Gemeinsamer Bundesausschuss

Regelungen
des Gemeinsamen Bundesausschusses

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

(Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R)

in der Neufassung vom 19. März 2009,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009 S. 2458 (Beilage 105a),
in Kraft getreten am 22. Juli 2009

zuletzt geändert am 19. Mai 2011,
veröffentlicht im Bundesanzeiger 2011 S. 2681,
in Kraft getreten am 29. Juli 2011

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 1 Ziele des Qualitätsberichts

Die Ziele des Qualitätsberichts umfassen:

1. Information und Entscheidungshilfe für alle interessierten Personen, insbesondere im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
2. Orientierungshilfe bei der Einweisung und Weiterbetreuung von Patienten und Patientinnen insbesondere für Leistungserbringer in der ambulanten Versorgung und für Krankenkassen,
3. Möglichkeit für ein Krankenhaus, seine Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

§ 2 Gegenstand der Regelungen

(1) Die Regelungen legen das Verfahren für die Erstellung, Übermittlung und Veröffentlichung sowie Inhalt, Umfang und Datenformat des Qualitätsberichts fest.

(2) Die Regelungen verpflichten jedes nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus, nach Maßgabe der getroffenen Bestimmungen einen Qualitätsbericht zu erstellen und zu übermitteln.

§ 3 Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts

(1) Der Qualitätsbericht soll den Stand der Qualitätssicherung in dem jeweiligen Krankenhaus insbesondere unter Berücksichtigung der Bestimmungen

- nach § 137 Abs. 1 Nr. 1 SGB V (die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Abs. 2, § 115b Abs. 1 Satz 3 und § 116b Abs. 4 Satz 4 und 5 SGB V unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement),
- nach § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V (Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität),
- nach § 137 Abs. 3 Nr. 1 SGB V (die im Abstand von fünf Jahren zu erbringenden Nachweise über die Erfüllung der Fortbildungspflichten) sowie
- nach § 137 Abs. 3 Nr. 2 SGB V (Katalog planbarer Leistungen nach den §§ 17 und 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist sowie Mindestmengen für die jeweiligen Leistungen je Arzt oder Krankenhaus und Ausnahmetatbestände)

darstellen. Der Bericht hat Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen.

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

(2) Der konkrete Inhalt und Umfang des vom Krankenhaus zu erstellenden und zu übermittelnden Qualitätsberichts werden in Anlage 1 zu diesen Regelungen vorgegeben. Die Anlage ist Bestandteil dieser Regelungen und wird regelmäßig überprüft und unter Berücksichtigung der Vorgaben des Abs. 1 gegebenenfalls fortgeschrieben.

§ 4 Datenformat des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht ist zum Zweck der Veröffentlichung in zwei Formaten nach Maßgabe der Anlage 1 zu erstellen:

1. im PDF-Format
2. in maschinenverwertbarer Form.

§ 5 Frequenz und Bezugszeitraum des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht ist jeweils in Jahren mit ungeraden Zahlen (Erstellungsjahr), beginnend mit dem Jahr 2009, über das abgeschlossene Vorjahr (Berichtsjahr), beginnend mit dem Jahr 2008, zu erstellen.

§ 6 Verfahren und Fristen der Übermittlung des Qualitätsberichts

(1) Das Krankenhaus hat den Qualitätsbericht in beiden Formaten nach § 4 an eine Annahmestelle zu übermitteln. Die gemeinsame Annahmestelle der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Verbände und des Verbands der privaten Krankenversicherung nimmt die Qualitätsberichte der Krankenhäuser entgegen. Die Kontaktdaten der gemeinsamen Annahmestelle und das Datenlieferverfahren sind in der Anlage 2 bestimmt. Die Übermittlung hat jeweils spätestens zum 15. Juli des Erstellungsjahrs zu erfolgen.

(2) Abweichend von Abs. 1 Sätze 1 und 4 werden die krankenhausbezogenen Angaben der externen vergleichenden Qualitätssicherung gemäß Teil C-1 der Anlage 1 nach Prüfung und Kommentierung durch das Krankenhaus direkt von den für die Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen an die Annahmestelle übermittelt. Die Übermittlung hat jeweils in der Zeit vom 15. November bis zum 31. Dezember des Erstellungsjahrs zu erfolgen.

(3) Das gemäß Anlage 2 angemeldete Krankenhaus hat das Recht, zusätzlich

- einen um die krankenhausbezogenen Angaben der externen vergleichenden Qualitätssicherung gemäß Teil C-1 der Anlage 1 ergänzten Qualitätsbericht im Datenformat nach § 4 Nr. 1 sowie
- einen fehlerkorrigierten Qualitätsbericht in den beiden Datenformaten nach § 4

an die Annahmestelle zu übermitteln. Die Übermittlung hat jeweils in der Zeit vom 15. November bis zum 31. Dezember des Erstellungsjahrs zu erfolgen. Die Annahmestelle hat

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

in diesem Fall den ergänzten und fehlerkorrigierten Qualitätsbericht in die Übermittlung nach Abs. 4 aufzunehmen.

(4) Die Annahmestelle stellt gleichzeitig den gesetzlichen Krankenkassen, ihren Verbänden und dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, den Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB V sowie den weiteren nach § 137 Abs. 3 Satz 5 SGB V zu beteiligenden Organisationen die angenommenen Qualitätsberichte unverändert zur Verfügung. Hierfür ermöglicht sie dem Empfängerkreis in den jeweiligen Lieferzeiträumen einmal pro Woche den gebündelten Download der beiden Formate nach § 4.

(5) Die Annahmestelle stellt zusätzlich zu der Übermittlung nach Abs. 4 gleichzeitig den gesetzlichen Krankenkassen, ihren Verbänden und dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses alle angenommenen Qualitätsberichte in ihrer jeweils letzten Fassung unverzüglich nach Ablauf der jeweiligen Lieferzeiträume gebündelt in beiden Formaten nach § 4 unverändert auf einem Datenträger zur Verfügung. Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses vervielfältigt und übermittelt diese Datenträger unverzüglich nach Erhalt gleichzeitig an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB V sowie die weiteren nach § 137 Abs. 3 Satz 5 SGB V zu beteiligenden Organisationen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 7 Folgen nicht ordnungsgemäßer Lieferung

(1) Das gemäß Anlage 2 angemeldete Krankenhaus hat seinen Qualitätsbericht ordnungsgemäß geliefert, wenn der Bericht

- mit Ausnahme der Inhalte aus Teil C-1 der Anlage 1 in beiden Formaten nach § 4 innerhalb der Frist nach § 6 Abs. 1 an die Annahmestelle übermittelt wurde und
- den Vorgaben gemäß Anlage 1 entspricht.

Die Annahmestelle bestätigt dem Krankenhaus schriftlich die formal korrekte Lieferung.

(2) Hat das gemäß Anlage 2 angemeldete Krankenhaus den Qualitätsbericht nicht formal korrekt geliefert, informiert die Annahmestelle das Krankenhaus schriftlich über die Mängel, welche die nicht formal korrekte Lieferung begründen.

(3) Ein Krankenhaus, dessen Qualitätsbericht nicht innerhalb der Frist nach § 6 Abs. 1 eingeht und daher nicht veröffentlicht wird, wird gemäß § 17c Abs. 2 Satz 8 KHG „Prüfung der Abrechnung von Pflegesätzen“ bis zur Veröffentlichung seines nächsten Qualitätsberichts jährlich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung geprüft.

§ 8 Veröffentlichung

(1) Die entsprechend § 7 Abs. 1 ordnungsgemäß gelieferten Qualitätsberichte sind von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie vom Verband der privaten Krankenversicherung jeweils spätestens zum 15. August des Erstellungsjahrs im Internet zu veröffentlichen. Die Veröffentlichung der gemäß § 6 Abs. 2 nachgelieferten Angaben der externen vergleichenden Qualitätssicherung (zu Teil C-1 der Anlage 1) sowie der Qualitätsberichte gemäß § 6 Abs. 3 Satz 1 erfolgt jeweils bis zum 31. Januar des Folgejahres.

Diese Veröffentlichung ist nur vollständig und unverändert vorzunehmen. Sie enthält gegebenenfalls eine technische Verknüpfung zu der Internet-Homepage des Krankenhauses, um ergänzende Informationsmöglichkeiten ohne Aufwand zu eröffnen.

(2) Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen und ihre Verbände können - zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung - auf der Basis der Qualitätsberichte die Leistungserbringer und die Versicherten auch vergleichend über Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. In diesem Zusammenhang sind Kommentierungen, Querverweise, Zusammenfassungen usw. deutlich vom Qualitätsbericht selbst abzugrenzen. Diese können auch Informationen zur nicht ordnungsgemäßen Lieferung des Qualitätsberichts durch ein Krankenhaus oder zu nachweislich unvollständigen oder fehlerhaften Angaben umfassen. Werden solche zusätzlichen Informationen auf einer Internetseite frei zugänglich veröffentlicht, ist das Krankenhaus hierüber rechtzeitig vorab zu informieren.

§ 9 Inkrafttreten

Diese Regelungen treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft

Anlage 1

zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
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

(Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Allgemeine Ausfüllhinweise

Die Ausfüllhinweise sind für die Berichtersteller als Erläuterungen zu den einzelnen Berichtsteilen in Kästen eingefügt. Sofern weder in den Regelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V noch in ihren Anlagen Aussagen zur Darstellung bestimmter Inhalte des Qualitätsberichts gemacht werden, liegen Art und Inhalt des Qualitätsberichts im Ermessen des Bericht erstattenden Krankenhauses.

1. Erläuterungen zur Berichterstellung

Benennung des Qualitätsberichts

Auf dem Deckblatt der PDF-Version des Qualitätsberichts ist die Bezeichnung „Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über das Berichtsjahr 2010“ und das Datum der Erstellung aufzuführen.

Betroffene Krankenhäuser

Entsprechend den Regelungen zum Qualitätsbericht sind die Ausfüllhinweise von allen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern anwendbar, und zwar unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder Einrichtungen handelt, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) mit DRG oder nach Bundespflegesatzverordnung (BPflV) 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 Krankenhaus bzw. einem Krankenhausträger mit mehreren nach § 108 SGB V zugelassenen Standorten ist der Qualitätsbericht in der Regel je Standort zu erstellen.
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 Jahres, in dem der Qualitätsbericht erstellt und veröffentlicht wird (Erstellungsjahr), 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. Abweichend davon können in Teil D nicht nur Maßnahmen des Qualitätsmanagements, die im Berichtsjahr durchgeführt wurden, Eingang finden, sondern auch Maßnahmen, die sich aus dem vorherigen Jahr in das Berichtsjahr oder in das Erstellungsjahr erstrecken bzw. im Erstellungsjahr stattfinden.

2. Umfang und Format des Qualitätsberichts

Format

Der Qualitätsbericht ist in zwei Formaten, einer PDF-Version und einer Datenbankversion, zu erstellen.

Für die PDF-Version gelten folgende formale Vorgaben:

- die Einhaltung der Barrierefreiheit sowie der Textzugriff für Bildschirmlesehilfen für Sehbehinderte,
- die jeweils vorgegebenen Seiten- bzw. Zeichenbegrenzungen,
- eine maximale Dateigröße von 5 MB,
- lesbar mit Adobe Reader Version 5.0,
- nicht kennwortgeschützt,
- nicht schreibgeschützt, da die Datei sonst nicht mit der Suchfunktion durchsucht werden kann.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Gemäß BITV ist die Barrierefreiheit nach bestem Bemühen umzusetzen. Bei Schwierigkeiten mit der Umsetzung kann mit der Annahmestelle für die Qualitätsberichte Rücksprache gehalten werden. Ein alternatives, barrierefreies Angebot wird in Form der Datenbank zur Verfügung stehen. In jedem Fall ist die Word-Datei, sofern Word als Grundlage zur Umwandlung in die PDF-Version verwendet wird, dem Programm entsprechend (z. B. mit Bildunterschriften, Formatierung von Absätzen und Überschriften) zu formatieren und anschließend auf elektronischem Wege (nicht durch Einscannen) in ein PDF-Dokument umzuwandeln.

Die Datenbankversion ist gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben zu erstellen. Der Vermerk „[Datenbankversion]“ kennzeichnet die Bereiche, die vom Krankenhaus in die Datenbankversion aufgenommen werden.

Der Vermerk „[Datenbankversion für die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen]“ kennzeichnet die Bereiche (C-1.1.[Y] und Angaben zu C-1.2.[Z] für die Indikatoren des Anhangs 3), die separat von den 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 (31. Oktober laut Beschluss des G-BA vom 18. Dezember 2008) tabellarisch an das Krankenhaus zur Fehlerprüfung und Kommentierung. Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung an die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen erfolgen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahrs. Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen übermitteln in der Zeit vom 15. November bis 31. Dezember des Erstellungsjahrs krankenhausbezogen die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben.

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, Ansprechpartner) zu verweisen, sofern das Krankenhaus hierzu Angaben machen möchte.

Gliederung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht besteht aus vier 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 und
- Teil D über das Qualitätsmanagement.

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 Maximalgröße der PDF-Version und die jeweiligen Zeichenbegrenzungen nicht überschritten werden. Für freiwillige Angaben stehen die Felder „Kommentar/Erläuterung“ zur Verfügung. Grundsätzlich sind zusätzliche Freitextangaben außerhalb dieser Felder nicht vorgesehen, jedoch möglich, solange die maximale Dateigröße von 5 MB nicht überschritten wird. Es ist aber zu bedenken, dass bei zu viel Freitext die Gefahr besteht, dass der Qualitätsbericht eher unübersichtlich und schwer verständlich wird. 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 Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V). Wird ein Kapitel nicht ausgefüllt, soll in der PDF-Version ein entsprechender Hinweis („trifft nicht zu“/„entfällt“) aufgenommen werden. Die hier vorgegebene Nummerierung der einzelnen Kapitel ist in jedem Fall beizubehalten. An den Stellen, in denen in der PDF-Version der Hinweis „trifft nicht zu“/„entfällt“ verpflichtend aufzunehmen ist (z. B. B-[X].6.1 Angabe von ICD-10-Ziffern), ist dies in den Ausfüllhinweisen jeweils vermerkt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Hinweis zur Datenbankversion: 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-8, A-9) sind im Anhang 2 Auswahllisten vorgegeben. Die Auswahllisten sollen durch die Verwendung standardisierter Informationen der besseren Vergleichbarkeit und Auffindbarkeit der relevanten Informationen in den Qualitätsberichten dienen. Es besteht jedoch immer die Möglichkeit, zusätzliche Erläuterungen als Freitext anzugeben. Dieses System ist als „lernendes System“ angelegt, so dass durch eine Auswertung der Qualitätsberichte bestimmte, häufig wiederkehrende Freitextangaben für zukünftige Qualitätsberichte in die Auswahllisten aufgenommen, dagegen selten verwendete Angaben daraus gelöscht werden können.

Die Reihenfolge der Nummernangabe aus den Auswahllisten ist grundsätzlich frei gestaltbar. Für eine bessere Lesbar- und Vergleichbarkeit wird jedoch empfohlen, die Angaben alphabetisch zu ordnen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhaltsverzeichnis

Ausfüllhinweis:

Es wird empfohlen, die Angaben im Inhaltsverzeichnis als Hyperlink zu den entsprechenden Abschnitten zu gestalten.

Allgemeine Ausfüllhinweise 2

1. Erläuterungen zur Berichterstellung 2
2. Umfang und Format des Qualitätsberichts 2

Einleitung 8

A **Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses** 9

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 9
A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses 9
A-3 Standort(nummer) 9
A-4 Name und Art des Krankenhausträgers 10
A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus 10
A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses 10
A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 11
A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses 11
A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 12
A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses 12
A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses 13
A-11.1 Forschungsschwerpunkte 13
A-11.2 Akademische Lehre 13
A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen 14
A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus 14
A-13 Fallzahlen des Krankenhauses 14
A-14 Personal des Krankenhauses 16
A-14.1 Ärzte und Ärztinnen 16
A-14.2 Pflegepersonal 17
A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal 18
A-15 Apparative Ausstattung 18

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

B **Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen** 20

B-[X].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung 20

B-[X].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung 21

B-[X].3 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 22

B-[X].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung 22

B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung 23

B-[X].6 Diagnosen nach ICD 25

B-[X].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD 25

B-[X].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen 26

B-[X].7 Prozeduren nach OPS 26

B-[X].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 26

B-[X].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren 27

B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 28

B-[X].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 29

B-[X].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft . 30

B-[X].11 Personelle Ausstattung 30

B-[X].11.1 Ärzte und Ärztinnen 30

B-[X].11.2 Pflegepersonal 32

B-[X].11.3 Spezielles therapeutisches Personal 34

C **Qualitätssicherung** 35

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V 35

C-1.1.[Y] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für: 35

C-1.2.[Z] Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für: 37

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V 42

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease- Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 43

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 43

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V..... 44

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“)..... 45

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V 45

D **Qualitätsmanagement** 47

D-1 Qualitätspolitik 47

D-2 Qualitätsziele 47

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements 48

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements 48

D-5 Qualitätsmanagementprojekte 49

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements 49

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung (Teil A: Krankenhäuser, Teil B: die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen)
Anhang 2: Auswahllisten
Anhang 3: Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Einleitung

Ausfüllhinweis:

In der Einleitung soll das Krankenhaus kurz vorgestellt werden. Es besteht die Möglichkeit, an dieser Stelle ein Foto des Krankenhauses einzufügen. Darüber hinaus sollen hier folgende Angaben gemacht werden:

- für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person,
- Ansprechpartner (z. B. Qualitätsbeauftragte, Patientenfürsprecher, Pressereferenten, Leitungskräfte verschiedener Hierarchieebenen), sofern diese nicht bei den Kontaktdaten des Krankenhauses oder der Fachabteilungen benannt werden,
- weiterführende Links (z. B. zur Homepage des Krankenhauses, zu Broschüren, Unternehmensberichten), sofern diese nicht an geeigneter Stelle im Text eingefügt werden.

Folgender Satz ist am Ende der Einleitung anzufügen:

„Die Krankenhausleitung, vertreten durch ....., ist verantwortlich für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht."

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses (vollständige Angaben zur Erreichbarkeit)

[Datenbankversion]

Ausfüllhinweis:

Hier müssen ausreichende Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden. Verpflichtend sind folgende Kontaktdaten anzugeben:

1. Krankenhausname, PLZ und Ort der Hausanschrift.
2. Erreichbarkeit per Telefon, Fax
3. E-Mail-Adresse
4. Internet-Adresse

Die Postanschrift kann zusätzlich zur Hausanschrift optional angegeben werden.

Sofern ein Krankenhaus für mehrere Standorte einen einzigen Qualitätsbericht erstellt, sind die Kontaktdaten des Hauptstandortes anzugeben. In der PDF-Version können hier zusätzlich die Kontaktdaten der anderen im vorliegenden Qualitätsbericht dargestellten Standorte angegeben werden.

Angaben zur Erreichbarkeit der Standorte können darüber hinaus jeweils im Abschnitt B „Organisationseinheiten/Fachabteilungen“ gemacht werden.

A-2 Institutionskennzeichen des Krankenhauses

[Datenbankversion]

Ausfüllhinweis:

Zur eindeutigen Identifikation des Krankenhauses ist mindestens ein Institutionskennzeichen (IK-Nummer) verpflichtend anzugeben. Dabei sollte es sich um das Institutionskennzeichen handeln, das auch für die Identifikation bei der Annahmestelle verwendet wird.

Wenn mehrere Institutionskennzeichen vorhanden sind, sollen alle angegeben werden.

A-3 Standort(nummer)

[Datenbankversion]

Ausfüllhinweis:

Wenn zu einer IK-Nummer Qualitätsberichte für mehrere Standorte erstellt werden, ist hier die interne laufende Nummer des Standortes, auf den sich der Qualitätsbericht bezieht, anzugeben, beginnend mit der Ziffer 01. Dabei sollte es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle verwendet wird.

Krankenhäuser, die nur einen Standort haben, geben hier 00 an. Krankenhäuser, die einen gemeinsamen Qualitätsbericht für mehrere Standorte erstellen, geben hier 99 an.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

A-4 Name und Art des Krankenhausträgers

[Datenbankversion]

Name:

Art:

£ freigemeinnützig

£ öffentlich

£ privat

£ Sonstiges: ----------

Ausfüllhinweis:

Wenn die Art des Krankenhausträgers nicht einer der drei Kategorien „freigemeinnützig, öffentlich, privat“ zuzuordnen ist, ist im Feld „Sonstiges“ die Art des Krankenhausträgers anzugeben.

A-5 Akademisches Lehrkrankenhaus

[Datenbankversion]

£ ja Universität: ----------

£ nein

Ausfüllhinweis:

Hier gibt das Krankenhaus an, ob es akademisches Lehrkrankenhaus ist. Falls ja, so ist die zugehörige Universität anzugeben.

A-6 Organisationsstruktur des Krankenhauses

Ausfüllhinweis:

Hier soll das Krankenhaus eine Übersicht über die Fachabteilungen/Disziplinen bzw. Organisationseinheiten/Zentren in tabellarischer oder grafischer Form (Organigramm) geben. Die Übersicht muss deutlich lesbar sein und kann durch stichpunktartige Freitextangaben kommentiert werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-7 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie

[Datenbankversion]

Für psychiatrische Fachkrankenhäuser bzw. Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Fachabteilung:
Besteht eine regionale Versorgungsverpflichtung?

£ ja £ nein

Ausfüllhinweis:

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

A-8 Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses

[Datenbankversion]

Nr.	Fachabteilungs-übergreifender Versorgungs-schwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versor-gungsschwerpunkt beteiligt sind	Kommentar/ Erläuterung
VS02	Perinatalzentrum	z. B. Gynäkologie, Pädiatrie	z. B. Betreuung von Risiko-schwanger-schaften
...	...	...	
VS00	(„Sonstiges“)		

Ausfüllhinweis:

Angaben zu Versorgungsschwerpunkten können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Dies bedeutet, dass all diejenigen Versorgungsschwerpunkte, die schon unter A-8 angegeben werden, nicht unter B-[X].2 wiederholt werden dürfen. Unter A-8 sind nur die fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses darzustellen. Krankenhäuser mit nur einer Fachabteilung stellen dementsprechend ihre Versorgungsschwerpunkte unter B-[X.2] dar.

Wenn Angaben gemacht werden, sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Versorgungsschwerpunkte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer VS00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des jeweiligen krankenhausindividuellen Versorgungsschwerpunktes zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann der krankenhausindividuelle Versorgungsschwerpunkt in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem Versorgungsschwerpunkt können in der Spalte „Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt beteiligt sind“ die entsprechenden Fachabteilungen aufgeführt werden. In der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ können ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung ge-

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

macht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-9 Fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

[Datenbankversion]

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP01	Akupressur	z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen
...	...	
MP00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

Bei den Angaben zu medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten soll der Schwerpunkt auf den nicht-ärztlichen Leistungen liegen. Sie können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Dies bedeutet, dass all diejenigen Leistungsangebote, die schon unter A-9 angegeben werden, nicht unter B-[X].3 wiederholt werden dürfen. Unter A-9 sind nur die fachabteilungsübergreifenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen. Krankenhäuser mit nur einer Fachabteilung stellen dementsprechend ihre Leistungsangebote unter B-[X.3] dar.

Wenn Angaben gemacht werden, sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer MP00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche fachabteilungsübergreifende medizinisch-pflegerische Leistungsangebote darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des jeweiligen krankenhausindividuellen Leistungsangebots zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann das krankenhausindividuelle Leistungsangebot in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-10 Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote des Krankenhauses

[Datenbankversion]

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterung
SA09	Unterbringung Begleitperson	z. B. bei Begleitpersonen von Kindern kostenlos, sonst kostenpflichtig möglich
...	...	…
SA00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

Angaben zu Serviceangeboten können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden.

Unter A-10 sind nur die allgemeinen Serviceangebote des Krankenhauses darzustellen. Dies bedeutet, dass all diejenigen Serviceangebote, die schon unter A-10 angegeben werden, nicht unter B-[X].4 wiederholt werden dürfen.

Die Nummer SA00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Serviceangebote darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des jeweiligen krankenhausindividuellen Serviceangebots zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann das krankenhausindividuelle Serviceangebot in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem Serviceangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-11 Forschung und Lehre des Krankenhauses

Ausfüllhinweis:

Hier können stichpunktartige Freitextangaben zu Forschungsschwerpunkten und tabellarische Angaben zu akademischer Lehre und Ausbildungen in anderen Heilberufen gemacht werden. Wissenschaftliches Personal, das nicht in der direkten Patientenversorgung tätig ist, kann unter A-11.1 als Freitext dargestellt werden. Für weitere Informationen können Links zu den entsprechenden Internetseiten eingefügt werden.

