>  (Tabelle B)	Inhalt ergibt sich aus Quali- täts- indikator und wird automa- tisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Veröffent- lichung empfohlen.	Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindika- tor und wird auto- matisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben. Inhalt ist bundesweit vorgegeben und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.			Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben.				Bei freiwilliger Veröf- fentlichung anzu- geben.		Bei freiwilliger Veröffent- lichung anzu- geben.	Freiwillige Ergänz- ung.

<p><b>Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren (Tabelle C)</b></p>	<p>Keine Übermittlung durch die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an Annahmestelle.</p>					
<p>*gemäß „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ vom 21. März 2014, siehe <a href="http://www.sgg.de">www.sgg.de</a></p>						
<p><b>II. Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse an dieser Stelle ist ausgeschlossen, um Fehlinterpretationen und Falschinformationen zu vermeiden.</b></p>						
<p><b>Tabelle A</b></p>	<p>Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.</p>	<p>Verpflichtend</p>	<p>Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.</p>	<p>Keine Übermittlung, ist bundesweit vorgegeben.</p>	<p>Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung.</p>	<p>Freiwillige Ergänzung.</p>
<p><b>Tabelle B</b></p>	<p>Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.</p>	<p>Veröffentlichung empfohlen.</p>	<p>Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.</p>	<p>Keine Übermittlung, ist bundesweit vorgegeben.</p>	<p>Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung.</p>	<p>Freiwillige Ergänzung.</p>
<p><b>Tabelle C</b></p>	<p>Keine Übermittlung durch die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an Annahmestelle.</p>					
<p>*gemäß „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ vom 21. März 2014, siehe <a href="http://www.sgg.de">www.sgg.de</a></p>						

Hinweis: die Daten für die automatische Befüllung finden sich in dem Downloadbereich „Indikatorenübersicht“ unter [www.sqg.de](http://www.sqg.de).

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3

Die Änderung der Regelungen tritt am 1. Juli 2015 in Kraft



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

- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.
- Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

**Ausfüllhinweis:**

Die Leistungsbereiche sind der Auswahlliste zu C-2 (Anhang 2) zu entnehmen.

Es bestehen möglicherweise ergänzende verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V auf der Landesebene. Hier gibt das Krankenhaus zunächst an, ob auf der Landesebene über die nach § 137 SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinaus landesspezifische, verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Anhang 2 (Auswahllisten) vereinbart wurden. Sollte dies der Fall sein, so listet das Krankenhaus die Leistungsbereiche im Weiteren auf und kann zu jedem Leistungsbereich einen Kommentar oder eine Erläuterung (Zeichenbegrenzung: 300 Zeichen einschließlich Leerzeichen) hinzufügen. Die Angabe beschränkt sich auf Leistungsbereiche, an denen das Krankenhaus teilnimmt. Nimmt das Krankenhaus nicht an den ergänzenden verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V auf der Landesebene teil, so ist im Kommentarfeld der Hinweis „trifft nicht zu“/„entfällt“ aufzunehmen.

Die Teilnahme an freiwilligen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen kann unter C-4 eingetragen werden.

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

DMP	Kommentar/ Erläuterung
Diabetes mellitus Typ 1	
Diabetes mellitus Typ 2	
Brustkrebs	
Koronare Herzkrankheit (KHK)	
Modul Chronische Herzinsuffizienz (bei KHK)	
Asthma bronchiale	
Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	

**Ausfüllhinweis:**

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.

Hier sind nur die DMP aus der vorgegebenen Tabelle anzugeben, an denen das Krankenhaus gemäß seinem Leistungsspektrum teilgenommen hat. Zu jedem DMP kann ein Kommentar oder eine Erläuterung hinzugefügt werden (Zeichenbegrenzung: 500 Zeichen einschließlich Leerzeichen).