A-11.1 Forschungsschwerpunkte

(max. 10.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen))

A-11.2 Akademische Lehre

[Datenbankversion]

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar/ Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
...	...	
FL00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

Wenn Angaben zur akademischen Lehre gemacht werden, sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Inhalte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer FL00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Angaben zur akademischen Lehre oder zu wissenschaftlichen Tätigkeiten darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die jeweiligen Angaben zur akademischen Lehre oder zu wissenschaftlichen Tätigkeiten zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann die krankenhausindividuelle Angabe zur akademischen Lehre oder zu wissenschaftlichen Tätigkeiten in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Zu jeder Nennung können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-11.3 Ausbildung in anderen Heilberufen

[Datenbankversion]

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/ Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	
...	...	
HB00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

Wenn Angaben zur Ausbildung in anderen Heilberufen gemacht werden, sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Heilberufe auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer HB00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Ausbildungsmöglichkeiten in anderen Heilberufen darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch den jeweiligen Heilberuf zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann die krankenhausindividuelle Angabe in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem Heilberuf können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-12 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

[Datenbankversion]

Ausfüllhinweis:

Hier gibt das Krankenhaus die Anzahl der Akut-Betten nach § 108/109 SGB V zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahrs an. Das bedeutet, dass beispielsweise Reha-Betten nicht gezählt werden.

A-13 Fallzahlen des Krankenhauses

[Datenbankversion]

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

Vollstationäre Fallzahl: ☐

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Teilstationäre Fallzahl: ☐

Ambulante Fallzahl:

Fallzählweise: ☐

Quartalszählweise: ☐

Patientenzählweise: ☐

Sonstige Zählweise: ☐

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Ausfüllhinweis zur vollstationären und teilstationären Fallzahl:

Die Angabe der vollstationären und teilstationären Fälle ist verpflichtend. Krankenhäuser, die keine vollstationären oder teilstationären Fälle haben, geben in der PDF-Version jeweils „0“ an. Für die Regelung zur Fallzählung wurden 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 Berichtsjahrs.

Entsprechend den Abrechungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahrs 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 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) fallen, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPflV).

Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntG- ins BPflV-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 Berichtsjahrs.

Die Fallzählung von teilstationären Fällen richtet sich für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der BPflV fallen, nach der Fußnote 11a zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPflV), so dass 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 BPflV-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht.

Ausfüllhinweis zu den ambulanten Fallzahlen:

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.

Unter „Fallzählweise“ wird jeder ambulante Kontakt eines Patienten oder einer Patientin mit den Organisationseinheiten/Fachabteilungen eines Krankenhauses, unter „Quartalszählweise“ die einmalige Zählung eines Patienten oder einer Patientin pro Quartal pro Organisationseinheit/Fachabteilung des Krankenhauses (unabhängig von der Zahl der Kontakte im Quartal) und unter „Patientenzählweise“ die Zählung der ambulanten Patienten und Patientinnen des Krankenhauses pro Organisationseinheit/Fachabteilung (unabhängig von der Zahl der Kontakte) verstanden. Sofern im Krankenhaus eine

weitere Zählweise angewendet wird, sind diese ambulanten Fälle unter „Sonstige Zählweise“ anzugeben. In der PDF-Version können zur Erläuterung der „Sonstigen Zählweise“ nähere Angaben gemacht werden.

Mindestens eines der vier für die Anzahl der ambulanten Fälle vorgesehenen Felder ist verpflichtend auszufüllen. Wenn keine ambulanten Fälle erbracht wurden, ist in der PDF-Version „0“ in eines der Felder einzutragen. Die nicht verwendeten Felder können in der PDF-Version gelöscht werden. Es sind ganze Zahlen einzutragen. Existieren mehrere Zählweisen in unterschiedlichen Bereichen eines Krankenhauses, können die resultierenden Fallzahlen der einzelnen Bereiche in die entsprechenden Felder eingetragen werden.

Bei der Angabe der Anzahl der ambulanten Fälle sind die im Krankenhaus verwendeten Zählweisen zu beachten und die Fallzahlen in die dafür vorgesehenen Felder einzutragen.

A-14 Personal des Krankenhauses

[Datenbankversion]

Ausfüllhinweis:

Die Angaben zur personellen Ausstattung zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahrs sind verpflichtend.

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).

A-14.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	**Kommentar/ Erläuterung**
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	... Vollkräfte	
– davon Fachärzte und Fachärztinnen	... Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	... Personen	
Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind	... Vollkräfte	

Ausfüllhinweis:

Die Angaben in der Zeile „Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)“ und der Zeile „- davon Fachärzte und Fachärztinnen“ sollten der Summe der Angaben in allen Fachabtei-

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

lungen/Organisationseinheiten entsprechen. In Zeile 4 können zusätzlich Ärzte und Ärztinnen angegeben werden, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen pro Zelle der Tabelle (einschließlich Leerzeichen) begrenzt. Angaben zu weiteren ärztlichen Abschlüssen und Zusatzqualifikationen können fachabteilungsbezogen in B-[X].12.1 gemacht werden.

A-14.2 Pflegepersonal

	Anzahl	**Ausbildungsdauer**	**Kommentar/ Erläuterung**
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	... Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen	... Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	... Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	… Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	… Vollkräfte	3 Jahre	
(„Sonstiges“) z. B. ausländische oder akademische Abschlüsse			

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Ausfüllhinweis:

Die pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind jeweils nur einmalig in der Zeile zu erfassen, die ihrer höchsten Qualifikation entspricht.

Die Angaben in der Zeile „Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen“ und der Zeile „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen“ sollten der Summe der Angaben in allen Fachabteilungen/Organisationseinheiten entsprechen.

Zusätzlich können weitere Angaben unter „Sonstiges“ gemacht werden, um beispielsweise pflegebezogene akademische oder ausländische Abschlüsse sowie Pflegepersonal, das keiner Fachabteilung zuzuordnen ist, anzugeben. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch

den jeweiligen Abschluss zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann der jeweilige Abschluss in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden. „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen der Tabelle (einschließlich Leerzeichen) begrenzt. Weitere Angaben zu Abschlüssen und Zusatzqualifikationen können fachabteilungsbezogen unter B-[X].12.2 gemacht werden.

A-14.3 Spezielles therapeutisches Personal

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	… Vollkräfte	
...	...		
SP00	(„Sonstiges“)		

Ausfüllhinweis:

Die entsprechenden Personalqualifikationen sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer SP00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliches therapeutisches Personal darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des therapeutischen Personals zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann krankenhausindividuelles spezielles therapeutisches Personal in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Der Schwerpunkt soll dabei auf Berufsgruppen liegen, die direkt an der Therapie beteiligt sind. Zu jeder Berufsgruppe des therapeutischen Personals können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung, z. B. zum Ausbildungsstand, gemacht werden.

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).

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen pro Zelle der Tabelle (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-15 Apparative Ausstattung

[Datenbankversion]

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangs-sprachliche Bezeichnung	24h-Notfall-verfüg-barkeit	Kommentar/ Erläuterung
AA08	Computerto-	Schichtbildver-	X	

	mograph (CT)	fahren im Quer-schnitt mittels Röntgenstrahlen		
…	…	…	…	
AA00	(„Sonstiges“)	…	…	

Ausfüllhinweis:

An dieser Stelle kann die apparative Ausstattung des Krankenhauses dargestellt werden. Dazu sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Geräte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer und umgangssprachlichen Bezeichnung in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer AA00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Geräte darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des jeweiligen krankenhausindividuellen Geräts zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann das krankenhausindividuelle Gerät in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Der Schwerpunkt soll dabei auf relevanten Geräten („Großgeräten“) liegen. Geräte, die zur üblichen Ausstattung eines Krankenhauses gehören (z. B. Blutdruckmessgeräte, Blutzuckermessgeräte, Infusionspumpen), sind nicht anzugeben. 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 Hinweis in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ aufzunehmen (z. B. „MRT in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen“).

In der Auswahlliste ist vermerkt, für welche Geräte Angaben zur 24h-Notfallverfügbarkeit zu machen sind.

Zu jedem Gerät können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/ Fachabteilungen

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

[Datenbankversion]

Name des Chefarztes oder der Chefärztin (optional)

[Datenbankversion]

Kontaktdaten

[Datenbankversion]

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

[Datenbankversion]

£ Hauptabteilung

£ Belegabteilung

£ Gemischte Haupt- und Belegabteilung

£ Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Ausfüllhinweis:

Für [X] ist eine fortlaufende Nummerierung einzufügen. Die Darstellung nicht bettenführender Abteilungen ist ebenfalls möglich. Der Begriff „Organisationseinheit/Fachabteilung“ ist in den Kapitelüberschriften des B-Teils durch den entsprechenden krankenhausindividuellen Namen der Organisationseinheit/Fachabteilung zu ersetzen.

Hinweis zur Datenbankversion: Die Organisationseinheit/Fachabteilung ist in der Datenbankversion anhand von Fachabteilungsschlüsseln gemäß § 301 SGB V darzustellen. Die Nennung mehrerer Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V zur Darstellung des tatsächlichen Fachspektrums der Organisationseinheit/Fachabteilung ist möglich.

Mindestens ein Schlüssel nach § 301 SGB V ist pro Organisationseinheit/Fachabteilung 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.

Bei den Kontaktdaten müssen ausreichende Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden. Verpflichtend sind folgende Daten anzugeben:

1. Erreichbarkeit per Telefon, Fax
2. E-Mail-Adresse
3. Internet-Adresse

Die Art der Abteilung (bettenführende Hauptabteilung, bettenführende Belegabteilung, bettenführende gemischte Haupt- und Belegabteilung, nicht bettenführende Fachabteilung/sonstige Organisationseinheit) ist verpflichtend anzugeben. Sofern es sich um eine nicht bettenführende Abteilung oder eine sonstige Organisationseinheit handelt, ist dies in der PDF-Version anzukreuzen. In der Datenbankversion (siehe Anhang 1) ist für diesen Fall die Angabe von „Nicht bettenführend/sonstige Organisationseinheit“ ohne weitere Untergliederung vorgesehen.

B-[X].2 Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung

[Datenbankversion]

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich X	Kommentar/Erläuterung
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs
...	...	
VR00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

Angaben zu Versorgungsschwerpunkten können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Dies bedeutet, dass hier unter B-[X].2 nur diejenigen Versorgungsschwerpunkte angegeben werden dürfen, die noch nicht unter A-8 angegeben wurden. An dieser Stelle sind nur die fachabteilungsbezogenen Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses darzustellen.

Wenn Angaben gemacht werden, sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die zutreffenden Versorgungsschwerpunkte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummern für „Sonstiges“ (z. B. VR00) können mehrfach angegeben werden, um zusätzliche fachabteilungsbezogene Versorgungsschwerpunkte darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des jeweiligen Versorgungsschwerpunktes der Organisationseinheit/Fachabteilung zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann der krankenhausindividuelle Versorgungsschwerpunkt in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem Versorgungsschwerpunkt können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 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].2, ihre individuellen Versorgungsschwerpunkte auswählen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

[Datenbankversion]

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP01	Akupressur	z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen
...	...	…
MP00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

Bei den Angaben zu medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten soll der Schwerpunkt auf den nicht-ärztlichen Leistungen liegen. Sie können entweder für das gesamte Krankenhaus (fachabteilungsübergreifend) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Dies bedeutet, dass hier unter B-[X].3 nur diejenigen Leistungsangebote angegeben werden dürfen, die noch nicht unter A-9 angegeben wurden. An dieser Stelle sind nur die fachabteilungsbezogenen medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen.

Wenn Angaben gemacht werden, sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer MP00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche fachabteilungsbezogene medizinisch-pflegerische Leistungsangebote darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des jeweiligen krankenhausindividuellen Leistungsangebots zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann das krankenhausindividuelle medizinisch-pflegerische Leistungsangebot in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].4 Nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit/ Fachabteilung

[Datenbankversion]

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterung
SA09	Unterbringung Begleitperson	z. B. bei Begleitpersonen von Kindern kostenlos, sonst kostenpflichtig möglich
...	...	
SA00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

Angaben zu Serviceangeboten können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. An dieser Stelle sind nur die allgemeinen Serviceangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung darzustellen. Dies bedeutet, dass hier unter B-[X].4 nur diejenigen Serviceangebote angegeben werden dürfen, die noch nicht unter A-10 angegeben wurden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Wenn Angaben gemacht werden, sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Serviceangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer SA00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Serviceangebote darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des jeweiligen krankenhausindividuellen Serviceangebots zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann das krankenhausindividuelle Serviceangebot in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jedem Serviceangebot können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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

[Datenbankversion]

Vollstationäre Fallzahl: ☐

Teilstationäre Fallzahl: ☐

Ausfüllhinweis:

Die Angabe der stationären Fälle ist verpflichtend. Fachabteilungen, die keine stationären Fälle haben, geben in der PDF-Version „0“ an. 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 (Fallpauschalenvereinbarung) des jeweiligen Berichtsjahrs, so dass nur Fälle, die unter A-13 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 nichtbettenführende 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 (BPflV) fallen, richtet sich die Fallzählung nach den Fußnoten 11 und 15 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPflV), 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-13 übersteigen. Hierzu kann ein entsprechender Hinweis in der PDF-Version des Qualitätsberichts gegeben 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“).

Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntgG- ins BPflV-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 Berichtsjahrs.

Die Fallzählung von teilstationären Fällen richtet sich für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der BPflV fallen, nach der Fußnote 11a zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Abs. 4 BPflV), so dass 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 BPflV-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

B-[X].6 Diagnosen nach ICD

[Datenbankversion]

B-[X].6.1 Hauptdiagnosen nach ICD

Rang	ICD-10-Ziffer*	Fall-zahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

* Hauptdiagnose gemäß der jeweils geltenden Fassung der Deutschen Kodierrichtlinien.

Ausfüllhinweis:

Die Angabe der Hauptdiagnosen nach ICD-10 nach Häufigkeit ist verpflichtend. Sind der Fachabteilung/Organisationseinheit keine ICD-10-Ziffern zuzuordnen, ist in der PDF-Version der Hinweis „trifft nicht zu"/„entfällt" aufzunehmen. Aus Datenschutzgründen sind ICD-Ziffern mit einer Fallzahl ≤ 5 Fälle mit „≤ 5" anzugeben.

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

In der PDF-Version sind die 10 häufigsten ICD-Ziffern dreistellig (z. B. G20) mit Fallzahl anzugeben. Durch die dreistellige Angabe werden die differenzierteren vier- und höherstelligen Ziffern zusammengefasst. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche dreistellige ICD-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Die Anzahl der ausgewiesenen Hauptdiagnosen ist in der PDF-Version auf maximal 30 begrenzt. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen. [1]

In der Datenbankversion sind 100 % aller ICD-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung vierstellig (z. B. G20.2) mit Fallzahl anzugeben.

Die in der PDF-Version und in der Datenbankversion vorliegenden Informationen dienen unterschiedlichen Zwecken. Durch die fehlende genaue Fallzahlangabe bei Fallzahlen ≤ 5 und die unterschiedliche Stelligkeit der ICD-Ziffern sind die Angaben zu den Hauptdiagnosen in PDF- und Datenbankversion unterschiedlich und nicht ohne Weiteres vergleichbar. Dies ist bei der Erstellung des Qualitätsberichts zu berücksichtigen.

Es sind in der PDF-Version alle ICD-Ziffern mit gleicher Fallzahl anzugeben, bis die Grenze von 10 ICD-Ziffern erreicht ist. Wenn sich mehrere ICD-Ziffern mit gleicher Fallzahl den 10. Rang teilen, kann das Krankenhaus eine eigene Auswahl treffen oder bis zu der maximalen Anzahl von 30 ICD-Ziffern weitere Angaben machen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

[1] Wenn eine laienverständliche Übersetzung der Diagnosebezeichnungen bundeseinheitlich vorliegt, soll diese verwendet werden.

B-[X].6.2 Weitere Kompetenzdiagnosen

ICD-10-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung

Ausfüllhinweis:

Hier besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, Diagnosen und deren Anzahl darzustellen, in denen es besondere Kompetenz ausweisen möchte. Die ICD-Ziffer kann drei- bis fünfstellig angegeben werden, um eine adäquate Differenzierung zu ermöglichen.

Auch Organisationseinheiten/Fachabteilungen, die aufgrund der Zählweise gemäß Ausfüllhinweis zu B-[X].5 ihr Diagnosespektrum nur unzureichend abbilden können, haben an dieser Stelle die Möglichkeit, weitere relevante Diagnosen (Hauptdiagnosen oder Nebendiagnosen) abzubilden. Ebenso können an dieser Stelle die Diagnosen teilstationärer Fälle angegeben werden.

Die Anzahl der hier ausgewiesenen Kompetenzdiagnosen ist in der Datenbankversion unbegrenzt und in der PDF-Version auf maximal 30 Eintragungen begrenzt. In der PDF-Version sollen hier nur weitere Diagnosen dargestellt werden, die noch nicht in der Liste der Hauptdiagnosen der PDF-Version in gleicher Weise genannt werden. Dagegen können Doppelnennungen in der Datenbankversion auftreten. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen. ICD-Ziffern mit einer Anzahl ≤ 5 sind mit „≤ 5“ anzugeben.

B-[X].7 Prozeduren nach OPS

[Datenbankversion]

B-[X].7.1 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Ausfüllhinweis:

Die Angabe der durchgeführten Prozeduren nach OPS nach Häufigkeit ist grundsätzlich verpflichtend. Sind der Fachabteilung/Organisationseinheit keine OPS-Ziffern zuzuordnen, ist in der PDF-Version der

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Hinweis „trifft nicht zu“/„entfällt“ aufzunehmen. Operative Organisationseinheiten/Fachabteilungen können sich in der PDF-Version auf die Darstellung der OPS-Ziffern ausschließlich auf der Grundlage des Kapitels 5 („Operationen“) des OPS-Katalogs beschränken, wenn dieses die Relevanz der Leistungsdarstellung verbessert. Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen/Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig.

Die Anzahl 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 bei der Fachabteilung, von der die Leistung erbracht wurde. 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 unter A-13 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.

Es ist der amtliche OPS-Katalog zu verwenden. Aus Datenschutzgründen sind OPS-Ziffern mit einer Anzahl ≤ 5 mit „≤ 5“ anzugeben.

In der PDF-Version sind die 10 häufigsten OPS-Ziffern vierstellig (z. B. 5-876) mit Anzahl anzugeben. Durch die vierstellige Angabe werden die differenzierteren fünf- und höherstelligen Ziffern zusammengefasst. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche vierstellige OPS-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Die Anzahl der ausgewiesenen Prozeduren ist in der PDF-Version auf maximal 30 begrenzt. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen.

In der Datenbankversion sind 100 % aller OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung endstellig (z. B. 5-876.2) mit Anzahl anzugeben.

Die in der PDF-Version und in der Datenbankversion vorliegenden Informationen dienen unterschiedlichen Zwecken. Durch die fehlende genaue Anzahlangabe bei Anzahlen ≤ 5 und die unterschiedliche Stelligkeit der OPS-Ziffern sind die Angaben zu den Prozeduren in PDF- und Datenbankversion unterschiedlich und nicht ohne Weiteres vergleichbar. Dies ist bei der Erstellung des Qualitätsberichts zu berücksichtigen.

Es sind in der PDF-Version alle OPS-Ziffern mit gleicher Anzahl anzugeben, bis die Grenze von 10 OPS-Ziffern erreicht ist. Wenn sich mehrere OPS-Ziffern mit gleicher Anzahl den 10. Rang teilen, kann das Krankenhaus eine Auswahl treffen oder bis zu der maximalen Anzahl von 30 OPS-Ziffern weitere Angaben machen.

B-[X].7.2 Weitere Kompetenzprozeduren

OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung

Ausfüllhinweis:

Hier besteht für das Krankenhaus die Möglichkeit, Prozeduren und deren Anzahl darzustellen, in denen es besondere Kompetenz ausweisen möchte. Die OPS-Ziffer kann vier- bis sechsstellig angegeben werden, um eine adäquate Differenzierung zu ermöglichen.

Die Anzahl der hier ausgewiesenen Kompetenzprozeduren ist in der Datenbankversion unbegrenzt und in der PDF-Version auf maximal 30 Eintragungen begrenzt. In der PDF-Version sollen hier nur weitere Prozeduren dargestellt werden, die noch nicht in gleicher Weise in obiger Liste der Prozeduren

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

der PDF-Version genannt werden. Dagegen können Doppelnennungen in der Datenbankversion auftreten. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen. OPS-Ziffern mit einer Anzahl ≤ 5 sind mit „≤ 5“ anzugeben.

B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

[Datenbankversion]

Nr. der Ambulanz	Art der Ambulanz	Bezeichnung der Ambulanz	Nr. der Leistung	Angebotene Leistungen	Kommentar/ Erläuterung
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)	Diabetes-Ambulanz	VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	z. B. Diabetes, Schilddrüse
			…	…	
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)	Schrittmacher-Ambulanz	VI03	Diagnostik und Therapie sonstiger Formen der Herzkrankheit	
			…	…	
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V		LK03	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose	
…	…	…	…	…	
AM00	(„Sonstiges“)	…	z. B. VC00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

Es können grundsätzlich alle ambulanten ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten unabhängig von der gesetzlichen oder vertraglichen Grundlage und der Art der Abrechnung dargestellt werden. Sofern angebotene Leistungen nicht für alle Patienten und Patientinnen zugänglich sind (z. B. Verträge mit einzelnen Krankenkassen), sollte ein entsprechender Hinweis aufgenommen werden. Krankenhausinterne Konsilleistungen sind hier nicht anzugeben. Angaben zu ambulanten Operationen sollten nur im Kapitel B-[X].9 gemacht werden.

Wenn Angaben gemacht werden, sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Ambulanzarten auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer AM00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Ambulanzarten darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung der jeweiligen krankenhausindividuellen Ambulanzart zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann die krankenhausindividuelle Ambulanzart in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jeder Ambulanzart kann der Name der Ambulanz in der Spalte „Bezeichnung der Ambulanz“ sowie in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Die Angabe der angebotenen Leistungen erfolgt anhand der Auswahlliste für die fachabteilungsbezogenen Versorgungsschwerpunkte zu B-[X].2 in Anhang 2. Die Ausfüllhinweise zu B-[X].2 gelten entsprechend.

Abweichend davon sind die angebotenen Leistungen für die Ambulanzart AM06 „Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V“ anhand der Auswahlliste in Anhang 2 anzugeben.

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

[Datenbankversion]

Rang	OPS-Ziffer	Anzahl	Umgangssprachliche Bezeichnung
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Ausfüllhinweis:

Die Angabe der ambulanten Operationen nach OPS nach Häufigkeit ist grundsätzlich verpflichtend. Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen/Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig. Sind der Fachabteilung/Organisationseinheit keine ambulanten Operationen zuzuordnen, ist in der PDF-Version der Hinweis „trifft nicht zu“/„entfällt“ aufzunehmen.

Die Anzahl 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 bei 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 stationsersetzende 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.

Aus Datenschutzgründen sind OPS-Ziffern mit einer Anzahl ≤ 5 mit „≤ 5“ anzugeben.

In der PDF-Version sind die 10 häufigsten OPS-Ziffern vierstellig (z. B. 5-876) mit Anzahl anzugeben. Durch die vierstellige Angabe werden die differenzierteren fünf- und höherstelligen Ziffern zusammengefasst. Wenn das Krankenhaus weniger als 10 unterschiedliche vierstellige OPS-Ziffern zu dokumentieren hat, sind alle anzugeben. Die Anzahl der ausgewiesenen Prozeduren ist in der PDF-Version auf maximal 30 begrenzt. Umgangssprachliche Bezeichnungen sind nur in der PDF-Version aufzunehmen.

In der Datenbankversion sind 100 % aller OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung endstellig (z. B. 5-876.2) mit Anzahl anzugeben.

Die in der PDF-Version und in der Datenbankversion vorliegenden Informationen dienen unterschiedlichen Zwecken. Durch die fehlende genaue Anzahlangabe bei Anzahlen≤ 5 und die unterschiedliche Stelligkeit der OPS-Ziffern sind die Angaben zu den Prozeduren in PDF- und Datenbankversion unterschiedlich und nicht ohne Weiteres vergleichbar. Dies ist bei der Erstellung des Qualitätsberichts zu berücksichtigen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Es sind in der PDF-Version alle OPS-Ziffern mit gleicher Anzahl anzugeben, bis die Grenze von 10 OPS-Ziffern erreicht ist. Wenn sich mehrere OPS-Ziffern mit gleicher Anzahl den 10. Rang teilen, kann das Krankenhaus eine Auswahl treffen oder bis zu der maximalen Anzahl von 30 OPS-Ziffern weitere Angaben machen.

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

[Datenbankversion]

£ Arzt oder Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden

£ stationäre BG-Zulassung

£ nicht vorhanden

Ausfüllhinweis:

Hier soll angegeben werden, ob in der Organisationseinheit/Fachabteilung ein Arzt oder eine Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden ist, ob eine stationäre BG-Zulassung vorliegt oder ob beides nicht vorhanden ist.

B-[X].11 Personelle Ausstattung

[Datenbankversion]

B-[X].11.1 Ärzte und Ärztinnen

	Anzahl	**Kommentar/ Erläuterung** z. B. Weiterbildungsbefugnisse
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	... Vollkräfte	
– **davon Fachärzte und Fachärztinnen**	... Vollkräfte	
Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V)	.... Personen	

Ausfüllhinweis:

Die Angaben zur personellen Ausstattung zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahrs sind verpflichtend. Organisationseinheiten/Fachabteilungen, denen kein ärztliches Personal zuzuordnen ist, geben bei „Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)“ in der PDF-Version „0“ an; in diesem Fall entfallen die übrigen Angaben zur personellen Ausstattung im Bereich der Ärzte und Ärztinnen. 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-14.1 eingetragen werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

nicht auszuweisen. Die zu machenden Angaben sind unabhängig vom Stichtagsverfahren der Psych-PV.

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).

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar/Erläuterung
AQ13	Viszeralchirurgie	
…	…	
AQ00	(„Sonstiges“)	

Nr.	Zusatz-Weiterbildung	Kommentar/Erläuterung
ZF30	Palliativmedizin	
…	…	
ZF00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

In den Tabellen „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ sollen die Facharztqualifikationen und Zusatz-Weiterbildungen gemäß den Auswahllisten in Anhang 2 angegeben werden. 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 2003 – in der Fassung vom 28.03.2008) und bilden die „offiziellen“ Facharztbezeichnungen mit Schwerpunkten und die derzeit gültigen Zusatz-Weiterbildungen ab. Fachkundenachweise, Weiterbildungskurse etc. sollen hier nicht abgebildet werden. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Facharztbezeichnungen) sollen sinngemäß zugeordnet werden.

Beispiel: Facharzt für Nervenheilkunde ist Facharzt für Neurologie und Psychiatrie = AQ42 + AQ51.

Beispiel: Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin ist Facharzt für Anästhesiologie und Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin = AQ01 + ZF15

Die Nummern AQ00 bzw. ZF00 für „Sonstiges“ sollen lediglich genutzt werden, um abweichende Facharztbezeichnungen und Zusatz-Weiterbildungen anzugeben, die sich nicht zuordnen lassen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung der jeweiligen Facharztbezeichnung bzw. Zusatz-Weiterbildung zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann die krankenhausindividuelle Bezeichnung in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jeder Facharztbezeichnung bzw. Zusatz-Weiterbildung können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die

Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen pro Zelle der Tabelle (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].11.2 Pflegepersonal

	Anzahl	**Ausbil-dungs-dauer**	**Kommentar/ Erläuterung**
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege-rinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
Altenpfleger und Altenpflegerinnen	... Vollkräfte	3 Jahre	
Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen	... Vollkräfte	2 Jahre	
Krankenpflegehelfer und Krankenpflege-helferinnen	... Vollkräfte	1 Jahr	
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	... Vollkräfte	ab 200 Std. Basiskurs	
Entbindungspfleger und Hebammen	… Personen	3 Jahre	
Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen	… Vollkräfte	3 Jahre	
(„Sonstiges“) z. B. ausländische oder akademische Abschlüsse			

Ausfüllhinweis:

Die Angaben zur personellen Ausstattung zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahrs sind verpflichtend. Organisationseinheiten/Fachabteilungen, denen kein pflegerisches Personal zuzuordnen ist, geben in der PDF-Version „trifft nicht zu“/„entfällt“ an.

Die pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind jeweils in der Zeile zu zählen, die ihrer höchsten Qualifikation entspricht.

Zusätzlich können weitere Angaben unter „Sonstiges“ gemacht werden, um beispielsweise akademische oder ausländische Abschlüsse anzugeben. An dieser Stelle sind auch Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einzutragen, die ausschließlich einen akademischen Abschluss in der Pflege haben und vor Ort in der Fachabteilung eingesetzt sind. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch den jeweiligen Abschluss zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann der jeweilige Abschluss in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden. „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen können in den entsprechenden Tabellen 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 anteilsmäßig 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-14.2 eingetragen werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen.

Sofern der Organisationseinheit/Fachabteilung Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und Krankenpflegehilfe zugeordnet sind, werden diese nicht in die Anzahl der Vollkräfte eingerechnet. Sie können in der Spalte "Kommentar/Erläuterung" zur jeweiligen Berufsgruppe angegeben werden.

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).

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen pro Zelle der Tabelle (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/ zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterung
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
…	…	
PQ00	(„Sonstiges“)	

Nr.	Zusatzqualifikation	Kommentar/Erläuterung
ZP01	Notaufnahme	
…	…	
ZP00	(„Sonstiges“)	

Ausfüllhinweis:

In den Tabellen „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ sollen die pflegebezogenen anerkannten Fachweiterbildungen/zusätzlichen akademischen Abschlüsse und Zusatzqualifikationen, die auf einer pflegerischen Ausbildung beruhen, gemäß den Auswahllisten in Anhang 2 angegeben werden. Es soll hier nicht die Anzahl der Qualifikationen, sondern nur deren Vorliegen in der Abteilung (als Expertise) angegeben werden.

Die Nummern PQ00 bzw. ZP00 für „Sonstiges“ können mehrfach angegeben werden, um zusätzliche Fachweiterbildungen/zusätzliche akademische Abschlüsse und Zusatzqualifikationen darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung der jeweiligen Fachweiterbildung bzw. Zusatzqualifikation zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann die Angabe des einzelnen Krankenhauses in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Zu jeder Fachweiterbildung/jedem zusätzlichen akademischen Abschluss bzw. Zusatzqualifikation können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Für die Organisationseinheit/Fachabteilung steht folgendes spezielles therapeutisches Personal zur Verfügung:

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Anzahl	Kommentar/ Erläuterung
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	… Vollkräfte	
...	...		
SP00	(„Sonstiges“)		

Ausfüllhinweis:

Die entsprechenden Personalqualifikationen sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Die Nummer SP00 für „Sonstiges“ kann mehrfach angegeben werden, um zusätzliches therapeutisches Personal darzustellen. Dabei ist in der PDF-Version das Wort „Sonstiges“ zu streichen und durch die Bezeichnung des therapeutischen Personals zu ersetzen. In der Datenbankversion dagegen kann krankenhausindividuelles spezielles therapeutisches Personal in ein eigenes Bezeichnungsfeld eingetragen werden.

Der Schwerpunkt soll dabei auf Berufsgruppen liegen, die direkt an der Therapie beteiligt sind. Zu jeder Berufsgruppe des therapeutischen Personals können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben zur Konkretisierung und Spezifizierung, z. B. zum Ausbildungsstand, gemacht werden.

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).

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen pro Zelle der Tabelle (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V

Ausfüllhinweis:

Für die Datenbankversion erfolgt die Übermittlung der Angaben zu C-1.1.[Y] und der Angaben zu C-1.2.[Z] für die Indikatoren des Anhangs 3 direkt durch die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen. Hierfür übermitteln die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (31. Oktober laut Beschluss des G-BA vom 18. Dezember 2008) 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. Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung an die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen erfolgen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahrs. Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen übermitteln in der Zeit vom 15. November bis 31. Dezember des Erstellungsjahrs krankenhausbezogen die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben.

Bis zum 31. Dezember können die Krankenhäuser darüber hinaus eine um das Kapitel C-1 ergänzte PDF-Version an die Annahmestellen übermitteln. Die Daten der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen sind dabei unverändert in die PDF-Version aufzunehmen.

Version ist nicht mehr in Kraft.

C-1.1.[Y] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate für: _____

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

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

Leistungsbereich	**Fall-zahl**	**Dokumenta-tionsrate (%)**	**Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses**
Ambulant erworbene Pneumonie			
Aortenklappenchirurgie, isoliert			
Cholezystektomie			
Pflege: Dekubitusprophylaxe			
Geburtshilfe			
Gynäkologische Operationen			
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel			
Herzschrittmacher-Implantation			
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation			
Herztransplantation			
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation			
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Karotis-Rekonstruktion			
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation			
Knie-Endoprothesenwechsel und			

Leistungsbereich	**Fall-zahl**	**Dokumenta-tionsrate (%)**	**Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses**
-komponentenwechsel			
Kombinierte Koronar- und Aorten-klappenchirurgie			
Koronarangiographie und perkutane Koronarintervention (PCI)			
Koronarchirurgie, isoliert			
Mammachirurgie			
Lebertransplantation			
Leberlebendspende			
Nierentransplantation			
Nierenlebendspende			
Lungen- und Herz-Lungentransplantation			
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation			
Neonatologie			
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation			
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel			
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation			

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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. Für Leistungsbereiche mit Fallzahlen 1-5 ist keine Fallzahl anzugeben. In der PDF-Version ist stattdessen die Angabe „≤ 5“ zu machen.

Es sollen nur die tatsächlich erbrachten Leistungen angegeben werden. Die nicht benötigten Felder sollen ggf. gelöscht werden. Sofern das Krankenhaus keine Leistungen erbringt, die eine Teilnahme am Verfahren gemäß QSKH-Richtlinie gestatten, ist in der PDF-Version unter C-1.1.[Y] ein entsprechender Satz aufzunehmen, z. B. „Das Krankenhaus erbringt keine Leistungen, die eine Teilnahme an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung ermöglichen.“

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Gemäß der Systematik des Verfahrens können in einigen Leistungsbereichen Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden. Da die Angabe von Dokumentationsraten von über 100 % mit einer vollständigen Dokumentation gleichzusetzen und für den Laien schwer verständlich ist, ist in diesem Fall „100,0 %“ einzutragen.

Für die drei herzchirurgischen Leistungsbereiche 1) isolierte Aortenklappenchirurgie, 2) kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und 3) isolierte Koronarchirurgie ist nur die gemeinsame Gesamtdokumentationsrate und keine Fallzahl anzugeben. In diesem Fall ist folgende Fußnote in der PDF-Version aufzunehmen: „Für die Leistungsbereiche isolierte Aortenklappenchirurgie, kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und isolierte Koronarchirurgie wird nur eine Gesamtdokumentationsrate berechnet.“

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

- Im Regelfall wird für jedes Krankenhaus eine Dokumentationsrate je Leistungsbereich errechnet, die in der Tabelle anzugeben ist.
- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, für die jeweils ein eigenständiger Qualitätsbericht zu erstellen ist, sind die Dokumentationsraten im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, der die Leistungen aus dem Leistungsbereich erbracht hat.
- Liegt für mehrere Standorte, für die jeweils ein eigenständiger Qualitätsbericht zu erstellen ist, nur eine gemeinsame Dokumentationsrate je Leistungsbereich vor (z. B. bei Erstellung eigenständiger Qualitätsberichte für mehrere Standorte eines Krankenhauses, die alle die Leistungen aus dem Leistungsbereich erbringen), ist diese gemeinsame Dokumentationsrate für jeden Standort in der Tabelle anzugeben und darauf im Feld „Kommentar/Erläuterung“ hinzuweisen.
- Liegen für ein Krankenhaus mehrere Dokumentationsraten je Leistungsbereich vor (z. B. bei Zusammenfassung verschiedener nicht eigenständiger Standorte in einem Qualitätsbericht eines Krankenhauses oder Vorhandensein verschiedener Fachabteilungen/Organisationseinheiten mit eigener Auswertung), ist C-1.1.[Y] mehrfach anzugeben. In der Überschrift ist dabei kenntlich zu machen, auf welchen Standort oder welche Fachabteilung/Organisationseinheit sich die dargestellte Dokumentationsrate bezieht. Die Organisationseinheit, auf die sich die Angaben beziehen, ist in der Überschrift jeweils zu nennen. Für [Y] ist eine fortlaufende Nummerierung einzufügen.

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

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

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

1 Leistungs-bereich	2 Qualitäts-indikator/ Qualitäts-kennzahl	3 Abschlie-ßende Be-wertung durch Fachkom-mission*	4 Empirisch-statistische Bewertung*	5 Referenz-bereich (bundes-weit)	6 Vertrau-ensbe-reich	7 Ergebnis (Einheit)	8 Zähler/ Nenner	9 Bewertung durch Struktu-rierten Dialog	10 Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen	11 Kommentar/ Erläuterung des Kran-kenhauses

* gemäß „Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“, siehe *www.sqg.de*

Ausfüllhinweis:

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

Die Darstellung der Qualitätsindikatoren erfolgt in der PDF-Version in der dargestellten Tabelle und in der Datenbankversion mit den in die Tabelle einzufügenden krankenhausindividuellen Informationen gemäß Anhang 1. Dabei ist Folgendes in der PDF-Version zu beachten:

- In der PDF-Version ist in der Spalte 1 „Leistungsbereich“ eine jeweils laienverständliche Bezeichnung – wenn vorhanden – vom Leistungsbereich (siehe www.sqg.de) zu übernehmen. Wenn keine laienverständlichen Bezeichnungen vorhanden sind, ist die Bezeichnung des Leistungsbereichs aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.
- In der Spalte 2 „Qualitätsindikator/Qualitätskennzahl“ ist die eindeutige Bezeichnung aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.
- In der Spalte 3 „Abschließende Bewertung durch Fachkommission“ ist die Bewertung durch die Institution nach § 137a SGB V aus dem „Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbe-

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

zogene öffentliche Berichterstattung“ (siehe Tabelle 11, Spalte 5 im Bericht unter www.sqg.de) einzutragen.

- In der Spalte 4 „Empirisch-statistische Bewertung“ ist die „Statistische Einstufung (Empirie)“ aus dem „Bericht zur Schnellprüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ (siehe Tabelle 11, Spalte 9 im Bericht unter www.sqg.de) einzutragen.
- In der Spalte 5 „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 6 „Vertrauensbereich“ ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator als 95 %-Vertrauensbereich einzutragen.
- In der Spalte 7 „Ergebnis (Einheit)“ ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator einzutragen. In der PDF-Version ist zusätzlich ggf. die Einheit anzugeben.
- In der Spalte 8 „Zähler/Nenner“ ist das Ergebnis des Krankenhauses als Zähler (= Anzahl der Patienten und Patientinnen, für die die Kennzahl zutrifft) und Nenner (= Anzahl der Patienten und Patientinnen, für die die Kennzahl untersucht wurde) einzutragen. Aus Datenschutzgründen ist hier keine Angabe zu machen, wenn der Zähler 1-5 oder der Nenner ≤ 5 sind.
- In der Spalte 9 „Bewertung durch Strukturierten Dialog“ ist die Bewertung des Strukturierten Dialogs verpflichtend darzustellen. Aus folgender Liste ist die zutreffende Zahl (und optional der zugehörige Text) einzutragen:

0 = Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.

1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft.

2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert.

3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft.

4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft.

(6 = nicht besetzt)

(7 = nicht besetzt)

8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturierter Dialog erforderlich.

9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)

(10 = nicht besetzt)

(11 = nicht besetzt)

(12 = nicht besetzt)

13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.

14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.

In der PDF-Version ist diese die Spalte 9 erläuternde Liste für den Leser und die Leserin am Ende des Abschnitts C-1.2 einzufügen.

- In der Spalte 10 „Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen“ ist die über die kodierte Bewertung in Spalte 9 hinausgehende Kommentierung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zum Ergebnis des Strukturierten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen, soweit ein Strukturierter Dialog durchgeführt wurde und eine solche Bewertung vorliegt.

Nicht mehr in Kraft.

- In der Spalte 11 „Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses“ können ergänzende Informationen des Krankenhauses bis zu einem Zeichenumfang von 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufgenommen werden. An dieser Stelle kann auch zum Vergleich der Bundes- oder 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 6 und 8 vorhanden. In diesem Fall ist in der PDF-Version „trifft nicht zu“ oder „entfällt“ einzutragen.

PDF-Version:

Falls für einen vom Krankenhaus erbrachten Leistungsbereich für eine Qualitätskennzahl von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen kein Ergebnis berechnet wurde (z. B. auf Grund geringer Fallzahl), wird in der PDF-Version im entsprechenden Feld der Spalte 9 [Bewertung durch Strukturierten Dialog] die Zahl 9 „Sonstiges“ eingetragen und im entsprechenden Feld der Spalte 10 [Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen] zusätzlich der folgende Eintrag vorgenommen: „Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet.“ Die Felder der Spalten 6,7 und 8 bleiben in diesem Fall leer.

Datenbankversion:

Die Angaben zu Ergebnis, Zähler, Nenner und Vertrauensbereich entfallen ebenfalls. Als Kommentar der beauftragten Stelle wird wie in der PDF-Version übermittelt: „Ein Ergebnis wurde von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen nicht berechnet“.

PDF-Version:

Wenn bei einer bestimmten Qualitätskennzahl eines Leistungsbereichs, der vom Krankenhaus erbracht und unter C-1.1.[Y] aufgeführt wird, keine Fälle vorliegen, wird in der PDF-Version im entsprechenden Feld der Spalte 9 [Bewertung durch Strukturierten Dialog] die Zahl 9 „Sonstiges“ eingetragen und im entsprechenden Feld der Spalte 10 [Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen] zusätzlich der folgende Eintrag vorgenommen: „Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind." Die Felder der Spalten 6, 7 und 8 bleiben in diesem Fall leer.

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.

Datenbankversion:

Die Angaben zu Ergebnis, Zähler, Nenner und Vertrauensbereich entfallen ebenfalls. Als Kommentar der beauftragten Stelle wird wie in der PDF-Version übermittelt: „Das Krankenhaus hat in diesem Qualitätsindikator kein Ergebnis, da solche Fälle im Krankenhaus nicht aufgetreten sind.

Abweichend davon ist für diejenigen Qualitätsindikatoren, für die noch keine Bewertung durch den Strukturierten Dialog vorliegt, die Spalte 9 mit „0“ auszufüllen und eine Darstellung der Ergebnisse an dieser Stelle ausgeschlossen. Die Spalten 5 bis 8 sind deshalb wegzulassen.

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 in der Tabelle anzugeben ist.
2. Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, für die jeweils ein eigenständiger Qualitätsbericht zu erstellen ist, sind die Auswertungen der Qualitätsindikatoren im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, für den die Auswertung vorgenommen wurde.
3. Liegt für mehrere Standorte, für die jeweils ein eigenständiger Qualitätsbericht zu erstellen ist, nur eine gemeinsame Auswertung je Qualitätsindikator vor (z. B. bei Erstellung eigenständiger Qualitätsberichte für mehrere Standorte eines Krankenhauses, die alle die Leistungen aus dem Leistungsbereich erbringen), ist diese gemeinsame Auswertung für jeden Standort in der Tabelle an-

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

zugeben und darauf im Feld „Kommentar/Erläuterung“ des Krankenhauses (Spalte 11) hinzuweisen.

4. Liegen für ein Krankenhaus mehrere Auswertungen je Qualitätsindikator vor (z. B. bei Zusammenfassung verschiedener nicht eigenständiger Standorte in einem Qualitätsbericht eines Krankenhauses oder Vorhandensein verschiedener Fachabteilungen/Organisationseinheiten mit eigener Auswertung), kann C-1.2.[Z] mehrfach angegeben werden. In der Überschrift ist dabei jeweils kenntlich zu machen, auf welchen Standort oder welche Fachabteilung/Organisationseinheit sich die dargestellte Auswertung bezieht. Die Organisationseinheit, auf die sich die Angaben beziehen, ist in der Überschrift jeweils zu nennen. Für [Z] ist eine fortlaufende Nummerierung einzufügen.

Ausfüllhinweis:

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

- Qualitätsindikatoren zur Veröffentlichung geeignet sind (aus Tabellen A, B oder C des Anhangs 3) und
- die Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt (I.) bzw. noch nicht vorliegt (II.).

Datenbankversion vs. PDF-Version

Für die Veröffentlichung in der von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen direkt an die Annahmestelle übermittelten Datenbankversion gilt deshalb Folgendes:

Datenbank-version der auf Bundes-/ Landesebene beauftragten Stellen	**1 Leistungs-bereich**	**2 Kennzahl-ID**	**3 Abschlie-ßende Bewertung durch Fachkom-mission**	**4 Empirisch-statistische Bewertung**	**5 Referenz-bereich (bundes-weit)**	**6 Vertrau-ens-bereich 7 Ergebnis (Einheit) 8 Zähler/ Nenner**	**9 Bewertung durch Struktu-rierten Dialog**	**10 Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landes-ebene zuständigen Stellen**	**11 Kommentar/ Erläuterung 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									
Qualitätsindikato-ren, die vom G-BA als uneinge-schränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden (*Tabelle A)*	Nicht in Daten-bankversi-on zu übermitteln, ergibt sich aus Kenn-zahl	Verpflich-tend	Nicht in Datenbank-version zu übermitteln; ist bundes-weit vorge-geben	Nicht in Datenbank-version zu übermitteln; ist bundes-weit vorge-geben	Nicht in Datenbank-version zu übermitteln, ist bundes-weit vorge-geben	Verpflich-tend	Verpflich-tend	Verpflich-tend	Freiwillige Ergänzung
Vom G-BA einge-schränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qua-litätsindikatoren/ Qualitätsindikato-ren mit einge-schränkter me-thodischer Eig-nung (*Tabelle B*)	Nicht in Daten-bankversi-on zu übermitteln, ergibt sich aus Kenn-zahl	Veröffentli-chung empfohlen	Nicht in Datenbank-version zu übermitteln; ist bundes-weit vorge-geben	Nicht in Datenbank-version zu übermitteln; ist bundes-weit vorge-geben	Nicht in Datenbank-version zu übermitteln, ist bundes-weit vorge-geben	Bei freiwil-liger Veröf-fentlichung anzugeben	Bei freiwil-liger Veröf-fentlichung anzugeben	Bei freiwilli-ger Veröf-fentlichung anzugeben	Freiwillige Ergänzung
Vom G-BA nicht zur Veröffentli-chung empfohle-ne Qualitätsindi-katoren (*Tabelle C*)	Keine Übermittlung durch die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an Annahmestelle								
II. Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeig-net sind Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist an dieser Stelle ausgeschlossen, um Fehlinterpretationen und Falschinformationen zu verhindern.									

Diese Richtlinien sind nicht mehr in Kraft.

Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden (***Tabelle A)***	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln, ergibt sich aus Kennzahl	Verpflichtend	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln; ist bundesweit vorgegeben	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln; ist bundesweit vorgegeben	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln, ist bundesweit vorgegeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Verpflichtend	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Freiwillige Ergänzung
Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/ Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung (***Tabelle B***)	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln, ergibt sich aus Kennzahl	Veröffentlichung empfohlen	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln; ist bundesweit vorgegeben	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln; ist bundesweit vorgegeben	Nicht in Datenbankversion zu übermitteln, ist bundesweit vorgegeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Freiwillige Ergänzung
Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren (***Tabelle C***)	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung								

Für die Veröffentlichung in der PDF-Version gilt deshalb Folgendes:

PDF-Version	**1** **Leistungsbereich**	**2** **Qualitätsindikator/ Qualitätskennzahl**	**3** **Abschließende Bewertung durch Fachkommission**	**4** **Empirisch-statistische Bewertung**	**5** **Referenzbereich (bundesweit)**	**6** **Vertrauensbereich** **7** **Ergebnis (Einheit)** **8** **Zähler/ Nenner**	**9** **Bewertung durch Strukturierten Dialog**	**10** **Kommentar/ Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene zuständigen Stellen**	**11** **Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses**
I. Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt									
Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden (***Tabelle A)***	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Freiwillig
Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/ Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung (***Tabelle B***)	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Freiwillig
Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren (***Tabelle C***)	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Freiwillig
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									

Diese Richtlinien sind nicht mehr in Kraft.

Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist an dieser Stelle ausgeschlossen, um Fehlinterpretationen und Falschinformationen zu verhindern.									
Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden (***Tabelle A)***	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Freiwillig
Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/ Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung (***Tabelle B***)	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Freiwillig
Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren (***Tabelle C***)	Freiwillige Ergänzung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung	Freiwillig

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

[Datenbankversion]

£ 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:

Leistungsbereich	Kommentar/Erläuterung
z. B. Neonatalerhebung	
…	

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: 1.000 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 hier 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

[Datenbankversion]

Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden DMP teil:

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:

Disease-Management-Programme, an denen das Krankenhaus nicht teilnimmt, sollen in der PDF-Version aus der Tabelle gelöscht werden.