#### C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

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

##### Ausfüllhinweis:

Hier können freiwillige Verfahren der externen Qualitätssicherung (z. B. freiwillige Verfahren auf Landesebene, Verfahren der Fachgesellschaften, Nutzung von Routineabrechnungsdaten) dargestellt werden. Es sollen vor allem Verfahren, die einem datengestützten Vergleich von Krankenhäusern dienen, genannt werden.

Bei Teilnahme an mehreren Verfahren kann dieser Berichtsteil mehrfach angegeben werden.

Wenn Ergebnisse von Qualitätssicherungsmaßnahmen dargestellt werden, soll das Zustandekommen der Ergebnisse verständlich und kurz erläutert werden (ggf. Link auf Homepage z. B. der Fachgesellschaft). Da an dieser Stelle keine Rechenregeln oder Verfahren zur Risikoadjustierung vorgegeben sind, sollen die Angaben zum jeweiligen Indikator um die verwendete Rechenregel ergänzt werden.

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

Zeichenbegrenzung: Insgesamt 2.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)

Die Änderung der Regelung tritt am 1. Juli 2015 in Kraft

### C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/Erläuterung
1	2	3	4	5
Lebertransplantation	20			
Nierentransplantation	25			
Knie-TEP	(ausgesetzt)	<i>bezogen auf „Knie-TEP“ ist keine Angabe vorzunehmen</i>		
Komplexe Eingriffe am Organ-system Ösophagus	10			
Komplexe Eingriffe am Organ-system Pankreas	10			
Koronarchirurgische Eingriffe	-	<i>bezogen auf „Koronarchirurgische Eingriffe“ ist keine Angabe vorzunehmen</i>		
Stammzelltransplantation	25			
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250 g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14			

#### Ausfüllhinweis:

Es sind nur die zutreffenden Leistungsbereiche aufzulisten.

Krankenhäuser, die Leistungsbereiche erbringen, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen (nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V) Mindestmengen festgelegt sind, stellen verpflichtend dar, wie hoch die erbrachte Leistungsmenge in den erbrachten Leistungsbereichen ist.

- Spalte 1: Der Leistungsbereich entsprechend den Mindestmengenregelungen ist für das Berichtsjahr vorgegeben.
- Spalte 2: Die Mindestmenge pro Krankenhaus entsprechend den im Berichtsjahr gültigen Mindestmengenregelungen ist vorgegeben.
- Spalte 3: Hier gibt das Krankenhaus die im Berichtsjahr erbrachte Anzahl an mindestmengenrelevanten Prozeduren pro Leistungsbereich an.
- Spalte 4: Hier macht das Krankenhaus Angaben zu in Anspruch genommenen Ausnahmeregelungen. Die Ausnahmetatbestände sind aus der Auswahlliste in Anhang 2 (Auswahllisten) auszuwählen.
- Spalte 5: In der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ soll angegeben werden, seit wann Ausnahmetatbestände bestehen und mit welchen ergänzenden Maßnahmen gemäß § 6 der Regelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V die Versorgungsqualität sichergestellt wird (Zeichenbegrenzung: 500 Zeichen einschließlich Leerzeichen).

**C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V**

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie	Kommentar/ Erläuterung
CQ01	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma	
...	...	

**Ausfüllhinweis:**

An dieser Stelle ist die Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 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 Stichtagsregelung gilt analog dem Ausfüllhinweis für A-11. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Richtlinien/Vereinbarungen auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Bei Angaben zur Vereinbarung zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen ist dabei die vorgehaltene Versorgungsstufe zu berücksichtigen.

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.

Die Änderung der Regelungen tritt am 1. Juli 2015 in Kraft

**C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V**

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

\* nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de))

**Ausfüllhinweis:**

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V darzustellen. Die Stichtagsregelung gilt analog dem Ausfüllhinweis für A-11.

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.

**Anhänge**

- Anhang 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2014 *[derzeit nicht besetzt]*
- Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2014
- Anhang 3: Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für das Berichtsjahr 2014 *[derzeit nicht besetzt]*