Gemäß § 137f SGB V werden strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) entwickelt, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern sollen. Hierzu gehören auch in diesem Zusammenhang durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen. Unter C-3 gibt das Krankenhaus gemäß der vorgegebenen Tabelle nur die Disease-Management-Programme (DMP) an, an denen es teilgenommen hat, und kann zu jedem DMP einen Kommentar oder eine Erläuterung hinzufügen (Zeichenbegrenzung: 1.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen).

Diese Richtlinien Version ... mehr in Kraft.

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 (Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Qualitätsmanagementverfahren können unter D-4, D-5 sowie D-6 dargestellt werden.

Wenn Ergebnisse von sonstigen 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 (innerhalb der Tabelle oder auch zusätzlich als Freitext).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V

[Datenbankversion]

Leistungsbereich	**Mindest-menge**	**Erbrachte Menge**	**Ausnahme-tatbestand**	**Kommentar/ Erläuterung**
Lebertransplantation	20			
Nierentransplantation	25			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10			
Stammzelltransplantation	25			
Knie-TEP	50			
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14			
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht 1250g-1499g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 2	14			

Ausfüllhinweis:

Es sind nur die zutreffenden Leistungsbereiche aufzulisten.

Krankenhäuser, die Leistungsbereiche erbringen, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenvereinbarung (Vereinbarung nach § 137 SGB V) Mindestmengen festgelegt sind, stellen verpflichtend dar, wie hoch die erbrachte Leistungsmenge in den erbrachten Leistungsbereichen ist.

Spalte 1:	Der Leistungsbereich entsprechend der Mindestmengenvereinbarung ist für das Berichtsjahr vorgegeben.
Spalte 2:	Die Mindestmenge pro Krankenhaus entsprechend der im Berichtsjahr gültigen Mindestmengenvereinbarung 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 Vereinbarung nach § 137 SGB V die Versorgungsqualität sichergestellt wird (Zeichenbegrenzung: 1.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen).

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“)

[Datenbankversion]

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 („Strukturqualitätsvereinbarung“) darzustellen. Die Einhaltung der in den Richtlinien vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität ist Voraussetzung für die Erbringung bestimmter Leistungen.

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 1.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 SGB V

[Datenbankversion]

		Anzahl
1.	**Fachärztinnen und Fachärzte, psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht* un-**	… Personen

	terliegen	
2.	**Anzahl derjenigen Fachärztinnen und Fachärzte aus Nr. 1, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen** [Teilmenge von Nr. 1, Nenner von Nr. 3]	… Personen
3.	**Anzahl derjenigen Personen aus Nr. 2, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben**** [Zähler von Nr. 2]	… 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“ in der Fassung vom 19.03.2009 (siehe www.g-ba.de)

** Hat eine fortbildungsverpflichtete Person zum Ende des für sie maßgeblichen Fünfjahreszeitraums ein Fortbildungszertifikat nicht vorgelegt, kann sie die gebotene Fortbildung binnen eines folgenden Zeitraumes von höchstens zwei Jahren nachholen.

Ausfüllhinweis:

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Abs. 3 Nr. 1 SGB V darzustellen. Die Stichtagsregelung gilt analog dem Ausfüllhinweis für A-14.

Gemäß § 2 Abs. 1 der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus müssen fortbildungsverpflichtete Personen innerhalb von fünf Jahren an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, die nach Anerkennung entsprechend dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern oder der Psychotherapeutenkammern mit insgesamt 250 Fortbildungspunkten bewertet wurden.

Der Fünfjahreszeitraum beginnt für Fachärztinnen und Fachärzte gemäß § 1 Abs. 2 Satz 1 zum 01.01.2006, für die weiteren fortbildungsverpflichteten Personen zum 01.01.2009, daher sind in der Tabelle für Letztere vorerst keine Angaben bei den Nummern 2 und 3 zu machen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

D Qualitätsmanagement

Ausfüllhinweis:

Orientiert an der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 SGB V über die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser wird im Teil D das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement krankenhausindividuell beschrieben. Teil D ist im Unterschied zu den Teilen A bis C weniger standardisiert und gibt den Krankenhäusern Spielräume in der Themenauswahl und Themendarstellung. Konkret sollen die folgenden Themenbereiche in Teil D des Qualitätsberichts Berücksichtigung finden:

- Qualitätspolitik
- Qualitätsziele
- Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
- Instrumente des Qualitätsmanagements
- Qualitätsmanagementprojekte
- Bewertung des Qualitätsmanagements

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

D-1 Qualitätspolitik

Ausfüllhinweis:

Unter Qualitätspolitik sind die übergeordneten Absichten und die Ausrichtung einer Organisation zur Qualität, wie sie von der obersten Leitung (Geschäftsführung/Klinikvorstand) formell ausgedrückt wurden, zu verstehen. Generell steht die Qualitätspolitik mit der übergeordneten Politik der Organisation im Einklang und bildet den Rahmen für die Festlegung von Qualitätszielen. Qualitätsmanagementgrundsätze dienen als Grundlage für die Festlegung einer Qualitätspolitik.

In erster Linie können unter „Qualitätspolitik" folgende Inhalte aufgeführt werden:

- Leitbild (Leitmotto) des Krankenhauses, Vision, Mission
- Qualitätsmanagementansatz/-grundsätze des Krankenhauses mit den Elementen:
  - Patientenorientierung
  - Verantwortung und Führung
  - Mitarbeiterorientierung und -beteiligung
  - Wirtschaftlichkeit
  - Prozessorientierung
  - Zielorientierung und Flexibilität
  - Fehlervermeidung und Umgang mit Fehlern
  - kontinuierlicher Verbesserungsprozess
- Umsetzung/Kommunikation der Qualitätspolitik im Krankenhaus (z. B. Information an Patienten und Patientinnen, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, niedergelassene Ärzte und Ärztinnen sowie die interessierte Fachöffentlichkeit)

Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen).

D-2 Qualitätsziele

Ausfüllhinweis:

Qualitätsziele operationalisieren die Qualitätspolitik für die einzelnen Ebenen des Krankenhauses. Sie machen den Qualitätsanspruch somit nachvollziehbar und transparent.

Hier sollen

- strategische/operative Ziele,
- Messung und Evaluation der Zielerreichung,
- Kommunikation der Ziele und der Zielerreichung

dargestellt werden.

Typische Qualitätsziele in Einrichtungen des Gesundheitswesens können sich auf die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit sowie weitere Prozesskennzahlen bzw. Qualitätsindikatoren mit den ihnen zugeordneten Referenzbereichen beziehen.

Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen).

D-3 Aufbau des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Ausfüllhinweis:

Hier sollen die QM-Strukturen (z. B. Organigramm/zentrales QM, Stabsstelle, Kommission, Konferenzen, berufsgruppenübergreifende Teams) und deren Einbindung in die Krankenhausleitung, die QM-Aufgaben und die dafür vorhandenen Ressourcen (personell, zeitlich, ohne Budget-Angaben) dargestellt werden.

Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen).

D-4 Instrumente des Qualitätsmanagements

Ausfüllhinweis:

Instrumente des Qualitätsmanagements sind kontinuierlich eingesetzte Prozesse zur Messung und Verbesserung der Qualität. Die Instrumente des Qualitätsmanagements können sowohl für das gesamte Krankenhaus als auch für einzelne Fachabteilungen/Organisationseinheiten an dieser Stelle aufgeführt werden.

Beispiele:

- Interne Auditinstrumente zur Überprüfung der Umsetzungsqualität nationaler Expertenstandards (z. B. Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz)
- Beschwerdemanagement
- Fehler- und Risikomanagement (z. B. Critical Incident Reporting System (CIRS), Maßnahmen und Projekte zur Erhöhung der Patientensicherheit)
- Morbiditäts- und Mortalitätsbesprechungen
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Einweiserbefragungen
- Maßnahmen zur Patienteninformation und -aufklärung
- Wartezeitenmanagement
- Hygienemanagement

Zeichenbegrenzung: 20.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen).

Hier sollen u. a. auch Maßnahmen und Projekte zur Erhöhung der Patientensicherheit mit Angaben zum klinikinternen Durchdringungs- und Verbreitungsgrad dargestellt werden, wie etwa klinisches Risi-

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

komanagement/Risikoberichtssystem (z. B. CIRS), Erhöhung der Arzneitherapiesicherheit, Vermeidung von Patientenverwechslungen, Proben- oder Befund- und Eingriffsverwechslungen, Hygiene-Management, insbesondere MRSA-Management.

D-5 Qualitätsmanagementprojekte

Ausfüllhinweis:

Qualitätsmanagementprojekte sind einmalige, zeitlich begrenzte Prozesse zur Erreichung von Qualitätszielen. Sie können sowohl für das gesamte Krankenhaus als auch für einzelne Fachabteilungen/Organisationseinheiten an dieser Stelle aufgeführt werden.

Wenn möglich sollen qualitätsorientierte Projekte systematisch dargelegt werden:

- Hintergrund des Problems
- Ausmaß des Problems (Ist-Analyse)
- Zielformulierung
- Maßnahmen und deren Umsetzung
- Evaluation der Zielerreichung

Zeichenbegrenzung: 20.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen).

D-6 Bewertung des Qualitätsmanagements

Ausfüllhinweis:

Maßnahmen zur Bewertung des Qualitätsmanagements können sowohl für das gesamte Krankenhaus als auch für einzelne Fachabteilungen/Organisationseinheiten an dieser Stelle aufgeführt werden.

Hier können z. B. dargestellt werden:

- allgemeine Zertifizierungsverfahren
- krankenhausspezifische Zertifizierungsverfahren
- Excellence-Modelle
- Peer Reviews
- und/oder andere interne Selbstbewertungen

Das Krankenhaus hat hier die Möglichkeit, die Beteiligung an Maßnahmen zur Bewertung von Qualität bzw. des Qualitätsmanagements darzustellen. Dabei sollen die jeweiligen Maßnahmen kurz vorgestellt und ihre Bedeutung für die Versorgungsqualität und das Qualitätsmanagement hervorgehoben werden.

Zeichenbegrenzung: 10.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung (Teil A: Krankenhäuser, Teil B: die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen)
Anhang 2: Auswahllisten
Anhang 3: Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

Anhang 1 zu Anlage 1

Datensatzbeschreibung

- **Teil A (XML-Daten der Krankenhäuser)**
- **Teil B (XML-Daten der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen)**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhaltsverzeichnis

1 Erläuterungen zur Datensatzbeschreibung 6
1.1 Erläuterungen zur Detailbeschreibung der XML-Elemente 6
1.1.1 Optionales Vorkommen von XML-Elementen 6
1.1.2 Tabellenspalten und -zeilen 7
2 Hinweise zur XML-Erzeugung 9
2.1 Kodierung in UTF-8 (*UTF-8 Encoding*) 9
2.2 Schema-Validierung (*Schema Validation*) 9
2.3 Bibliotheken und Komponenten (*Libraries and Components*) 10
Teil A 11
3 XML-Struktur Teil A – Übersicht 12
4 Element <Qualitaetsbericht> 17
4.1 Element <Datensatz> 19
4.2 Element <Kontaktdaten> - fachabteilungsübergreifend 19
4.2.1 Element <Hausanschrift> 20
4.2.2 Element <Postanschrift> 20
4.2.3 Element <Telefon> 21
4.2.4 Element <Fax> 21
4.3 Element <Krankenhaustraeger> 21
4.3.1 Element <Krankenhaustraeger_Art> 22
4.4 Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus> 22
4.5 Element <Psychiatrisches_Krankenhaus> 22
4.6 Element <Fallzahlen> 23
4.6.1 Element <Ambulante_Fallzahlen> 23
4.6.1.1 Element <Ambulante_Fallzahl> 24
4.7 Element <Institutionskennzeichen> 24
4.8 Element <Versorgungsschwerpunkte> - fachabteilungsübergreifend 24

4.8.1 Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsübergreifend 25
4.8.1.1 Element <Sonstiger> - VS Schlüssel 26
4.8.1.2 Element <Teilnehmende_Fachabteilungen> 26
4.9 Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote> 27
4.9.1 Element <Leistungsangebot> 28
4.9.1.1 Element <Sonstiger> - MP Schlüssel 29
4.10 Element <Nicht_Medizinische_Serviceangebote> 29
4.10.1 Element <Serviceangebot> 30
4.10.1.1 Element <Sonstiger> - SA Schlüssel 31
4.11 Element <Akademische_Lehre> 31
4.11.1 Element <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit> 32
4.11.1.1 Element <Sonstiger> - FL Schlüssel 33
4.12 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe> 33
4.12.1 Element <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen> 34
4.12.1.1 Element <Sonstiger> - HB Schlüssel 35
4.13 Element <Personal_des_Krankenhauses> 35
4.13.1 Element <Aerzte> 35
4.13.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte> 36
4.13.1.1 - 1 Element <Fachaerzte> 36
4.13.1.2 Element <Belegaerzte> 37
4.13.1.3 Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung> 37
4.13.2 Element <Pflegekraefte> 37
4.13.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger> 38
4.13.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger> 39
4.13.2.3 Element <Altenpfleger> 39
4.13.2.4 Element <Pflegeassistenten> 39
4.13.2.5 Element <Krankenpflegehelfer> 40
4.13.2.6 Element <Pflegehelfer> 40
4.13.2.7 Element <Hebammen_Entbindungspfleger> 40
4.13.2.8 Element <Operationstechnische_Assistenz> 41
4.13.2.9 Element <Sonstiges_Pflegepersonal> 41
4.13.2.9 - 1 Element <Sonstige_Pflegekraft> 41
4.13.3 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal> 42
4.13.3.1 Element <Therapeutisches_Personal> 42
4.13.3.1 - 1 Element <Sonstiger> - SP Schlüssel 43
4.14 Element <Apparative_Ausstattung> 43
4.14.1 Element <Geraet> 44

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.14.1.1 Element <Sonstiger> - AA Schlüssel 45
4.15 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen> 45
4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung> 45
4.15.1.1 Element <Fachabteilungsschluessel> 48
4.15.1.1 - 1 Element <Sonstiger> - FA Schlüssel 48
4.15.1.2 Element <Kontaktdaten> - fachabteilungsbezogen 49
4.15.1.3 Element <Versorgungsschwerpunkte>- fachabteilungsbezogen 49
4.15.1.3 - 1 Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsbezogen 50
4.15.1.3 - 1.1 Element <Sonstiger> - VA VU Schlüssel 51
4.15.1.4 Element <Hauptdiagnosen> 51
4.15.1.4 - 1 Element <Hauptdiagnose> 52
4.15.1.5 Element <Kompetenzdiagnosen> 52
4.15.1.5 - 1 Element <Kompetenzdiagnose> 53
4.15.1.6 Element <Prozeduren> 53
4.15.1.6 - 1 Element <Freiwillig> - Prozedur 54
4.15.1.6 - 2 Element <Verpflichtend> - Prozedur 54
4.15.1.6 - 2.1 Element <Prozedur> 54
4.15.1.7 Element <Kompetenzprozeduren> 54
4.15.1.7 - 1 Element <Prozedur> - Kompetenzprozeduren 55
4.15.1.8 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten> 55
4.15.1.8 - 1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit> 55
4.15.1.8 - 1.1 Element <Ambulanz> 56
4.15.1.8 - 1.1.1 Element <Sonstiger> - AM Schlüssel 57
4.15.1.8 - 1.1.2 Element <Leistungen_Ambulanz> 57
4.15.1.8 - 1.2 Element <Ambulanz_116b> 58
4.15.1.8 - 1.2.1 Element <Leistungen_Ambulanz_116b> 58
4.15.1.8 - 1.2.1.1 Element <Leistung> 59
4.15.1.9 Element <Ambulante_Operationen> 59
4.15.1.9 - 1 Element <Freiwillig> - Ambulante Operation 60
4.15.1.9 - 2 Element <Verpflichtend> - Ambulante Operation 60
4.15.1.9 - 2.1 Element <Ambulante_Operation> 60
4.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung> 61
4.15.1.10 - 1 Element <Aerztliches_Personal> 62
4.15.1.10 - 1.1 Element <Hauptabteilung> 63
4.15.1.10 - 1.2 Element <Belegabteilung> 63
4.15.1.10 - 1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung> 63
4.15.1.10 - 1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung> 64

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.10 - 2 Element <Aerztliche_Fachexpertisen> 64
4.15.1.10 - 2.1 Element <Fachexpertise> 65
4.15.1.10 - 2.1.1 Element <Sonstiger> - AQ ZF Schlüssel 65
4.15.1.10 - 3 Element <Pflegerische_Fachexpertisen> 66
4.15.1.10 - 3.1 Element <Fachexpertise_Pflege> 66
4.15.1.10 - 3.1.1 Element <Sonstiger> - PQ ZP Schlüssel 67
4.16 Element <Qualitaetssicherung> 68
4.16.1 Element <QS_nach_Landesrecht> 68
4.16.1.1 Element <Leistungsbereich> - QS nach Landesrecht 69
4.16.2 Element <DMP> 69
4.16.2.1 Element <Teilnahme_DMP> 70
4.16.3 Element <Mindestmengen> 70
4.16.3.1 Element <Leistungsbereich> - Mindestmengen 71
4.16.3.1 - 1 Element <Ausnahmetatbestand> 72
4.16.4 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung> 72
4.16.4.1 Element <Vereinbarung> 72
4.16.5 Element <Fortbildung> 73
Teil B 74
5 Externe Qualitätssicherung 75
5.1 Aufbau und Namenskonvention der XML-Dateien 75
5.1.1 Namenskonvention der XML-Dateien 75
5.1.2 Abschnitt C-1.1.[Y] – Dokumentationsrate 76
5.1.3 Abschnitt C-1.2.[Z] – Ergebnis 76
6 XML-Struktur Teil B – Übersicht 78
7 Element <Externe_Qualitaetssicherung> 79
7.1 Element <Dokumentationsrate> 80
7.1.1 Element <Einzige_Betriebsstaette> 81
7.1.2 Element <Betriebsstaette> 82
7.1.2.1 Element <Leistungsbereich> 83
7.1.2.2 Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche> 84
7.2 Element <Ergebnis> 84
7.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit> 85
7.2.2 Element <Auswertungseinheit> 85
7.2.2.1 Element <Kennzahl> 86
7.2.2.1 - 1 Element <Abgeschlossener_Strukt_Dialog> 88
7.2.2.1 - 1.1 Element <Vertrauensbereich> 90
7.2.2.1 - 1.2 Element <Zaehler_Nenner> 90

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

8 Übermittlung der Daten 91
8.1 Verfahren zur Übermittlung der Daten 91
9 Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen 92
9.1 Zusätzliche Prüfungen 92
10 Anhang 93
10.1 Liste der Leistungsbereiche für Dokumentationsraten 93
10.2 Liste der Leistungsbereiche für QI-Ergebnisse 94

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

1 Erläuterungen zur Datensatzbeschreibung

In diesem Dokument wird die XML-Struktur beschrieben, in der die Datenbankversion des Qualitätsberichtes zu erstellen ist. Hierbei handelt es sich sowohl um Teil A der Datensatzbeschreibung (für XML-Daten), deren Adressat die Krankenhäuser sind, als auch um Teil B (für XML-Daten), welcher den Abschnitt C-1 betrifft.

Was grundsätzlich bei der Erzeugung einer XML-Datei zu beachten ist, wird kurz im Abschnitt „2. Hinweise zur XML-Erzeugung“ erläutert. Unter Abschnitt „Teil A, 3. XML-Struktur, Teil A – Übersicht“ wird der hierarchische Aufbau der XML-Struktur dargestellt. In dem folgenden Abschnitt „4. Element <Qualitaetsbericht>“ werden, beginnend mit dem Rootelement, die einzelnen XML-Elemente im Detail beschrieben. Die Abschnitte beginnend mit Abschnitt „Teil B, 5. Externe Qualitätssicherung““ beziehen sich auf Teil B der Datensatzbeschreibung.

Hinweis: Bei der Auswahl der Elementnamen stand im Vordergrund, dass sich aus dem Namen die inhaltliche Bedeutung des XML-Elements direkt ableiten lässt. Hieraus resultieren die teilweise etwas längeren Elementnamen.

Anmerkungen zur Version 2010.1.5: Diese Version beinhaltet alle Änderungen, die sich aus den aktuellen Ausfüllhinweisen des G-BA vom 16. Dezember 2010 ergeben. Alle Änderungen an diesem Dokument und an der XML-Schemadatei wurden nach dem Grundsatz durchgeführt, dass sie minimal sind, sich in Stil und Nomenklatur an die erste Version halten und es möglichst wenig Aufwand verursachen soll, auf der vorherigen Version basierende Softwareprodukte anzupassen. Der Aufbau der XML-Datei ist nicht dazu geeignet, von einer Datenbank unmittelbar eingelesen und genutzt zu werden. Es war nicht Teil des Anpassungsauftrags, an diesem Zustand etwas zu ändern.

1.1 Erläuterungen zur Detailbeschreibung der XML-Elemente

Die Detailbeschreibung der XML-Elemente erfolgt in tabellarischer Form. Der zulässige Inhalt eines Containerelements wird jeweils in einer eigenen Tabelle beschrieben. Jedes Element, das sich in diesem Containerelement befinden darf, wird in einer eigenen Tabellenzeile dargestellt.

Wichtig: Durch die Abfolge der Tabellenzeilen wird die Reihenfolge beschrieben, in der die Kindelemente in dem Containerelement vorkommen müssen.

Hinweis: Unter Containerelementen werden in diesem Zusammenhang XML-Elemente verstanden, die andere XML-Elemente (Kindelemente) enthalten. Im Gegensatz hierzu dürfen einfache XML-Elemente nur textuelle Inhalte besitzen.

In den Überschriften in Abschnitt 4, der Detailbeschreibung der XML-Elemente, wird in der Regel nur der Elementname des beschriebenen Containerelements angegeben. Es kommt vor, dass Containerelemente mit dem gleichen Namen unterschiedliche Inhalte besitzen, weil sie an unterschiedlichen Positionen in der XML-Struktur vorkommen dürfen. In diesem Fall wird in die Überschrift neben dem Elementnamen noch ein Hinweis auf den Inhalt oder die hierarchische Position des Containerelements aufgenommen.

1.1.1 Optionales Vorkommen von XML-Elementen

Falls an einer Position optional verschiedene XML-Elemente vorkommen können, wird dieses durch eine Klammer dargestellt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Keine_Erbracht	(...)	1	(...)	(...)	
Freiwillig	(...)	1	(...)	(...)	
Verpflichtend	(...)	1	(...)	(...)	

Das bedeutet, dass an dieser Position genau eines dieser drei XML-Elemente entsprechend seiner Häufigkeit anzugeben ist.

1.1.2 Tabellenspalten und -zeilen

Im Folgenden werden die Bedeutung und die möglichen Inhalte der einzelnen Tabellenspalten und einzelner Zeilen näher beschrieben.

Hinweis: Dezimaltrennzeichen ist das Komma.

Hinweis: Wenn von einem Bereich **von ... bis ...** die Rede ist, so gelten die beiden Grenzen als noch zum Bereich gehörend. So liegen beispielsweise bei dem Bereich **von 1 bis 5** die Werte 1 und 5 beide noch im gültigen Bereich.

Spalte - Elementname: In dieser Spalte befindet sich der Name des XML-Elements. Die Groß- und Kleinschreibung ist zu beachten.

Spalte - Beschreibung: Falls sich die inhaltliche Bedeutung des Elements nicht bereits vollständig aus dem Elementnamen ergibt, wird diese hier näher beschrieben.

Spalte - Häufig.: In dieser Spalte wird die Häufigkeit des XML-Elements angegeben. Sie gibt an, wie häufig das XML-Element an dieser Position innerhalb der XML-Struktur, die durch die Tabellenzeile dargestellt wird, vorkommen darf.

1 genau einmal

1..n mindestens einmal bis beliebig häufig

0..1 gar nicht oder genau einmal

0..n gar nicht oder beliebig häufig

Anstatt **n** kann auch eine konkrete Zahl angegeben werden. 1..20 bedeutet z.B., dass das Element mindestens einmal, aber maximal 20-mal an dieser Position vorkommen darf.

Spalte - Inhalt/Format: Welcher Inhalt in dem XML-Element zulässig ist, wird in dieser Spalte beschrieben.

Handelt es sich bei dem beschriebenen XML-Element um ein Containerelement, so befindet sich in der Inhaltszelle zu diesem Element ein Verweis auf den Abschnitt in der Datensatzbeschreibung, in dem der Inhalt dieses Containerelements beschrieben wird (z. B. siehe 2.1).

In der folgenden Tabelle werden die Schlüsselworte erläutert, durch die der zulässige Inhalt eines XML-Elements beschrieben wird.

Schlüsselwort	Beschreibung
Kein Inhalt	Leeres XML-Element
Zeichenkette	Das XML-Element darf beliebige Zeichen enthalten. Bis zu 4.000 Zeichen werden verarbeitet.
Ziffern	Das XML-Element darf eine beliebige Anzahl von Ziffern [0-9] enthalten.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Schlüsselwort	Beschreibung
max. Zeichenanzahl	Das XML-Element darf beliebige Zeichen enthalten. Die maximale Zeichenanzahl ist auf die angegebene Anzahl begrenzt.
Format	Der Inhalt des XML-Elements muss dem angegebenen Format entsprechen. In den Formatangaben werden die folgenden Platzhalter genutzt. **9** beliebige Ziffer [0-9] **X** beliebiger Buchstabe oder Ziffer Mit **[ ]** geklammerte Bereiche sind optional. **Bsp.:** Format: X99[.9] Dieses bedeutet, dass das erste Zeichen ein beliebiger Buchstabe oder eine beliebige Ziffer sein muss. Das zweite und dritte Zeichen muss jeweils eine beliebige Ziffer sein. Die folgenden Zeichen sind jeweils optional. Als viertes Zeichen darf ein Punkt und als fünftes Zeichen darf eine beliebige Ziffer angegeben werden. Es gibt aber auch andere Formatangaben z.B. zum Datum oder der Uhrzeit. Diese sind selbsterklärend.
Wertebereich	In dem XML-Element ist der angegebene Wertebereich zulässig. Dieser kann nur aus ganzen Zahlen oder auch aus Zahlen mit einer bestimmten Anzahl von Nachkommastellen bestehen. Die Nachkommastellen sind optional, falls sie im Einzelfall nicht konkret verlangt werden. **Wichtig:** Das Tausendertrennzeichen ist bei der Angabe der Zahlenwerte nicht zulässig. **Bsp.:** 0 .. 20.000 : In dem XML-Element sind ganze Zahlenwerte von 0 bis 20000 zulässig. **Bsp.**: 0,0..500,0 In dem XML-Element sind die ganzen Zahlen zwischen 0 und 500 zulässig und die Zahlen mit einer Nachkommastelle zwischen 0,0 und 500,0.
Auswahlliste	In dem XML-Element sind nur die Werte aus der angegebenen Auswahlliste zulässig. Eine Eindeutigkeit ist nicht gefordert. **Hinweis:** Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten. Die Auswahlliste wird entweder direkt durch eine kommagetrennte Liste beschrieben, oder es wird eine Auswahlliste referenziert.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Schlüsselwort	Beschreibung
Schlüsselauswahlliste	In dem XML-Element sind nur die Werte aus der angegebenen Auswahlliste zulässig. Zusätzlich handelt es sich bei dem Inhalt um einen Schlüssel, der in allen gleichen Kindelementen eines gemeinsamen Elternelements nur genau einmal vorkommen darf (Eindeutigkeit). **Hinweis:** Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten. Die Auswahlliste wird entweder direkt durch eine kommagetrennte Liste beschrieben, oder es wird ein Verweis auf die Auswahlliste angegeben.
Schlüssel	Bei dem Inhalt des XML-Elements handelt es sich um einen Schlüssel, d.h. dieser Wert darf in diesem Zusammenhang nur genau einmal vorkommen. Dieses Schlüsselwort „Schlüssel“ kann auch zusätzlich zu einer Formatangabe oder einem Wertebereich angegeben werden.
siehe [Abschnitts-nummer]	Bei dem XML-Element handelt es sich um ein Containerelement, auf dessen Beschreibung verwiesen wird.

Spalte - Nr.: In dieser Spalte wird über die Abschnittsnummer aus Anlage 1 (z.B. A-3) angegeben, welchen Inhalt aus Anlage 1 das beschriebene XML-Element widerspiegelt.

Spalte - Hinweis: Hier werden weitere Angaben zu dem Element gemacht.

Dieses Symbol **(!)** bedeutet, dass die im Folgenden beschriebene Plausibilitätsprüfung zu beachten ist, obwohl sie von dem XML-Schema nicht überprüft werden kann.

Zeile - Elternelemente: In dieser Zeile werden die möglichen Elternelemente des in der Tabelle beschriebenen Containerelements angegeben.

Unter dem Elternelement eines XML-Elements wird das Containerelement verstanden, direkt unterhalb dem sich dieses Element befinden darf.

2 Hinweise zur XML-Erzeugung

Dieses Kapitel enthält Hinweise zur programmgestützten Erzeugung der Qualitätsberichte im XML-Format und richtet sich hauptsächlich an IT-Abteilungen und IT-Dienstleister.

2.1 Kodierung in UTF-8 (*UTF-8 Encoding*)

Die XML-Daten sind in UTF-8 kodierter Form zu übermitteln und die verwendete Kodierung ist anzugeben. Damit beginnt jeder Qualitätsbericht zwingend mit nachfolgendem Standard-Prolog:

```
<?xml version="1.0" encoding="UTF-8"?>
```

Wichtig: Bitte achten Sie darauf, dass die Angabe der Kodierung alleine **nicht** ausreichend ist! Der Inhalt der Datei muss auch tatsächlich im angegebenen Format kodiert vorliegen!

2.2 Schema-Validierung (*Schema Validation*)

Um die Qualität der gelieferten XML-Daten zu erhöhen und unnötige Rückläufer bei der Ab-

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

gabe der Qualitätsberichte zu vermeiden, sind die XML-Daten bereits im Vorfeld gegen das vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereitgestellte Schema zu verproben (`http://www.g-ba.de`).

2.3 Bibliotheken und Komponenten (*Libraries and Components*)

Bei der Erzeugung der XML-Daten ist der Einsatz entsprechender Programmbibliotheken oder -komponenten dringend zu empfehlen, um eine korrekte Syntax, eine fehlerfreie Kodierung (siehe 2.1) sowie die geforderte Integrität (siehe 2.2) zu gewährleisten und eine schnelle und günstige Entwicklung zu ermöglichen.

Neben kommerziellen Anbietern derartiger Bibliotheken und Komponenten - wie bspw. Microsoft mit den *Microsoft Core XML Services* (MSXML) (`http://www.microsoft.com/downloads/details.aspx?FamilyID=993C0BCF-3BCF-4009-BE21-27E85E1857B1`) - existieren auch freie Werkzeuge aus der Open Source Community, wie bspw. das *Apache XML Project* mit Xerces (`http://xerces.apache.org`).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Teil A

(XML-Daten der Krankenhäuser)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3 XML-Struktur Teil A – Übersicht

In dieser Übersicht werden nur die für den hierarchischen Aufbau der XML-Struktur wichtigen XML-Elemente dargestellt. Neben den Containerelementen werden auch Elemente angegeben, die keinen Inhalt besitzen, falls diese statt eines Containerelements eingefügt werden dürfen.

Neben den XML-Elementen werden ihre Häufigkeit und ein Verweis auf die Detailbeschreibung angegeben. Die Häufigkeit wird, wie bereits in der Detailbeschreibung dargestellt, angegeben.

```
  <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote> 0..1     siehe S.27
```

Hinweis: Die Darstellung des hierarchischen Aufbaus ist an die XML-Notation angelehnt, entspricht dieser aber nicht.

Darstellung eines XML-Elements, das keinen weiteren Inhalt besitzt.

```
<Elementname/>
```

Containerelement, dessen Inhalt in der hierarchischen Übersicht nicht weiter dargestellt wird.

```
<Elementname>
```

Containerelement, dessen Inhalt in der hierarchischen Übersicht insoweit näher beschrieben wird, wie dieser für den hierarchischen Aufbau der XML-Struktur von Interesse ist.

```
<Elementname>
  (...)
</Elementname>
```

Durch diese Klammerung wird beschrieben, dass an dieser Stelle in der XML-Struktur nur genau eines der verbundenen Elemente angegeben werden darf. Das Element darf entsprechend der angegebenen Häufigkeit wiederholt werden.

```
      ┌ <Keine_Erbracht/>
      ├ <Freiwillig>
      │   <Prozedur>
      │ </Freiwillig>
      └ <Verpflichtend>
```

Diese Richtlinie ist nicht rechtsverbindlich in Kraft

```
<Qualitaetsbericht>                                  1        siehe S.17
  <Datensatz>                                        1        siehe S.19
  <Kontaktdaten> - fachabteilungsübergreifend        1        siehe S.19
    <Hausanschrift>                                  1        siehe S.20
    <Postanschrift>                                  0..1     siehe S.20
    <Telefon>                                        1        siehe S.21
    <Fax>                                            1        siehe S.21
  </Kontaktdaten>
  <Krankenhaustraeger>                               1        siehe S.21
    <Krankenhaustraeger_Art>                         1        siehe S.22
  </Krankenhaustraeger>
  <Akademisches_Lehrkrankenhaus>                     0..1     siehe S.22
  <Psychiatrisches_Krankenhaus>                      0..1     siehe S.22
  <Fallzahlen>                                       1        siehe S.23
  ┌<Ambulante_Fallzahlen>                            1        siehe S.23
  │  <Ambulante_Fallzahl>                            1..4     siehe S.24
  │ </Ambulante_Fallzahlen>
  └<Keine_Ambulante_Fallzahlen/>                     1
  </Fallzahlen>
  <Institutionskennzeichen>                          1        siehe S.24
  <Versorgungsschwerpunkte>                          0..1     siehe S.24
    <Versorgungsschwerpunkt>                         1..n     siehe S.25
      <Teilnehmende_Fachabteilungen>                 1        siehe S.26
    </Versorgungsschwerpunkt>
  </Versorgungsschwerpunkte>
  <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>       0..1     siehe S.27
    <Leistungsangebot>                               1..n     siehe S.28
  </Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>
  <Nicht_Medizinische_Serviceangebote>               0..1     siehe S.29
    <Serviceangebot>                                 1..n     siehe S.30
  </Nicht_Medizinische_Serviceangebote>
  <Akademische_Lehre>                                0..1     siehe S.31
  <Ausbildung_andere_Heilberufe>                     0..1     siehe S.33
  <Personal_des_Krankenhauses>                       1        siehe S.35
    <Aerzte>                                         1        siehe S.35
    <Pflegekraefte>                                  1        siehe S.37
    <Spezielles_Therapeutisches_Personal>            0..1     siehe S.42
      <Therapeutisches_Personal>                     1..n     siehe S.42
    </Spezielles_Therapeutisches_Personal>
  </Personal_des_Krankenhauses>
  <Apparative_Ausstattung>                           0..1     siehe S.43
    <Geraet>                                         1..n     siehe S.44
  </Apparative_Ausstattung>
```

```
<Organisationseinheiten_Fachabteilungen>      1        siehe S.45
  <Organisationseinheit_Fachabteilung>        1..n     siehe S.45
    <Kontaktdaten> - fachabteilungsbezogen    1        siehe S.49
      <Hausanschrift>                         0..1     siehe S.20
      <Postanschrift>                         0..1     siehe S.20
      <Telefon>                               1        siehe S.21
      <Fax>                                   1        siehe S.21
    </Kontaktdaten>
    <Fachabteilungsschluessel>                1..n     siehe S.48
    <Versorgungsschwerpunkte>                 0..1     siehe S.49
      <Versorgungsschwerpunkt>                1..n     siehe S.50
    </Versorgungsschwerpunkte>
    <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>
                                              0..1     siehe S.27
      <Leistungsangebot>                      1..n     siehe S.28
    </Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>
    <Nicht_Medizinische_Serviceangebote>      0..1     siehe S.29
      <Serviceangebot>                        1..n     siehe S.30
    </Nicht_Medizinische_Serviceangebote>
    <Hauptdiagnosen>                          1        siehe S.51
      <Hauptdiagnose>                         1..n     siehe S.52
    </Hauptdiagnosen>
    <Keine_Hauptdiagnose/>                    1
    <Kompetenzdiagnosen>                      0..1     siehe S.52
      <Kompetenzdiagnose>                     1..n     siehe S.53
    </Kompetenzdiagnosen>
    <Prozeduren>                              1        siehe S.53
      <Keine_Erbracht/>                       1
      <Freiwillig>                            1        siehe S.54
        <Prozedur>                            0..n     siehe S.54
      </Freiwillig>
      <Verpflichtend>                         1        siehe S.54
        <Prozedur>                            1..n     siehe S.54
      </Verpflichtend>
    </Prozeduren>
    <Kompetenzprozeduren>                     0..1     siehe S.54
      <Prozedur>                              1..n     siehe S.54
    </Kompetenzprozeduren>
    <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>     0..1     siehe S.55
      <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit/>    1..n     siehe S.55
    </Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>
    <Ambulante_Operationen>                   1        siehe S.59
      <Keine_Erbracht/>                       1
      <Freiwillig>                            1        siehe S.60
        <Ambulante_Operation/>                0..n     siehe S.60
      </Freiwillig>
      <Verpflichtend>                         1        siehe S.60
        <Ambulante_Operation>                 1..n     siehe S.60
      </Verpflichtend>
    </Ambulante_Operationen>
```

```
      <Personelle_Ausstattung>                    1        siehe S.61
        <Aerztliches_Personal>                    1        siehe S.62
        <Hauptabteilung>                          1        siehe S.63
          <Aerzte_ohne_Belegaerzte>               1        siehe S.36
            <Fachaerzte>                          1        siehe S.36
          </Aerzte_ohne_Belegaerzte>
          <Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte/>        1
        </Hauptabteilung>
        <Belegabteilung>                          1        siehe S.63
          <Belegaerzte>                           1        siehe S.37
        </Belegabteilung>
        <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>          1        siehe S.63
          <Aerzte_ohne_Belegaerzte>               1        siehe S.36
            <Fachaerzte>                          1        siehe S.36
          </Aerzte_ohne_Belegaerzte>
          <Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte/>        1
          <Belegaerzte>                           1        siehe S.37
        </Gemischte_Haupt_Belegabteilung>
        <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>          1        siehe S.64
          <Aerzte_ohne_Belegaerzte>               1        siehe S.36
            <Fachaerzte>                          1        siehe S.36
          </Aerzte_ohne_Belegaerzte>
          <Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte/>        1
          <Belegaerzte>                           1        siehe S.37
        </Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>
        </Aerztliches_Personal>
        <Aerztliche_Fachexpertisen>               0..1     siehe S.64
          <Fachexpertise>                         1..n     siehe S.65
        </Aerztliche_Fachexpertisen>
        <Pflegekraefte>                           1        siehe S.37
        <Keine_Pflegekraefte/>                    1
        <Pflegerische_Fachexpertisen>             0..1     siehe S.66
          <Fachexpertise>                         1..n     siehe S.66
        </Pflegerische_Fachexpertisen>
        <Spezielles_Therapeutisches_Personal>     0..1     siehe S.42
          <Therapeutisches_Personal>              1..n     siehe S.42
        </Spezielles_Therapeutisches_Personal>
      </Personelle_Ausstattung>
    </Organisationseinheit_Fachabteilung>
  </Organisationseinheiten_Fachabteilungen>
```

Diese

```
  <Qualitaetssicherung>                          1        siehe S.68
    <QS_nach_Landesrecht>                        0..1     siehe S.68
      <Leistungsbereich>                         1..4     siehe S.69
    </QS_nach_Landesrecht>
    <DMP>                                        0..1     siehe S.69
      <Teilnahme_DMP>                            1..7     siehe S.70
    </DMP>
    <Mindestmengen>                              0..1     siehe S.70
      <Leistungsbereich>                         1..6     siehe S.71
      [ <Ausnahmetatbestand>                     1..4     siehe S.72
      [ <Kein_Ausnahmetatbestand/>               1
      </Ausnahmetatbestand>
    </Mindestmengen>
    <Strukturqualitaetsvereinbarung>             0..1     siehe S.72
      <Vereinbarung>                             1..n     siehe S.72
    </Strukturqualitaetsvereinbarung>
    <Fortbildung>                                0..1     siehe S.73
  </Qualitaetssicherung>
</Qualitaetsbericht>
```

Diese Richtlinien-Version ist nicht

4 Element <Qualitaetsbericht>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element.					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Datensatz	Informationen über den Datensatz.	1	*siehe 4.1*	-	
Krankenhaus_Name		1	Zeichenkette	A-1	
Kontaktdaten	Fachabteilungsübergreifende Kontaktdaten des Krankenhauses.	1	*siehe 4.2*	A-1	
Standortnummer		1	Format: 99	A-3	
Krankenhaustraeger		1	*siehe 4.3*	A-4	
Akademisches_Lehrkrankenhaus	Dieses Element ist einzufügen, falls es sich um ein akademisches Lehrkrankenhaus handelt.	0..1	*siehe 4.4*	A-5	
Psychiatrisches_Krankenhaus	Dieses Element ist einzufügen, falls es sich um ein psychiatrisches Krankenhaus handelt.	0..1	*siehe 4.5*	A-7	
Anzahl_Betten	Anzahl der Betten des Krankenhauses.	1	Wertebereich: 0 .. 20.000	A-12	
Fallzahlen	Fallzahlen des Krankenhauses.	1	*siehe 4.6*	A-13	
Institutionskennzeichen		1	*siehe 4.7*	A-2	

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element.					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Versorgungsschwerpunkte	Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses.	0..1	*siehe 4.8*	A-8	
Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.	0..1	*siehe 4.9*	A-9	
Nicht_Medizinische_Serviceangebote	Allgemeine nicht-medizinische Serviceange-bote des Krankenhauses.	0..1	*siehe 4.10*	A-10	
Akademische_Lehre	Akademische Lehre.	0..1	*siehe 4.11*	A-11.2	
Ausbildung_andere_Heilberufe	Ausbildung in anderen Heil-berufen.	0..1	*siehe 4.12*	A-11.3	
Personal_des_Krankenhauses	Ärzte und Pflegepersonal.	1	*siehe 4.13*	A-14	
Apparative_Ausstattung		0..1	*siehe 4.14*	A-15	
Organisationseinheiten_Fachabteilungen		1	*siehe 4.15*	B	
Qualitaetssicherung		1	*siehe 4.16*	C	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.1 Element <Datensatz>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Datum	Erstellungsdatum des Datensatzes.	1	Format: YYYY-MM-DD	-	
Uhrzeit	Erstellungsuhrzeit des Datensatzes.	1	Format: HH:MM:SS	-	
Sprache	Im Datensatz verwendete Sprache.	1	*Auswahlliste*: „deutsch“	-	

4.2 Element <Kontaktdaten> - fachabteilungsübergreifend

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Hausanschrift		1	*siehe 4.2.1*	A-1	
Postanschrift		0..1	*siehe 4.2.2*	A-1	
Telefon		1	*siehe 4.2.3*	A-1	
Fax		1	*siehe 4.2.4*	A-1	
Email		1	Format: konto@maildomäne	A-1	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
URL		1	Format: HTTP/HTTPS URL nach RFC 3305	A-1	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Keine_URL	Dieses Element ist anzugeben für den Fall Internet „trifft nicht zu“.	1	Kein Inhalt	A-1	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.2.1 Element <Hausanschrift>

Elternelemente: *4.2 Element <Kontaktdaten>, 4.15.1.2 Element <Kontaktdaten> - fachabteilungsbezogen*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Strasse		0..1	Zeichenkette	A-1, B-[X].1	
Hausnummer		0..1	Zeichenkette	A-1, B-[X].1	
Postleitzahl		1	Format[1]: 99999	A-1, B-[X].1	
Ort		1	Zeichenkette	A-1, B-[X].1	

4.2.2 Element <Postanschrift>

Elternelemente: *4.2 Element <Kontaktdaten>, 4.15.1.2 Element <Kontaktdaten> - fachabteilungsbezogen*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Postfachnummer		0..1	Zeichenkette	A-1, B-[X].1	
Postleitzahl		1	Format[2]: 99999	A-1, B-[X].1	
Ort		1	Zeichenkette	A-1, B-[X].1	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

[1] Alternativ ist für die Schweiz auch das Format CH-9999 zulässig.

[2] Alternativ ist für die Schweiz auch das Format CH-9999 zulässig.

4.2.3 Element <Telefon>

Elternelemente: *4.2 Element <Kontaktdaten>, 4.15.1.2 Element <Kontaktdaten> - fachabteilungsbezogen*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Vorwahl		1	Zeichenkette	A-1, B-[X].1	
Rufnummer		1	Ziffern	A-1, B-[X].1	
Durchwahl		0..1	Ziffern	A-1, B-[X].1	

4.2.4 Element <Fax>

Elternelemente: *4.2 Element <Kontaktdaten>, 4.15.1.2 Element <Kontaktdaten> - fachabteilungsbezogen*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Vorwahl		1	Zeichenkette	A-1, B-[X].1	
Rufnummer		1	Ziffern	A-1, B-[X].1	
Durchwahl		0..1	Ziffern	A-1, B-[X].1	

4.3 Element <Krankenhaustraeger>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Name	Name des Krankenhausträgers.	1	Zeichenkette	A-4	
Krankenhaustraeger_Art	Art des Krankenhausträgers.	1	*siehe 4.3.1*	A-4	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.3.1 Element <Krankenhaustraeger_Art>

Elternelemente: *4.3 Element <Krankenhaustraeger>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Art	Art des Krankenhausträgers.	1	*Auswahlliste* (nach Anlage 1 A-4): „freigemeinnützig“, „öffentlich“, „privat“	A-4	
Sonstiges	Wenn die Art des Krankenhausträgers nicht einer der drei Kategorien „freigemeinnützig, öffentlich, privat“ zuzuordnen ist, ist im Feld „Sonstiges“ die Art des Krankenhausträgers anzugeben.	1	Zeichenkette	A-4	

4.4 Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Name_Universitaet	Name der Universität.	1	Zeichenkette	A-5	

4.5 Element <Psychiatrisches_Krankenhaus>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Versorgungsverpflichtung_Psychiatrie	Dieses Element ist einzufügen, falls eine regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie besteht.	0..1	kein Inhalt	A-7	

Die Richtlinien-Version ist mit Kraft.

4.6 Element <Fallzahlen>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Vollstationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0.. 1.000.000	A-13	
Teilstationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0.. 1.000.000	A-13	
Ambulante_Fallzahlen	Dieses Element ist anzugeben, falls ambulante Fallzahlen vorliegen.	1	*siehe 4.6.1*	A-13	
Keine_Ambulante_Fallzahlen	Dieses Element ist anzugeben, falls **keine** ambulanten Fallzahlen vorliegen.	1	Kein Inhalt	A-13	

4.6.1 Element <Ambulante_Fallzahlen>

Elternelemente: *4.6 Element <Fallzahlen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ambulante_Fallzahl	Angabe ambulanter Fallzahlen nach einer bestimmten Zählweise.	1..4	*siehe 4.6.1.1*	A-13	

Die Richtlinien Version nicht mehr in Kraft.

4.6.1.1 Element <Ambulante_Fallzahl>

Elternelemente: *4.6.1 Element <Ambulante_Fallzahlen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Zaehlweise	Zählweise der ambulanten Fallzahl.	1	*Schlüsselauswahlliste*: „Fallzählweise“, „Quartalszählweise“, „Patientenzählweise“, „Sonstige Zählweise“	A-13	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Ambulante_Fallzahl> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Fallzahl		1	Wertebereich: 1.. 1.000.000	A-13	

4.7 Element <Institutionskennzeichen>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
IK	Institutionskennzeichen des Krankenhauses.	1..n	Format: 999999999	A-2	

4.8 Element <Versorgungsschwerpunkte> - fachabteilungsübergreifend

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt des Krankenhauses.	1..n	*siehe 4.8.1*	A-8	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.8.1 Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsübergreifend

Elternelemente: *4.8 Element <Versorgungsschwerpunkte> - fachabteilungsübergreifend*

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
VS_Schluessel	Schlüssel-Nr. des fachabteilungsübergreifenden Versorgungsschwerpunkts des Krankenhauses.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses (A-8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. **mit Ausnahme** des sonstigen Schlüssels („VS00“) zulässig.	A-8	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Versorgungsschwerpunkt> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). **(!)** Für das Krankenhaus (unter A-8) angegebene Versorgungsschwerpunkte, dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.2) **nicht** wiederholt werden. Krankenhäuser mit nur einer Fachabteilung stellen ihre Versorgungsschwerpunkte unter B-X.2 dar.
Sonstiger	Falls es sich um einen sonstigen Versorgungsschwerpunkt handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	*siehe 4.8.1.1*	A-8	
Teilnehmende_Fachabteilungen	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwerpunkt teilnehmen.	1	*siehe 4.8.1.2*	A-8	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-8	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.8.1.1 Element <Sonstiger> - VS Schlüssel

Elternelemente: *4.8.1 Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsübergreifend*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
VS_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. Versorgungsschwerpunkt.	1	*Auswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses (A-8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist **nur** die sonstige Schlüssel-Nr. („VS00“) zulässig.	A-8	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <Versorgungsschwerpunkt> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen Versorgungsschwerpunkts.	1	max. Zeichenanzahl: 200	A-8	**(!)** Für das Krankenhaus (unter A-8) angegebene Versorgungsschwerpunkte dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.2) **nicht** wiederholt werden.

4.8.1.2 Element <Teilnehmende_Fachabteilungen>

Elternelemente: *4.8.1 Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsübergreifend*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Fachabteilung	Fachabteilung, die an dem Versorgungsschwerpunkt teilnimmt.	1..n	Zeichenkette	A-8	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.9 Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>, 4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Leistungsangebot	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot.	1..n	*siehe 4.9.1*	A-9, B-X.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.9.1 Element <Leistungsangebot>

Elternelemente: *4.9 Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
MP_Schluessel	Schlüssel-Nr. des medizinisch-pflegerischen Leistungsangebots.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot (A-9 und B-X.3)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. **mit Ausnahme** des sonstigen Schlüssels („MP00“) zulässig.	A-9, B-X.3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsangebot> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). **(!)** Für das Krankenhaus (unter A-9) angegebene medizinisch-pflegerische Leistungsangebote dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.3) **nicht** wiederholt werden. Krankenhäuser mit nur einer Fachabteilung stellen ihre Leistungsangebote unter B-X.3 dar.
Sonstiger	Falls es sich um ein sonstiges, medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	*siehe 4.9.1.1*	A-9, B-X.3	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-9, B-X.3	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.9.1.1 Element <Sonstiger> - MP Schlüssel

Elternelemente: *4.9.1 Element <Leistungsangebot>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
MP_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. des medizinisch-pflegerischen Leistungsangebots.	1	*Auswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot (A-9 und B-X.3)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist **nur** die sonstige Schlüssel-Nr. („MP00“) zulässig.	A-9, B-X.3	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsangebot> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen medizinisch-pflegerischen Leistungsangebots.	1	max. Zeichenanzahl: 200	A-9, B-X.3	**(!)** Für das Krankenhaus (unter A-9) angegebene medizinisch-pflegerische Leistungsangebote dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.3) **nicht** wiederholt werden.

4.10 Element <Nicht_Medizinische_Serviceangebote>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>, 4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Serviceangebot	Allgemeines nicht-medizinisches Serviceangebot.	1..n	*siehe 4.10.1*	A-10, B-X.4	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.10.1 Element <Serviceangebot>

Elternelemente: *4.10 Element <Nicht_Medizinische_Serviceangebote>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
SA_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Service-angebots.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Servicean-gebote (A-10 und B-X.4)“ im An-hang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. **mit Ausnahme** des sonstigen Schlüssels („SA00“) zu-lässig.	A-10, B-X.4	Der Wert darf bei der Wiederholung des Ele-ments <Serviceangebot> nur genau einmal vor-kommen (Eindeutigkeit). **(!)** Für das Krankenhaus (unter A-10) angegebene Serviceangebote dürfen unter den Organisations-einheiten (B-X.4) **nicht** wiederholt werden.
Sonstiger	Falls es sich um ein sons-tiges Serviceangebot han-delt, ist dieses Element einzufügen.	1	*siehe 4.10.1.1*	A-10, B-X.4	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-10, B-X.4	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.10.1.1 Element <Sonstiger> - SA Schlüssel

Elternelemente: *4.10.1 Element <Serviceangebot>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
SA_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. des Serviceangebots.	1	*Auswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Serviceangebote (A-10 und B-X.4)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist **nur** die sonstige Schlüssel-Nr. („SA00“) zulässig.	A-10, B-X.4	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <Serviceangebot> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen Serviceangebots.	1	max. Zeichenanzahl: 200	A-10, B-X.4	**(!)** Für das Krankenhaus (unter A-10) angegebene Serviceangebote dürfen unter den Organisationseinheiten (unter B-X.4) **nicht** wiederholt werden.

4.11 Element <Akademische_Lehre>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	1..n	*siehe 4.11.1*	A-11.2	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.11.1 Element <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit>

Elternelemente: *4.11 Element <Akademische_Lehre>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
FL_Schluessel	Schlüssel-Nr. der akademischen Lehre bzw. weiteren wissenschaftlichen Tätigkeit.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Akademische Lehre (A-11.2)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. **mit Ausnahme** des sonstigen Schlüssels („FL00“) zulässig.	A-11.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Sonstiger	Falls es sich um eine sonstige akademische Lehre handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	*siehe 4.11.1.1*	A-11.2	
Erlaeuterungen		0..1	Max. Zeichenanzahl: 1000	A-11.2	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.11.1.1 Element <Sonstiger> - FL Schlüssel

Elternelemente: *4.11.1 Element <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
FL_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. der akademischen Lehre bzw. weiteren wissenschaftlichen Tätigkeit.	1	*Auswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Akademische Lehre (A-11.2)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist **nur** die sonstige Schlüssel-Nr. („FL00“) zulässig.	A-11.2	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung der sonstigen akademischen Lehre bzw. weiteren wissenschaftlichen Tätigkeit.	1	max. Zeichenanzahl: 200	A-11.2	

4.12 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ausbildung_in_anderen_Heilberufen	Ausbildung in anderen Heilberufe	1..n	*siehe 4.12.1*	A-11.3	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.12.1 Element <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen>

Elternelemente: *4.12 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
HB_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Ausbildung in anderen Heilberufen.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen (A-11.3)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. **mit Ausnahme** des sonstigen Schlüssels („HB00“) zulässig.	A-11.3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Sonstiger	Falls es sich um eine sonstige Ausbildung in anderen Heilberufen handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	*siehe 4.12.1.1*	A-11.3	
Erlaeuterungen		0..1	Max. Zeichenanzahl: 1000	A-11.3	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.12.1.1 Element <Sonstiger> - HB Schlüssel

Elternelemente: *4.12.1 Element <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
HB_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. der Ausbildung in anderen Heilberufen.	1	*Auswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen (A-11.3)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist **nur** die sonstige Schlüssel-Nr. („HB00“) zulässig.	A-11.3	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung der sonstigen Ausbildung in anderen Heilberufen.	1	max. Zeichenanzahl: 200	A-11.3	

4.13 Element <Personal_des_Krankenhauses>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Aerzte		1	*siehe 4.13.1*	A-14.1	
Pflegekraefte		1	*siehe 4.13.2*	A-14.2	
Spezielles_Therapeutisches_Personal		0..1	*siehe 4.13.3*	A-14.3	

4.13.1 Element <Aerzte>

Elternelemente: *4.13 Element <Personal_des_Krankenhauses>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Aerzte_ohne_Belegaerzte	Anzahl Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	*siehe 4.13.1.1*	A-14.1	
Belegaerzte	Anzahl Belegärzte.	1	*siehe 4.13.1.2*	A-14.1	

Die Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft

Elternelemente: *4.13 Element <Personal_des_Krankenhauses>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung	Anzahl Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind.	0..1	*siehe 4.13.1.3*	A-14.1	

4.13.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>

Elternelemente: *4.13.1 Element <Aerzte>, 4.15.1.10 - 1.1 Element <Hauptabteilung>, 4.15.1.10 - 1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>, 4.15.1.10 - 1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl	Anzahl Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0 .. 5000,0	A-14.1, B-X.11.1	
Erlaeuterungen		0..1	Max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.1, B-X.11.1	
Fachaerzte	Davon Fachärzte.	1	*siehe 4.13.1.1 - 1*	B-X.11.1	

4.13.1.1 - 1 Element <Fachaerzte>

Elternelemente: *4.13.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl	Anzahl der Fachärzte von den Ärzten insgesamt ohne Belegärzte.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0 .. 5000,0	A-14.1, B-X.11.1	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.1, B-X.11.1	

Diese Richtlinie-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.13.1.2 Element <Belegaerzte>

Elternelemente: *4.13.1 Element <Aerzte>, 4.15.1.10 - 1.2 Element <Belegabteilung>, 4.15.1.10 - 1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>, 4.15.1.10 - 1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl	Anzahl Belegärzte.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0 .. 5000,0	A-14.1, B-X.11.1	
Erlaeuterungen		0..1	Max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.1, B-X.11.1	

4.13.1.3 Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>

Elternelemente: *4.13.1 Element <Aerzte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl	Anzahl Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind.	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,1 .. 5000,0	A-14.1	
Erlaeuterungen		0..1	Max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.1	

4.13.2 Element <Pflegekraefte>

Elternelemente: *4.13 Element <Personal_des_Krankenhauses>, 4.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Gesundheits_Krankenpfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	1	*siehe 4.13.2.1*	A-14.2, B-X.11.2	
Gesundheits_Kinderkrankenpfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	0..1	*siehe 4.13.2.2*	A-14.2, B-X.11.2	
Altenpfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	0..1	*siehe 4.13.2.3*	A-14.2, B-X.11.2	

Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Elternelemente: *4.13 Element <Personal_des_Krankenhauses>, 4.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Pflegeassistenten	2 Jahre Ausbildungsdauer	0..1	*siehe 4.13.2.4*	A-14.2, B-X.11.2	
Krankenpflegehelfer	1 Jahr Ausbildungsdauer	0..1	*siehe 4.13.2.5*	A-14.2, B-X.11.2	
Pflegehelfer	ab 200 Std. Basiskurs	0..1	*siehe 4.13.2.6*	A-14.2, B-X.11.2	
Hebammen_Entbindungspfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	0..1	*siehe 4.13.2.7*	A-14.2, B-X.11.2	
Operationstechnische_Assistenz	3 Jahre Ausbildungsdauer	0..1	*siehe 4.13.2.8*	A-14.2, B-X.11.2	
Sonstiges_Pflegepersonal		0..1	*siehe 4.13.2.9*	A-14.2, B-X.11.2	

4.13.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger>

Elternelemente: *4.13.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0..10000,0	A-14.2, B-X.11.2	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.2, B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.13.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>

Elternelemente: *4.13.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0..10000,0	A-14.2, B-X.11.2	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.2, B-X.11.2	

4.13.2.3 Element <Altenpfleger>

Elternelemente: *4.13.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0..10000,0	A-14.2, B-X.11.2	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.2, B-X.11.2	

4.13.2.4 Element <Pflegeassistenten>

Elternelemente: *4.13.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0..10000,0	A-14.2, B-X.11.2	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.2, B-X.11.2	

Die Richtlinie, Version ist nicht mehr in Kraft.

4.13.2.5 Element <Krankenpflegehelfer>

Elternelemente: *4.13.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0..10000,0	A-14.2, B-X.11.2	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.2, B-X.11.2	

4.13.2.6 Element <Pflegehelfer>

Elternelemente: *4.13.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0..10000,0	A-14.2, B-X.11.2	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.2, B-X.11.2	

4.13.2.7 Element <Hebammen_Entbindungspfleger>

Elternelemente: *4.13.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0..10000,0	A-14.2, B-X.11.2	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.2, B-X.11.2	

Die Richtlinie, Version ist nicht mehr in Kraft.

4.13.2.8 Element <Operationstechnische_Assistenz>

Elternelemente: *4.13.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0..10000,0	A-14.2, B-X.11.2	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.2, B-X.11.2	

4.13.2.9 Element <Sonstiges_Pflegepersonal>

Elternelemente: *4.13.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Sonstige_Pflegekraft		1..n	*siehe 4.13.2.9 - 1*	A-14.2, B-X.11.2	

4.13.2.9 - 1 Element <Sonstige_Pflegekraft>

Elternelemente: *4.13.2.9 Element <Sonstiges_Pflegepersonal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Bezeichnung	Bezeichnung der sonstigen Pflegekraft.	1	max. Zeichenanzahl: 200	A-14.2, B-X.11.2	
Anzahl		1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,1..10000,0	A-14.2, B-X.11.2	
Ausbildungsdauer		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.2, B-X.11.2	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.2, B-X.11.2	

Die Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

4.13.3 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>

Elternelemente: *4.13 Element <Personal_des_Krankenhauses>*, *4.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Therapeutisches_Personal	Spezielles therapeutisches Personal.	1..n	*siehe 4.13.3.1*	A-14.3, B-X.11.3	

4.13.3.1 Element <Therapeutisches_Personal>

Elternelemente: *4.13.3 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
SP_Schluessel	Schlüssel-Nr. des speziellen therapeutischen Personals.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal (A-14.3 und B-X.11.3)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. **mit Ausnahme** des sonstigen Schlüssels („SP00“) zulässig.	A-14.3, B-X.11.3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Therapeutisches_Personal> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Sonstiger	Dieses Element wird eingefügt, falls es sich um sonstiges spezielles therapeutisches Personal handelt.	1	*siehe 4.13.3.1 - 1*	A-14.3, B-X.11.3	
Anzahl	Anzahl Vollkräfte	1	Bis zu einer Nachkommastelle. Wertebereich: 0,0..10000,0	A-14.3, B-X.11.3	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-14.3, B-X.11.3	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.13.3.1 - 1 Element <Sonstiger> - SP Schlüssel

Elternelemente: *4.13.3.1 Element <Therapeutisches_Personal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
SP_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. für spezielles therapeutisches Personal.	1	*Auswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal (A-14.3 und B-X.11.3)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist **nur** die sonstige Schlüssel-Nr. („SP00“) zulässig.	A-14.3, B-X.11.3	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei Wiederholung des Elements <Therapeutisches_Personal> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen speziell therapeutischen Personals.	1	max. Zeichenanzahl: 200	A-14.3, B-X.11.3	

4.14 Element <Apparative_Ausstattung>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Geraet		1..n	*siehe 4.14.1*	A-15	

Die Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

4.14.1 Element <Geraet>

Elternelemente: *4.14 Element <Apparative_Ausstattung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
AA_Schluessel	Geräte-Schlüssel-Nr.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Apparative Ausstattung (A-15)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. **mit Ausnahme** des sonstigen Schlüssels („AA00“) zulässig.	A-15	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Geraet> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Sonstiger	Dieses Element wird eingefügt, falls es sich um ein sonstiges Gerät handelt.	1	*siehe 4.14.1.1*	A-15	
Notfallverfuegbarkeit_24h		0..1	0 - wahr, 1 - falsch, 2 - trifft nicht zu	A-15	Die 24h-Notfallverfügbarkeit der Geräte ist verpflichtend nur für entsprechend markierte Geräte in der Auswahlliste anzugeben.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	A-15	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.14.1.1 Element <Sonstiger> - AA Schlüssel

Elternelemente: *4.14.1 Element <Geraet>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
AA_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Geräte-Schlüssel-Nr.	1	*Auswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Apparative Ausstattung (A-15)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist **nur** die sonstige Schlüssel-Nr. („AA00“) zulässig.	A-15	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <Geraet> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Gerätebezeichnung.	1	max. Zeichenanzahl: 200	A-15	

4.15 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Organisationseinheit_Fachabteilung		1..n	*siehe 4.15.1*	B-X	

4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elternelemente: *4.15 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Gliederungsnummer	In diesem Element wird die dem X (in B-X) entsprechende fortlaufende Nummerierung der Organisationseinheit / Fachabteilung angegeben.	1	Schlüssel, Wertebereich: 1 .. 99	B-X.1	
Name	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	Zeichenkette	B-X.1	

Die Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Elternelemente: ***4.15 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Chefarzt	Namen des Chefarztes bzw. der Chefärzte.	0..n	Zeichenkette	B-X.1	
Kontaktdaten	Kontaktdaten der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	*siehe 4.15.1.2*	B-X.1	
Vollstationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0.. 100.000	B-X.5	
Teillstationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0.. 100.000	B-X.5	
Ambulante_D_Arzt_Zulassung	Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden.	0..1	Kein Inhalt	B-X.10	
Stationaere_BG_Zulassung	Stationäre BG-Zulassung vorhanden.	0..1	Kein Inhalt	B-X.10	
Fachabteilungsschluessel		1..n	*siehe 4.15.1.1*	B-X.1	
Versorgungsschwerpunkte	Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit / Fachabteilung.	0..1	*siehe 4.15.1.3*	B-X.2	
Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.	0..1	*siehe 4.9*	B-X.3	
Nicht_Medizinische_Serviceangebote	Allgemeine nicht-medizinische Serviceangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.	0..1	*siehe 4.10*	B-X.4	

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Elternelemente: ***4.15 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Hauptdiagnosen	Hauptdiagnosen nach ICD.	1	*siehe 4.15.1.4*	B-X.6.1	
Keine_Hauptdiagnose	Dieses Element ist anzugeben, falls der Organisationseinheit / Fachabteilung keine Hauptdiagnosen nach ICD-10 zuzuordnen sind.	1	Kein Inhalt	B-X.6.1	
Kompetenzdiagnosen		0..1	*siehe 4.15.1.5*	B-X.6.2	
Prozeduren	Prozeduren nach OPS.	1	*siehe 4.15.1.6*	B-X.7.1	
Kompetenzprozeduren		0..1	*siehe 4.15.1.7*	B-X.7.2	
Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten		0..1	*siehe 4.15.1.8*	B-X.8	
Ambulante_Operationen	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.	1	*siehe 4.15.1.9*	B-X.9	
Personelle_Ausstattung		1	*siehe 4.15.1.10*	B-X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.1 Element <Fachabteilungsschluessel>

Elternelemente: *4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
FA_Schluessel	Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V.	1	Schlüssel, Format: 9999 Die Schlüssel für sonstige Fachabteilungen („3700“, „3790“, „3791“, „3792“) sind hier **nicht** zulässig.	B-X.1	
Sonstiger	Falls es sich um eine sonstige Fachabteilung handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	*siehe 4.15.1.1 - 1*	B-X.1	

4.15.1.1 - 1 Element <Sonstiger> - FA Schlüssel

Elternelemente: *4.15.1.1 Element <Fachabteilungsschluessel>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
FA_Sonstiger_Schluessel	Sonstiger Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V.	1	Es sind nur Schlüssel für sonstige Fachabteilungen („3700“, „3790“, „3791“, „3792“) zulässig.	B-X.1	
Bezeichnung	Bezeichnung der sonstigen Fachabteilung.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.1	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.2 Element <Kontaktdaten> - fachabteilungsbezogen

Elternelemente: *4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Hausanschrift		0..1	*siehe 4.2.1*	B-X.1	
Postanschrift		0..1	*siehe 4.2.2*	B-X.1	
Telefon		1	*siehe 4.2.3*	B-X.1	
Fax		1	*siehe 4.2.4*	B-X.1	
Email		1	Format: konto@maildomäne	B-X.1	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
URL		1	Format: HTTP/HTTPS URL nach RFC 3305	B-X.1	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Keine_URL	Dieses Element ist anzugeben für den Fall Internet „trifft nicht zu“.	1	Kein Inhalt	B-X.1	

4.15.1.3 Element <Versorgungsschwerpunkte>- fachabteilungsbezogen

Elternelemente: *4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Versorgungsschwerpunkt	Versorgungsschwerpunkt der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1..n	*siehe 4.15.1.3 - 1*	B-X.2	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.3 - 1 Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsbezogen

Elternelemente: ***4.15.1.3 Element <Versorgungsschwerpunkte>- fachabteilungsbezogen, 4.15.1.8 - 1.1.2 Element <Leistungen_Ambulanz>***

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
VA_VU_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Versorgungsschwerpunkts der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung/ Organisationseinheit (B-X.2 und B-X.8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. **mit Ausnahme** der sonstigen Schlüssel („VA00“, „VC00“, „VD00“, „VG00“, „VH00“, „VI00“, „VN00“, „VO00“, „VK00“, „VP00“, „VR00“, „VU00“, „VX00“, „VZ00“) zulässig.	B-X.2, B-X.8	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Versorgungsschwerpunkt> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). **(!)** Für das Krankenhaus (unter A-8) angegebene Versorgungsschwerpunkte dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.2) **nicht** wiederholt werden. Krankenhäuser mit nur einer Fachabteilung stellen ihre Versorgungsschwerpunkte unter B-X.2 dar.
Sonstiger	Falls es sich um einen sonstigen Versorgungsschwerpunkt der Organisationseinheit / Fachabteilung handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	*siehe 4.15.1.3 - 1.1*	B-X.2, B-X.8	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	B-X.2	Darf bei B-X.8 nicht vorkommen.

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.3 - 1.1 Element <Sonstiger> - VA VU Schlüssel

Elternelemente: *4.15.1.3 - 1 Element <Versorgungsschwerpunkt> - fachabteilungsbezogen*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
VA_VU_Sonstiger_Schluessel	Sonstiger Schlüssel-Nr. des Versorgungsschwerpunktes der Organisationseinheit /Fachabteilung.	1	*Auswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung/ Organisationseinheit (B-X.2 und B-X.8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind **nur** die sonstigen Schlüssel-Nrn. („VA00“, „VC00“, „VD00“, „VG00“, „VH00“, „VI00“, „VN00“, „VO00“, „VK00“, „VP00“, „VR00“, „VU00“, „VX00“, „VZ00“) zulässig.	B-X.2, B-X.8	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <Versorgungsschwerpunkt> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen Versorgungsschwerpunktes.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.2, B-X.8	**(!)** Für das Krankenhaus (unter A-8) angegebene Versorgungsschwerpunkte dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.2) **nicht** wiederholt werden.

4.15.1.4 Element <Hauptdiagnosen>

Elternelemente: *4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Hauptdiagnose	Hauptdiagnose nach ICD.	1..n	*siehe 4.15.1.4 - 1*	B-X.6.1	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.4 - 1 Element <Hauptdiagnose>

Elternelemente: *4.15.1.4 Element <Hauptdiagnosen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
ICD_10	ICD-10-Ziffer.	1	Format: X99[.9]	B-X.6.1	Die ICD-Ziffern sind hier gemäß Anlage 1 vierstellig anzugeben, es sei denn, der terminale Kode ist dreistellig, z.B. A09.
Fallzahl	Absolute Fallzahl.	1	Wertebereich: 6.. 100.000	B-X.6.1	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Fallzahl kleiner gleich 5 ist.	1	Kein Inhalt	B-X.6.1	

4.15.1.5 Element <Kompetenzdiagnosen>

Elternelemente: *4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kompetenzdiagnose		1..n	*siehe 4.15.1.5 - 1*	B-X.6.2	

Die Richtlinien-Version nicht mehr in Kraft.

4.15.1.5 - 1 Element <Kompetenzdiagnose>

Elternelemente: *4.15.1.5 Element <Kompetenzdiagnosen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
ICD_10	ICD-10-Ziffer.	1	Format: X99[.9X]	B-X.6.2	Die ICD-Ziffern können hier gemäß Anlage 1 drei- bis fünfstellig angegeben werden.
Fallzahl	Absolute Fallzahl.	1	Wertebereich: 6.. 100.000	B-X.6.2	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Fallzahl kleiner gleich 5 ist.	1	Kein Inhalt	B-X.6.2	

4.15.1.6 Element <Prozeduren>

Elternelemente: *4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Keine_Erbracht	Keine Prozeduren nach OPS erbracht.	1	Kein Inhalt	B-X.7.1	
Freiwillig	Prozeduren nach OPS erbracht, aber keine Verpflichtung, diese im Qualitätsbericht anzugeben.	1	*siehe 4.15.1.6 - 1*	B-X.7.1	
Verpflichtend	OPS-Prozeduren wurden erbracht und sind verpflichtend im Qualitätsbericht anzugeben.	1	*siehe 4.15.1.6 - 2*	B-X.7.1	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.6 - 1 Element <Freiwillig> - Prozedur

Elternelemente: *4.15.1.6 Element <Prozeduren>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Prozedur	Prozedur nach OPS.	0..n	*siehe 4.15.1.6 - 2.1*	B-X.7.1	

4.15.1.6 - 2 Element <Verpflichtend> - Prozedur

Elternelemente: *4.15.1.6 Element <Prozeduren>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Prozedur	Prozedur nach OPS.	1..n	*siehe 4.15.1.6 - 2.1*	B-X.7.1	

4.15.1.6 - 2.1 Element <Prozedur>

Elternelemente: *4.15.1.6 - 1 Element <Freiwillig> - Prozedur*, *4.15.1.6 - 2 Element <Verpflichtend> - Prozedur*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
OPS_301	OPS 301 Ziffer.	1	Format: X-XXX[.XX]	B-X.7.1	Die OPS-Ziffern sind hier gemäß Anlage 1 endstellig anzugeben.
Fallzahl	Absolute Fallzahl.	1	Wertebereich: 6..100.000	B-X.7.1	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzu-geben, falls die Fallzahl kleiner gleich 5 ist.	1	Kein Inhalt	B-X.7.1	

4.15.1.7 Element <Kompetenzprozeduren>

Elternelemente: *4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Prozedur	Prozedur nach OPS.	1..n	*siehe 4.15.1.7 - 1*	B-X.7.2	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.7 - 1 Element <Prozedur> - Kompetenzprozeduren

Elternelemente: *4.15.1.7 Element <Kompetenzprozeduren>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
OPS_301	OPS 301 Ziffer	1	Format: X-XXX[.XX]	B-X.7.2	Die OPS-Ziffern können hier gemäß Anlage 1 vier- bis sechsstellig angegeben werden.
Fallzahl	Absolute Fallzahl.	1	Wertebereich: 6..100.000	B-X.7.2	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Fallzahl kleiner gleich 5 ist.	1	Kein Inhalt	B-X.7.2	

4.15.1.8 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>

Elternelemente: *4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.	1..n	*siehe 4.15.1.8 - 1*	B-X.8	

4.15.1.8 - 1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>

Elternelemente: *4.15.1.8 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ambulanz	Ambulante Behandlungsmöglichkeit.	1	*siehe 4.15.1.8 - 1.1*	B-X.8	
Ambulanz_116b	Ambulante Behandlungsmöglichkeit nach § 116b SGB V.	1	*siehe 4.15.1.8 - 1.2*	B-X.8	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.8 - 1.1 Element <Ambulanz>

Elternelemente: *4.15.1.8 - 1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
AM_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Ambulanzart.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-X.8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. **mit Ausnahme** des sonstigen Schlüssels („AM00“) und des Schlüssels 116b („AM06“) zulässig.	B-X.8	Der Wert darf bei Wiederholung des Elements <Ambulanz> mehrfach vorkommen.
Sonstiger	Dieses Element wird eingefügt, falls es sich um eine sonstige Ambulanz handelt.	1	*siehe 4.15.1.8 - 1.1.1*	B-X.8	
Bezeichnung	Bezeichnung der Ambulanz.	0..1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.8	
Leistungen_Ambulanz	Angebotene Leistungen der Ambulanz.	0..1	*siehe 4.15.1.8 - 1.1.2*	B-X.8	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	B-X.8	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.8 - 1.1.1 Element <Sonstiger> - AM Schlüssel

Elternelemente: *4.15.1.8 - 1.1 Element <Ambulanz>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
AM_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. Ambulanz.	1	*Auswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-X.8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist **nur** die sonstige Schlüssel-Nr. („AM00“) zulässig.	B-X.8	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei Wiederholung des Elements <Ambulanz> mehrfach aufgeführt werden.
Art	Art der sonstigen Ambulanz.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.8	

4.15.1.8 - 1.1.2 Element <Leistungen_Ambulanz>

Elternelemente: *4.15.1.8 - 1.1 Element <Ambulanz>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Versorgungsschwerpunkt	Schlüssel-Nr. des Versorgungsschwerpunkts.	1..n	*siehe 4.15.1.3 - 1* *Auswahlliste*: *„Versorgungsschwerpunkte der Fachabteilung/ Organisationseinheit (B-[X].2 und B-[X].8)“*	B-X.8	Die Angabe der angebotenen Leistungen erfolgt anhand der Auswahlliste für die fachabteilungsbezogenen Versorgungsschwerpunkte zu B-[X].2 in Anhang 2. Die Ausfüllhinweise zu B-[X].2 gelten entsprechend.

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.8 - 1.2 Element <Ambulanz_116b>

Elternelemente: *4.15.1.8 - 1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
AM_116b_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Ambulanzart.	1	*Auswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-X.8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist **nur** der Schlüssel 116b („AM06“) zulässig.	B-X.8	Der Wert darf bei Wiederholung des Elements <Ambulanz_116b> mehrfach vorkommen.
Bezeichnung	Bezeichnung der Ambulanz.	0..1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.8	
Leistungen_Ambulanz_116b	Angebotene Leistungen der Ambulanz.	0..1	*siehe 4.15.1.8 - 1.2.1*	B-X.8	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	B-X.8	

4.15.1.8 - 1.2.1 Element <Leistungen_Ambulanz_116b>

Elternelemente: *4.15.1.8 - 1.2 Element <Ambulanz_116b>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Leistung	Angebotene Leistung.	1..n	*siehe 4.15.1.8 - 1.2.1.1*	B-X.8	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.8 - 1.2.1.1 Element <Leistung>

Elternelemente: *4.15.1.8 - 1.2.1 Element <Leistungen_Ambulanz_116b>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
LK_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Leistung.	1	*Schlüsselauswahlliste*: „Leistungen im Katalog gem. § 116b Abs. 3 SGB V (B-X.8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1	B-X.8	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistung> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

4.15.1.9 Element <Ambulante_Operationen>

Elternelemente: *4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Keine_Erbracht	Keine ambulante Operation nach OPS erbracht.	1	Kein Inhalt	B-X.9	
Freiwillig	Ambulante Operationen nach OPS erbracht, aber keine Verpflichtung, diese im Qualitätsbericht anzugeben.	1	*siehe 4.15.1.9 - 1*	B-X.9	
Verpflichtend	Ambulante Operationen nach OPS wurden erbracht und sind verpflichtend im Qualitätsbericht anzugeben.	1	*siehe 4.15.1.9 - 2*	B-X.9	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.9 - 1 Element <Freiwillig> - Ambulante Operation

Elternelemente: *4.15.1.9 Element <Ambulante_Operationen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ambulante_Operation	Ambulante Operation nach § 115b SGB V.	0..n	*siehe 4.15.1.9 - 2.1*	B-X.9	

4.15.1.9 - 2 Element <Verpflichtend> - Ambulante Operation

Elternelemente: *4.15.1.9 Element <Ambulante_Operationen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ambulante_Operation	Ambulante Operation nach § 115b SGB V.	1..n	*siehe 4.15.1.9 - 2.1*	B-X.9	

4.15.1.9 - 2.1 Element <Ambulante_Operation>

Elternelemente: *4.15.1.9 - 1 Element <Freiwillig> - Ambulante Operation*, *4.15.1.9 - 2 Element <Verpflichtend> - Ambulante Operation*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
OPS_301	OPS 301 Ziffer.	1	Format: X-XXX[.XX]	B-X.9	Die OPS-Ziffern sind hier gemäß Anlage 1 endstellig anzugeben.
Fallzahl	Absolute Fallzahl.	1	Wertebereich: 6..100.000	B-X.9	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Fallzahl kleiner gleich 5 ist.	1	Kein Inhalt	B-X.9	

Die Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>

Elternelemente: *4.15.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Aerztliches_Personal		1	*siehe 4.15.1.10 - 1*	B-X.11.1	
Aerztliche_Fachexpertisen	Fachexpertisen der Abteilung.	0..1	*siehe 4.15.1.10 - 2*	B-X.11.1	
Pflegekraefte		1	*siehe 4.13.2*	B-X.11.2	
Keine_Pflegekraefte	Dieses Element wird eingefügt, falls die Anzahl der Pflegekräfte gleich Null ist.	1	Kein Inhalt	B-X.11.2	
Pflegerische_Fachexpertisen	Fachexpertisen der Abteilung.	0..1	*siehe 4.15.1.10 - 3*	B-X.11.2	
Spezielles_Therapeutisches_Personal	Spezielles therapeutisches Pflegepersonal.	0..1	*siehe 4.13.3*	B-X.11.3	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.10 - 1 Element <Aerztliches_Personal>

Elternelemente: *4.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Hauptabteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	*siehe 4.15.1.10 - 1.1*	B-X.1, B-X.11.1	
Belegabteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	*siehe 4.15.1.10 - 1.2*	B-X.1, B-X.11.1	
Gemischte_Haupt_Belegabteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	*siehe 4.15.1.10 - 1.3*	B-X.1, B-X.11.1	
Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	*siehe 4.15.1.10 - 1.4*	B-X.1, B-X.11.1	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.10 - 1.1 Element <Hauptabteilung>

Elternelemente: *4.15.1.10 - 1 Element <Aerztliches_Personal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Aerzte_ohne_Belegaerzte		1	*siehe 4.13.1.1*	B-X.11.1	
Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte	Dieses Element wird eingefügt, falls die Anzahl der Ärzte insgesamt ohne die Belegärzte gleich Null ist.	1	Kein Inhalt	B-X.11.1	

4.15.1.10 - 1.2 Element <Belegabteilung>

Elternelemente: *4.15.1.10 - 1 Element <Aerztliches_Personal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Belegaerzte		1	*siehe 4.13.1.2*	B-X.11.1	

4.15.1.10 - 1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>

Elternelemente: *4.15.1.10 - 1 Element <Aerztliches_Personal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Aerzte_ohne_Belegaerzte		1	*siehe 4.13.1.1*	B-X.11.1	
Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte	Dieses Element wird eingefügt, falls die Anzahl der Ärzte insgesamt ohne die Belegärzte gleich Null ist.	1	Kein Inhalt	B-X.11.1	
Belegaerzte		1	*siehe 4.13.1.2*	B-X.11.1	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.10 - 1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>

Elternelemente: *4.15.1.10 - 1 Element <Aerztliches_Personal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Aerzte_ohne_Belegaerzte		1	*siehe 4.13.1.1*	B-X.11.1	
Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte	Dieses Element wird eingefügt, falls Anzahl der Ärzte insgesamt ohne die Belegärzte gleich Null ist.	1	Kein Inhalt	B-X.11.1	
Belegaerzte		1	*siehe 4.13.1.2*	B-X.11.1	

4.15.1.10 - 2 Element <Aerztliche_Fachexpertisen>

Elternelemente: *4.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Fachexpertise	Ärztliche Fachexpertise der Organisationseinheit/Fachabteilung (Facharztbezeichnungen, Zusatzweiterbildungen (fakultativ)).	1..n	*siehe 4.15.1.10 - 2.1*	B-X.11.1	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.10 - 2.1 Element <Fachexpertise>

Elternelemente: *4.15.1.10 - 2 Element <Aerztliche_Fachexpertisen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
AQ_ZF_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Fachexpertise.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung (B-X.12.1)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. **mit Ausnahme** der sonstigen Schlüssel („AQ00“, „ZF00“) zulässig.	B-X.11.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Fachexpertise> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Sonstiger	Dieses Element wird eingefügt, falls es sich um eine sonstige Fachexpertise handelt.	1	*siehe 4.15.1.10 - 2.1.1*	B-X.11.1	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	B-X.11.1	

4.15.1.10 - 2.1.1 Element <Sonstiger> - AQ ZF Schlüssel

Elternelemente: *4.15.1.10 - 2.1 Element <Fachexpertise>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
AQ_ZF_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. Fachexpertise.	1	*Auswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung (B-X.12.1)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind **nur** die sonstigen Schlüssel-Nrn. („AQ00“, „ZF00“) zulässig.	B-X.11.1	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei Wiederholung des Elements <Fachexpertise> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung der sonstigen Fachexpertise.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.11.1	

Die Richtlinien-Version ist nunmehr in Kraft.

4.15.1.10 - 3 Element <Pflegerische_Fachexpertisen>

Elternelemente: *4.15.1.10 Element <Personelle_Ausstattung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Fachexpertise_Pflege	Pflegerische Fachexpertise der Organisationseinheit/Fachabteilung (Fachweiterbildungen, akademische Abschlüsse, Zusatzqualifikationen).	1..n	*siehe 4.15.1.10 - 3.1*	B-X.11.2	

4.15.1.10 - 3.1 Element <Fachexpertise_Pflege>

Elternelemente: *4.15.1.10 - 3 Element <Pflegerische_Fachexpertisen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
PQ_ZP_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Fachexpertise.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung (B-X.12.2)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. **mit Ausnahme** der sonstigen Schlüssel („PQ00“, „ZP00“) zulässig.	B-X.11.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Fachexpertise_Pflege> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Sonstiger	Dieses Element wird eingefügt, falls es sich um eine sonstige Fachexpertise handelt.	1	*siehe 4.15.1.10 - 3.1.1*	B-X.11.2	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000.	B-X.11.2	

Die Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

4.15.1.10 - 3.1.1 Element <Sonstiger> - PQ ZP Schlüssel

Elternelemente: *4.15.1.10 - 3.1 Element <Fachexpertise_Pflege>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
PQ_ZP_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. Fachexpertise.	1	*Auswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung (B-X.12.2)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind **nur** die sonstigen Schlüssel-Nrn. („PQ00“, „ZP00“) zulässig.	B-X.11.2	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei Wiederholung des Elements <Fachexpertise_Pflege> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung der sonstigen Fachexpertise.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.11.2	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.16 Element <Qualitaetssicherung>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
QS_nach_Landesrecht		0..1	*siehe 4.16.1*	C-2	
DMP		0..1	*siehe 4.16.2*	C-3	
Mindestmengen		0..1	*siehe 4.16.3*	C-5	
Strukturqualitaetsvereinbarung		0..1	*siehe 4.16.4*	C-6	
Fortbildung		0..1	*siehe 4.16.5*	C-7	

4.16.1 Element <QS_nach_Landesrecht>

Elternelemente: *4.16 Element <Qualitaetssicherung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Leistungsbereich	Angabe des Leistungsbereiches, in dem an der externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V teilgenommen wird.	1..4	*siehe 4.16.1.1*	C-2	

4.16.1.1 Element <Leistungsbereich> - QS nach Landesrecht

Elternelemente: *4.16.1 Element <QS_nach_Landesrecht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereiches, der an der externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V teilnimmt.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Auswahlliste „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (C-2)“ im Anhang 2 zu Anlage 1	C-2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsbereich> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). **(!)** Es sind nur die Leistungsbereiche des Bundeslandes gültig, in dem sich das Krankenhaus befindet.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	C-2	

4.16.2 Element <DMP>

Elternelemente: *4.16 Element <Qualitaetssicherung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Teilnahme_DMP	Disease-Management-Programm (DMP) an dem das Krankenhaus teilnimmt.	1..7	*siehe 4.16.2.1*	C-3	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.16.2.1 Element <Teilnahme_DMP>

Elternelemente: *4.16.2 Element <DMP>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Bezeichnung	Bezeichnung des DMP.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Werte der Spalte DMP der Tabelle „Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an den folgenden DMP teil:“ in Anlage 1 Abschnitt C-3.	C-3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Teilnahme_DMP> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	C-3	

4.16.3 Element <Mindestmengen>

Elternelemente: *4.16 Element <Qualitaetssicherung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Leistungsbereich	Angabe der Leistungsbereiche, für die gemäß, der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenvereinbarung, Mindestmengen festgelegt sind.	1..8	*siehe 4.16.3.1*	C-5	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.16.3.1 Element <Leistungsbereich> - Mindestmengen

Elternelemente: *4.16.3 Element <Mindestmengen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereiches, für den Mindestmengen festgelegt sind.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Werte der Spalte Leistungsbereich der Tabelle „Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V“ in Anlage 1, C-5.	C-5	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsbereich> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erbrachte_Menge	Im Berichtsjahr erbrachte Menge.	1	Wertebereich: 1..100.000	C-5	
Ausnahmetatbestand	Angaben zur Ausnahmeregelung, die vom Krankenhaus in Anspruch genommen wurde.	1..4	*siehe 4.16.3.1 - 1*	C-5	
Kein_Ausnahmetatbestand	Dieses Element wird eingefügt, falls keine Ausnahmeregelung vom Krankenhaus in Anspruch genommen wurde.	1	Kein Inhalt	C-5	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	C-5	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.16.3.1 - 1 Element <Ausnahmetatbestand>

Elternelemente: *4.16.3.1 Element <Leistungsbereich> - Mindestmengen*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
MM_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Ausnahmetatbestands.	1	*Schlüsselauswahlliste*: „Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung nach § 137 SGB V - Ausnahmetatbestände (C-5)“ im Anhang 2 zu Anlage 1	C-5	Hier dürfen nur die Werte MM01 bis MM04 vorkommen.

4.16.4 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung>

Elternelemente: *4.16 Element <Qualitaetssicherung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Vereinbarung		1..n	*siehe 4.16.4.1*	C-6	

4.16.4.1 Element <Vereinbarung>

Elternelemente: *4.16.4 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
CQ_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Vereinbarung.	1	*Schlüsselauswahlliste*: „Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“) (C-6)“ im Anhang 2 zu Anlage 1.	C-6	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Vereinbarung> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 1000	C-6	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.16.5 Element <Fortbildung>

Elternelemente: ***4.16 Element <Qualitaetssicherung>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Fortbildungspflichtige	Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen.	1	Wertebereich: 0..10000	C-7	
Nachweispflichtige	Anzahl der Fortbildungspflichtigen, die einen Fünfjahreszeitraum der Fortbildung abgeschlossen haben und damit der Nachweispflicht unterliegen.	1	Wertebereich: 0..10000	C-7	Teilmenge von Fortbildungspflichtige
Fortbildungsnachweis_Erbracht_Habende	Anzahl der Nachweispflichtigen, die den Fortbildungsnachweis gemäß § 3 der G-BA-Regelungen erbracht haben.	1	Wertebereich: 0..10000	C-7	Teilmenge von Nachweispflichtige

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Teil B

(XML-Daten der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

5 Externe Qualitätssicherung

In den folgenden Abschnitten wird die XML-Struktur beschrieben, in der die Datenbankversion des Berichtsteils C-1 (*Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V*) des Qualitätsberichtes zu erstellen ist. Hierbei handelt es sich um Teil B der Datensatzbeschreibung.

Erläuterungen zur Beschreibung der XML-Struktur finden sich in Abschnitt „1. Erläuterungen zur Datensatzbeschreibung“.

Was grundsätzlich bei der Erzeugung einer XML-Datei zu beachten ist, wird kurz im Abschnitt „2. Hinweise zur XML-Erzeugung“ erläutert.

Unter Abschnitt „6. XML-Struktur Teil B – Übersicht“ wird der hierarchische Aufbau der XML-Struktur von Teil B dargestellt. In dem folgenden Abschnitt „7. Element <Externe_Qualitaetssicherung>“ werden, beginnend mit dem Rootelement, die einzelnen XML-Elemente im Detail beschrieben.

Schließlich folgen in Abschnitt „8. Übermittlung der Daten“ noch ein kurzer Hinweis zur Datenlieferung, in Abschnitt „9. Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen“ noch einige Prüfungen und in Abschnitt „10. Anhang“ die Listen der Leistungsbereiche für die für Dokumentationsraten und die QI-Ergebnisse.

5.1 Aufbau und Namenskonvention der XML-Dateien

Die Angaben zu C-1.1.[Y] und C-1.2.[Z] werden separat von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an die Annahmestelle übermittelt. Hierfür übermitteln die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (31. Oktober laut Beschluss des G-BA vom 18. Dezember 2008) tabellarisch an das Krankenhaus zur Fehlerprüfung und Kommentierung. Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung an die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen erfolgen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahrs. Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen übermitteln in der Zeit vom 15. November bis 31. Dezember des Erstellungsjahrs krankenhausbezogen die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben.

Für die beiden Abschnitte C-1.1.[Y] (*Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate*) und C-1.2.[Z] (*Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren der Institution nach § 137a SGB V*) des Qualitätsberichts wird jeweils ein Element im XML-Format festgelegt.

Pro Institutionskennzeichen (IK) und Standort gibt es immer genau zwei XML-Dateien, und zwar jeweils eine für die auf Bundesebene und eine für die auf Landesebene beauftragte Stelle.

Die ITSG übermittelt IK und Standortnummer an die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen. Wenn für IK und Standortnummer keine Daten bei der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stelle vorhanden sind, dann wird keine XML-Datei an die ITSG geliefert, sondern es erfolgt eine separate Null-Meldung.

5.1.1 Namenskonvention der XML-Dateien

Die XML-Dateien sind nach folgendem Schema zu benennen:

`<IK>-<SO>-<JAHR>-Bund.xml`

und

`<IK>-<SO>-<JAHR>-Land.xml`.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Variable	Bedeutung	Bemerkung
IK	Institutionskennzeichen, unter dem der Qualitätsbericht abgegeben wird (übereinstimmend mit dem ersten Teil)	9-stellige Nummer
SO	Standortnummer, unter der der Qualitätsbericht abgegeben wird (übereinstimmend mit dem ersten Teil)	2-stellige Nummer: 00 falls nur ein Standort, 99 falls mehrere Standorte in einem gemeinsamen Qualitätsbericht, ansonsten durchnummeriert
JAHR	Berichtsjahr	4-stellige Zahl, 2010

Die Benennung entspricht im Wesentlichen der Konvention der Annahmestelle ITSG. Da die XML-Dateien Teile des Qualitätsberichts sind und mit diesem ausgeliefert werden, stehen in sortierten Dateilisten alle zu einem Qualitätsbericht gehörenden Dateien auch zusammen.

Hinweis: In `<IK>-<SO>-<JAHR>-Land.xml` können 7.1 Element <Dokumentationsrate> und 7.2 Element <Ergebnis> stehen, während in `<IK>-<SO>-<JAHR>-Bund.xml` nur 7.2 Element <Ergebnis> stehen kann. In den Dateien kann 7. Element <Externe_Qualitaetssicherung> auch weder 7.1 Element <Dokumentationsrate> noch 7.2 Element <Ergebnis> enthalten, für den Fall, dass keine entsprechenden Leistungen erbracht wurden.

5.1.2 Abschnitt C-1.1.[Y] – Dokumentationsrate

In diesem Abschnitt werden die Dokumentationsraten für die Leistungsbereiche mit Dokumentationsverpflichtung aufgeführt.

In der Regel liegt zu jedem Standort und Leistungsbereich genau eine Dokumentationsrate vor. Im Qualitätsbericht können in Ausnahmefällen aber zu einem Standort auch mehrere Dokumentationsraten für verschiedene Betriebsstätten angegeben werden. In diesem Fall werden die Überschriften C-1.1.[Y] nummeriert und zu jedem [Y] in der Überschrift eine Bezeichnung der Betriebsstätte angegeben. Dies entspricht 7.1.2 Element <Betriebsstaette>. Wurden Dokumentationsraten standortübergreifend bestimmt und sollen diese Raten in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, so wird das Element **Dokumentationsrate_Mehrfach** in 7.1.2.1 Element <Leistungsbereich> bzw. 7.1.2.2 Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche> angegeben.

Für den Fall, dass in einem Krankenhaus Dokumentationsraten für mehr als eine Betriebsstätte vorliegen, ist der Abschnitt C-1.1.[Y] mehrfach enthalten.

Alle für C-1.1.[Y] benötigten Informationen stehen auf Landesebene zur Verfügung. Somit wird 7.1 Element <Dokumentationsrate> von der auf Landesebene beauftragten Stelle erstellt und ist nur in der Datei `<IK>-<SO>-<JAHR>-Land.xml` vorhanden.

5.1.3 Abschnitt C-1.2.[Z] – Ergebnis

In diesem Abschnitt werden die Ergebnisse zu den Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren der Institution nach § 137a SGB V aufgeführt.

In der Regel liegt zu jedem Standort und jeder Qualitätskennzahl genau ein Ergebnis vor. Im Qualitätsbericht können in Ausnahmefällen aber zu einem Standort auch mehrere Ergebnisse für verschiedene Auswertungseinheiten angegeben werden. In diesem Fall werden die Überschriften C-1.2.[Z] nummeriert und jedem [Z] in der Überschrift eine Bezeichnung der Auswertungseinheit angegeben. Dies entspricht 7.2.2 Element <Auswertungseinheit>. Wur-

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

den Ergebnisse standortübergreifend bestimmt und sollen diese Ergebnisse in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, so wird das Element **Ergebnis_Mehrfach** in 7.2.2.1 Element <Kennzahl> angegeben.

Für den Fall, dass in einem Krankenhaus beispielsweise für die eine Kennzahl nur ein Ergebnis und für eine zweite Kennzahl zwei Ergebnisse vorliegen, enthält der Abschnitt C-1.2.1 (also 7.2.2 Element <Auswertungseinheit> mit Nummer 1) die erste Kennzahl mit nur einem Ergebnis, und die Abschnitte C-1.2.2 und C-1.2.3 (also 7.2.2 Element <Auswertungseinheit> mit Nummern 2 und 3) enthalten die zweite Kennzahl mit jeweils einem Ergebnis zu der zweiten Kennzahl. In diesem Fall gibt es also drei Auswertungseinheiten: Für die erste Kennzahl ist dies das gesamte Krankenhaus und für die zweite Kennzahl gibt es zwei Auswertungseinheiten.

Für die indirekten Leistungsbereiche wird 7.2 Element <Ergebnis> von der auf Landesebene beauftragten Stelle und für die direkten Leistungsbereiche von der auf Bundesebene beauftragten Stelle erstellt, so dass das Element in beiden Dateien vorhanden sein kann.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

6 XML-Struktur Teil B – Übersicht

In dieser Übersicht werden nur die für den hierarchischen Aufbau der XML-Struktur wichtigen XML-Elemente analog zu Abschnitt „Teil A, 3. XML-Struktur - Übersicht“ dargestellt.

```
<Externe_Qualitaetssicherung>                    1        siehe S.79
  <Dokumentationsrate>                           0..1     siehe S.80
  ┌ <Einzige_Betriebsstaette>                    1        siehe S.81
  │   <Leistungsbereich>                         0..n     siehe S.83
  │   <Herzchirurgische_Leistungsbereiche>       0..1     siehe S.84
  │ </Einzige_Betriebsstaette>
  └ <Betriebsstaette>                            2..n     siehe S.82
      <Leistungsbereich>                         0..n     siehe S.83
      <Herzchirurgische_Leistungsbereiche>       0..1     siehe S.84
    </Betriebsstaette>
  </Dokumentationsrate>
  <Ergebnis>                                     0..1     siehe S.84
  ┌ <Einzige_Auswertungseinheit>                 1        siehe S.85
  │   <Kennzahl>                                 1..n     siehe S.86
  │   ┌ <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>          1        siehe S.88
  │   │   <Vertrauensbereich>                    1        siehe S.90
  │   │ ┌ <Zaehler_Nenner>                       1        siehe S.90
  │   │ └ <Zaehler_Nenner_Datenschutz/>          1
  │   │ </Abgeschlossener_Strukt_Dialog>
  │   └ <Strukt_Dialog_Nicht_Abgeschlossen/>     1
  │   </Kennzahl>
  │ </Einzige_Auswertungseinheit>
  └ <Auswertungseinheit>                         2..n     siehe S.85
      <Kennzahl>                                 1..n     siehe S.86
      ┌ <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>          1        siehe S.88
      │   <Vertrauensbereich>                    1        siehe S.90
      │ ┌ <Zaehler_Nenner>                       1        siehe S.90
      │ └ <Zaehler_Nenner_Datenschutz/>          1
      │ </Abgeschlossener_Strukt_Dialog>
      └ <Strukt_Dialog_Nicht_Abgeschlossen/>     1
      </Kennzahl>
    </Auswertungseinheit>
  </Ergebnis>
</Externe_Qualitaetssicherung>
```

Die

7 Element <Externe_Qualitaetssicherung>

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element.					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Berichtsjahr	Berichtsjahr.	1	Zahl, 4-stellig: 2010	-	
IK_Krankenhaus	Institutionskennzeichen Krankenhaus des Qualitätsberichts gemäß *5.1.1 Namens-konvention der XML-Dateien*.	1	Zahl, 9-stellig	-	
Standort	Standortnummer des Qualitätsberichts gemäß *5.1.1 Namenskonvention der XML-Dateien*.	1	Zahl, 2-stellig	-	
Land	Kürzel der Geschäftsstelle.	1	Text, 2 Zeichen *Auswahlliste*: BW= Baden-Württemberg BY= Bayern BE= Berlin BB= Brandenburg HB= Bremen HH= Hamburg HE= Hessen MV= Mecklenburg-Vorpommern NI= Niedersachsen NW= Nordrhein-Westfalen RP= Rheinland-Pfalz SL= Saarland SN= Sachsen ST= Sachsen-Anhalt SH= Schleswig-Holstein TH= Thüringen DV=Direktverfahren	-	

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element.					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Dokumentationsrate		0..1	*siehe 7.1*	C-1.1	Das Element soll nur vorhanden sein, wenn es nicht leer ist.
Ergebnis		0..1	*siehe 7.2*	C-1.2	Das Element soll nur vorhanden sein, wenn es nicht leer ist.

7.1 Element <Dokumentationsrate>

Elternelemente: *7. Element <Externe_Qualitaetssicherung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Einzige_Betriebsstaette	Falls nur eine Betriebsstätte vorhanden ist, ist dieses Element anzugeben.	1	*siehe 7.1.1*	C-1.1	Ausführliche Hinweise *siehe 5.1.2*.
Betriebsstaette	Falls mehrere Betriebsstätten vorhanden sind, ist dieses Element für jede Betriebs-stätte genau einmal anzugeben.	2..n	*siehe 7.1.2*	C-1.1	Ausführliche Hinweise *siehe 5.1.2*.

ese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

7.1.1 Element <Einzige_Betriebsstaette>

Elternelemente: *7.1 Element <Dokumentationsrate>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Leistungsbereich		0..n	*siehe 7.1.2.1*	C-1.1	Nur Leistungsbereiche, deren Fallzahl (Soll) größer 0 ist, werden aufgenommen.
Herzchirurgische_Leistungsbereiche		0..1	*siehe 7.1.2.2*	C-1.1	Für die drei herzchirurgischen Leistungsbereiche 1) isolierte Aortenklappenchirurgie, 2) kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und 3) isolierte Koronarchirurgie ist nur die gemeinsame Gesamtdokumentationsrate und keine Fallzahl anzugeben.

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

7.1.2 Element <Betriebsstaette>

Elternelemente: *7.1 Element <Dokumentationsrate>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Nummer	Betriebsstättennummer des Qualitätsberichts C-1.1.[Y].	1	Zahl, 2-stellig	C-1.1	
Bezeichnung	Bezeichnung der Betriebsstätte im Qualitätsbericht (für Überschrift C-1.1.[Y]).	1	Text, max. Zeichenanzahl: 100	C-1.1	
Leistungsbereich		0..n	*siehe 7.1.2.1*	C-1.1	Nur Leistungsbereiche, deren Fallzahl (Soll) größer 0 ist, werden aufgenommen.
Herzchirurgische_Leistungsbereiche		0..1	*siehe 7.1.2.2*	C-1.1	Für die drei herzchirurgischen Leistungsbereiche 1) isolierte Aortenklappenchirurgie, 2) kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie und 3) isolierte Koronarchirurgie ist nur die gemeinsame Gesamtdokumentationsrate und keine Fallzahl anzugeben.

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

7.1.2.1 Element <Leistungsbereich>

Elternelemente: *7.1.1 Element <Einzige_Betriebsstaette>, 7.1.2 Element <Betriebsstaette>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kuerzel	Kürzel des Leistungsbereichs.	1	Text, 4 Zeichen *Siehe Tabelle 10.1 – Leistungsbereiche für Dokumentations-raten – Spalte Kür-zel*	C-1.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsbereich> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). **(!)** Es sind nur die Leistungsbereiche des Bundeslandes gültig, in dem sich das Kran-kenhaus befindet.
Fallzahl	Fallzahl der erbrachten dokumentati-onspflichtigen Leistungen (Soll).	1	Wertebereich: 6..100.000	C-1.1	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Fallzahl 1 bis einschließlich 5 ist.	1	Kein Inhalt	C-1.1	
Dokumentationsrate	Dokumentationsrate in Prozent (0 bis 100).	1	Zahl, 3-stellig mit 1 Nachkommastelle	C-1.1	
Kommentar_Krankenhaus	Kommentar des Krankenhauses.	0..1	Text, max. Zeichen-anzahl: 1000	C-1.1	
Dokumentationsra-te_Mehrfach	Mehrfachverwendung von Dokumenta-tionsraten (falls Dokumentationsraten zu dieser Betriebsstätte auch in ande-ren Qualitätsberichten erscheinen – standortübergreifende Dokumentati-onsraten).	0..1	Kein Inhalt	C-1.1	Falls vorhanden, stehen weitere Informatio-nen unter Kommentar_Krankenhaus.

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

7.1.2.2 Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche>

Elternelemente: *7.1.1 Element <Einzige_Betriebsstaette>, 7.1.2 Element <Betriebsstaette>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Dokumentationsrate	Dokumentationsrate in Prozent (0 bis 100).	1	Zahl, 3-stellig mit 1 Nachkommastelle	C-1.1	
Kommentar_HCH	Kommentar des Krankenhauses für die Leistungsbereiche „Isolierte Aortenklappenchirurgie“, „Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie“, „Isolierte Koronarchirurgie“.	0..1	Text, max. Zeichen-anzahl: 1000	C-1.1	
Dokumentationsra-te_Mehrfach	Mehrfachverwendung von Dokumenta-tionsraten (falls Dokumentationsraten zu dieser Betriebsstätte auch in ande-ren Qualitätsberichten erscheinen – standortübergreifende Dokumentati-onsraten).	0..1	Kein Inhalt	C-1.1	Falls vorhanden, stehen weitere Informatio-nen unter Kommentar_HCH.

7.2 Element <Ergebnis>

Elternelemente: *7. Element <Externe_Qualitaetssicherung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Einzige_Auswertungseinheit	Falls nur eine Auswertungs-einheit vorhanden ist, ist dieses Element anzugeben.	1	*siehe 7.2.1*	C-1.2	Ausführliche Hinweise *siehe 5.1.3*.
Auswertungseinheit	Falls mehrere Auswertungs-einheiten vorhanden sind, ist dieses Element für jede Auswertungseinheit genau einmal anzugeben.	2..n	*siehe 7.2.2*	C-1.2	Ausführliche Hinweise *siehe 5.1.3*.

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

7.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit>

Elternelemente: *7.2 Element <Ergebnis>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kennzahl		1..n	*siehe 7.2.2.1*	C-1.2	

7.2.2 Element <Auswertungseinheit>

Elternelemente: *7.2 Element <Ergebnis>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Nummer	Auswertungseinheitsnummer des Qualitätsberichts C-1.2.[Z]	1	Zahl, 2-stellig	C-1.2	
Bezeichnung	Bezeichnung der Auswertungseinheit im Qualitätsbericht (für Überschrift C-1.2.[Z])	1	Text, max. Zeichenanzahl: 100	C-1.2	
Kennzahl		1..n	*siehe 7.2.2.1*	C-1.2	

Die Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

7.2.2.1 Element <Kennzahl>

Elternelemente: *7.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit>, 7.2.2 Element <Auswertungseinheit>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kuerzel	Kürzel der Qualitätskennzahl	1	Text, 40 Zeichen *Siehe Tabelle 10.2 – Leistungsbereiche für Ergebnisse – Spalte Kennzahl-ID*	C-1.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Kennzahl> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Abgeschlossener_Strukt_Dialog	Wenn der Strukturierte Dialog abgeschlossen ist, stehen in diesem Element Bewertung und ggf. Vertrauensbereich, Ergebnis sowie Zähler und Nenner.	1	*siehe 7.2.2.1 - 1*	C-1.2	
Strukt_Dialog_Nicht_Abgeschlossen	Dieses Element ist anzugeben, wenn der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist.	1	Kein Inhalt	C-1.2	Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.
Kommentar_Beauftragte_Stelle	Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene zum Ergebnis des Krankenhauses in dieser Kennzahl und zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs	0..1	Text, max. Zeichenanzahl: 1000	C-1.2	
Kommentar_Krankenhaus	Kommentar des Krankenhauses zu seinem Ergebnis in dieser Kennzahl und zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs	0..1	Text, max. Zeichenanzahl: 1000	C-1.2	

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elternelemente: ***7.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit>, 7.2.2 Element <Auswertungseinheit>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ergebnis_Mehrfach	Mehrfachverwendung von Ergebnissen (falls Ergebnisse zu dieser Auswertungseinheit auch in anderen Qualitätsberichten erscheinen – standortübergreifende Ergebnisse)	0..1	Kein Inhalt	C-1.2	Falls vorhanden, stehen weitere Informationen unter Kommentar_Krankenhaus.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

7.2.2.1 - 1 Element <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elternelemente: *7.2.2.1 Element <Kennzahl>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Bewertung_Strukturierter_Dialog	Einstufung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs.	1	Zahl, 2-stellig *Auswahlliste (Schlüssel lt. Anl. 1 der QB-Vereinbarung)*: 1 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. 2 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ unauffällig eingestuft. Die Ergebnisse werden im Verlauf besonders kontrolliert. 3 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als qualitativ auffällig eingestuft. 4 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs als erneut qualitativ auffällig eingestuft. 5 = Das Ergebnis wird bei mangelnder Mitwirkung am Strukturierten Dialog als qualitativ auffällig eingestuft. (6 = nicht besetzt) (7 = nicht besetzt) 8 = Das Ergebnis ist unauffällig. Es ist kein Strukturierter Dialog erforderlich. 9 = Sonstiges (im Kommentar erläutert) (10 = nicht besetzt) (11 = nicht besetzt) (12 = nicht besetzt) 13 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als qualitativ auffällig eingestuft.	C-1.2	

			14 = Das Ergebnis wird nach Abschluss des Strukturierten Dialogs wegen fehlerhafter Dokumentation als erneut qualitativ auffällig eingestuft.		
Vertrauensbereich	Untere und obere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs.	0..1	*siehe 7.2.2.1 - 1.1*	C-1.2	Wenn dem Krankenhaus kein Ergebnis vorliegt, sind die Elemente Vertrauensbereich, Ergebnis und Zaehler_Nenner nicht anzugeben. In diesem Fall ist in *7.2.2.1 Element <Kennzahl>* unter Kommentar_Beauftragte_Stelle ein passender Kommentar gemäß Ausfüllhinweis zu C-1.2 anzugeben.
Ergebnis	Ergebnis des Krankenhauses in dieser Kennzahl.	0..1	Zahl, n-stellig mit Nachkommastelle Bei Prozentzahlen sind Werte von 0 bis 100 einzutragen.	C-1.2	
Zaehler_Nenner		0..1	*siehe 7.2.2.1 - 1.2*	C-1.2	
Zaehler_Nenner_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn Zähler 1 bis 5 oder Nenner <= 5 ist.	0..1	Kein Inhalt	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

7.2.2.1 - 1.1 Element <Vertrauensbereich>

Elternelemente: *7.2.2.1 - 1 Element <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Vertrauensbereich_Untere_Grenze	Untere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs zum Ergebnis des Krankenhauses in dieser Kennzahl, in Prozent (0 bis 100).	1	Zahl, 3-stellig mit 1 Nachkommastelle	C-1.2	
Vertrauensbereich_Obere_Grenze	Obere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs zum Ergebnis des Krankenhauses in dieser Kennzahl, in Prozent (0 bis 100).	1	Zahl, 3-stellig mit 1 Nachkommastelle	C-1.2	

7.2.2.1 - 1.2 Element <Zaehler_Nenner>

Elternelemente: *7.2.2.1 - 1 Element <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Zaehler	Zähler des Krankenhauses in dieser Kennzahl.	0..1	Wertebereich: 0 oder 6..100.000	C-1.2	
Nenner	Nenner des Krankenhauses in dieser Kennzahl.	1	Wertebereich: 6..100.000	C-1.2	

Die Richtlinien-Version nicht mehr in Kraft.

8 Übermittlung der Daten

Lieferung der Daten durch die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an die ITSG

Bei jeder Datenlieferung werden alle verfügbaren Datensätze zu einem Qualitätsbericht übermittelt. Dabei werden Standorte in der Datenübermittlung zusammengefasst; eine Teillieferung ist nicht vorgesehen. Bis zum Annahmeschluss ist die Übermittlung von aktualisierten Datenbeständen möglich. An den G-BA wird von der ITSG die letzte fehlerfreie Datenlieferung weitergeleitet.

Lieferung der Daten durch die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an die Krankenhäuser

- Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen übermitteln den Berichtsteil C-1 nach Abschluss des Strukturierten Dialogs bis zum 15. November zur Fehlerprüfung und Kommentierung an das Krankenhaus.
- Die für die ITSG vorgesehene Datenlieferung im XML-Format wird bis zum 15. Dezember an die Krankenhäuser gesandt. Diese haben damit die Möglichkeit, bis zum 31. Dezember einen um den Berichtsteil C-1 erweiterten Qualitätsbericht im PDF-Format zu erstellen und an die ITSG zu übermitteln. Die Daten der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen sind dabei unverändert in die PDF-Version zu übernehmen.

8.1 Verfahren zur Übermittlung der Daten

Die Exportdateien werden z. B. als E-Mail-Anhang an die Annahmestelle für Qualitätsberichte bei der ITSG übermittelt.

Kontaktadresse:

Informationstechnische Servicestelle
der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG)
Seligenstädter Grund 11
63150 Heusenstamm

Telefon-Zentrale: 06104 - 600 50 0
Telefax: 06104 - 600 50 300
E-Mail: hotline@itsg.de

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

9 Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen

Die Validitätsprüfungen ergeben sich aus den Wertebereichen und Datentypen, die für die einzelnen Elemente aufgeführt sind.

Die Validierung ist weitestgehend durch die Schemadatei abgedeckt.

Die Plausibilitätsprüfungen sind der Spalte *Hinweis* der einzelnen Elemente zu entnehmen.

7. Element <Externe_Qualitaetssicherung> kann 7.1 Element <Dokumentationsrate> und/oder 7.2 Element <Ergebnis> oder keines der beiden Elemente enthalten.

Falls in 7. Element <Externe_Qualitaetssicherung> aber 7.1 Element <Dokumentationsrate> vorhanden ist, dann ist zu beachten, dass die Elemente 7.1.1 Element <Einzige_Betriebsstaette> bzw. 7.1.2 Element <Betriebsstaette> nicht leer sind, sie müssen mindestens eins der beiden Elemente 7.1.2.1 Element <Leistungsbereich> und 7.1.2.2 Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche> enthalten.

9.1 Zusätzliche Prüfungen

Zusätzliche Prüfungen werden vor Versand an die Annahmestelle durch die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen und dann noch einmal bei der Entgegennahme der Daten durchgeführt. Diese Prüfungen erfolgen zeitnah und dienen der Sicherung der Konsistenz der Daten. Wird von der Annahmestelle ein Fehler entdeckt, wird die einsendende auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragte Stelle unverzüglich informiert.

1) Bei der Angabe einer Standortnummer 0 oder 99 darf kein weiterer Standort zum gleichen IK angegeben werden. Zu einer Standortnummer > 0 und < 99 müssen mindestens 2 Stand-orte definiert sein. Diese sollen fortlaufend und mit 1 beginnend nummeriert sein.

2) Betriebsstätten werden in der externen stationären Qualitätssicherung immer beginnend mit 1 nummeriert. Falls es nur eine Betriebsstätte gibt, wird statt 7.1.2 Element <Betriebsstaette> das Element 7.1.1 Element <Einzige_Betriebsstaette> verwendet.

3) Auswertungseinheiten werden immer beginnend mit 1 nummeriert. Falls es nur eine Auswertungseinheit gibt, wird statt 7.2.2 Element <Auswertungseinheit> das Element 7.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit> verwendet.

4) Sollen die Dokumentationsraten zu einem IK in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, ist das Element **Dokumentationsrate_Mehrfach** in 7.1.2.1 Element <Leistungsbereich> bzw. 7.1.2.2 Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche> anzugeben (bei allen Standorten dieses IK), und hierauf wird im Element **Kommentar_Krankenhaus** bzw. in **Kommentar_HCH** hingewiesen.

5) Sollen die Ergebnisse zu einem IK in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, ist das Element **Ergebnis_Mehrfach** in 7.2.2.1 Element <Kennzahl> anzugeben (bei allen Standorten dieses IK), und hierauf wird im Element **Kommentar_Krankenhaus** hingewiesen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

10 Anhang

Die folgenden Tabellen beziehen sich auf die Anlage 1 der Regelungen des G-BA zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R).

10.1 Liste der Leistungsbereiche für Dokumentationsraten

In der folgenden Tabelle sind die Kürzel der Leistungsbereiche für die Datensätze der externen stationären Qualitätssicherung mit bundesweiter Dokumentationspflicht aufgelistet.

Hinweis: Die Kürzel sind auch bei der Datenübermittlung zu verwenden (siehe hierzu auch 7.1.2.1 Element <Leistungsbereich> bzw. 7.1.2.2 Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche>).

Die Übermittlung an die Annahmestelle erfolgt sowohl für das direkte als auch für das indirekte Verfahren durch die auf Landesebene beauftragte Stelle.

	Kürzel	Bezeichnung	Verfahren
1	PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	indirekt
2	HCH-AORT	Aortenklappenchirurgie, isoliert	direkt
3	12/1	Cholezystektomie	indirekt
4	DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	indirekt
5	16/1	Geburtshilfe	indirekt
6	15/1	Gynäkologische Operationen	indirekt
7	09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	indirekt
8	09/1	Herzschrittmacher-Implantation	indirekt
9	09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	indirekt
10	HTX	Herztransplantation	direkt
11	17/2	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	indirekt
12	17/3	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	indirekt
13	17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur	indirekt
14	10/2	Karotis-Rekonstruktion	indirekt
15	17/5	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	indirekt
16	17/7	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	indirekt
17	HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	direkt
18	21/3	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	indirekt
19	HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	direkt
20	18/1	Mammachirurgie	indirekt
21	LTX	Lebertransplantation	direkt
22	LLS	Leberlebendspende	direkt
23	NTX	Nierentransplantation	direkt

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

	Kürzel	Bezeichnung	Verfahren
24	NLS	Nierenlebendspende	direkt
25	LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	direkt
26	PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	direkt
27	NEO	Neonatologie	indirekt
28	09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	indirekt
29	09/5	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	indirekt
30	09/6	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation	indirekt

10.2 Liste der Leistungsbereiche für QI-Ergebnisse

In der folgenden Tabelle sind die Kennzahl-IDs (Kürzel) der Leistungsbereiche für die Datensätze der externen stationären Qualitätssicherung mit bundesweiter Veröffentlichungspflicht (gemäß Tabelle A in Anhang 3 zu Anlage 1 der Qb-R) aufgelistet.

Hinweis: Die QI-Ergebnisse in den Leistungsbereichen aus den direkten Verfahren werden durch die auf Bundesebene beauftragte Stelle, jene aus den indirekten Verfahren durch die auf Landesebene beauftragte Stelle an die Annahmestelle übermittelt.

Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Indikator-Nr	Bezeichnung des Qualitätsindikators/ der Qualitätskennzahl	Kennzahl-ID
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	1	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	690
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	3	Leitlinienkonforme Systemwahl und implantiertem Ein- oder Zweikammersystem	2196
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	5	Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei implantiertem VVI	10148
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	5	Eingriffsdauer bis 90 Minuten bei implantiertem DDD	10178
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	6	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei implantiertem VVI	10223
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	6	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei implantiertem DDD	10249
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	7	Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde	209
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	7	Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde	581
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	7	Patienten mit chirurgischen Komplikationen	1103
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	8	Vorhofsonden mit Amplitude >= 1,5 mV	582
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	8	Ventrikelsonden mit Amplitude >= 4 mV	583
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	4	Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle	482
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	4	Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle	483
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	5	Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude	1099
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	1	Stenosegrad >= 60% (NASCET)	603
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	2	Indikation bei symptomatischer Stenose >= 50%	604
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	7	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	11704
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	7	Risikoadjustierte Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod	11705
12n1-CHOL	Cholezystektomie	4	Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC	220

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

12n1-CHOL	Cholezystektomie	6	Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen mit Reintervention nach laparoskopischer Operation	227
12n1-CHOL	Cholezystektomie	7	Verstorbene Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3	228
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	1	Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit mindestens einer Organverletzung bei laparoskopischer Operation	1055
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	2	Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung bei Hysterektomie	553
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	2	Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit mindestens einer Organverletzung bei Hysterektomie	557
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	3	Patientinnen mit fehlender Histologie nach isoliertem Ovareingriff	12874
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	4	Patientinnen mit Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder Normalbefund nach isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung der Adnexe	10211
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	5	Patientinnen <= 40 Jahre mit organerhaltender Operation bei benigner Histologie	612
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	6	Patientinnen mit führender Histologie "Ektopie" oder mit histologischem Normalbefund nach Konisation	665
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	6	Patientinnen ohne postoperative Histologie nach Konisation	666
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	7	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	235
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	8	Patientinnen < 35 Jahre mit Hysterektomie bei benigner Histologie	672
16n1-GEBH	Geburtshilfe	1	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburt (24+0 bis unter 34+0 Schwangerschaftswochen), mind. 2 Tage präp. Aufenthalt	330
16n1-GEBH	Geburtshilfe	1	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburt (24+0 bis unter 34+0 Schwangerschaftswochen)	328
16n1-GEBH	Geburtshilfe	4	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten	1058
16n1-GEBH	Geburtshilfe	5	Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen	319
16n1-GEBH	Geburtshilfe	6	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien pH-Bestimmung	321
16n1-GEBH	Geburtshilfe	7	Pädiater bei Geburt von Frühgeborenen unter 35+0 Wochen anwesend	318
16n1-GEBH	Geburtshilfe	8	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	1059
16n1-GEBH	Geburtshilfe	9	Dammriss Grad III/IV bei Spontangeburt	322
16n1-GEBH	Geburtshilfe	9	Dammriss Grad III/IV bei Spontangeburt ohne Episiotomie	323
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	1	Operation > 48 Stunden nach Aufnahme	2266
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	7	Patienten mit Endoprothesenluxation	2270
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	8	Patienten mit postoperativer Wundinfektion	2274
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	11	Reoperation	2268
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	12	Letalität bei ASA 3	2276
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	12	Letalität bei ASA 1 - 2	2277
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	12	Letalität bei endoprothetischer Versorgung	2278
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	12	Letalität bei osteosynthetischer Versorgung	2279
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1	Indikation	1082
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	2	Antibiotikaprophylaxe bei allen Patienten	265
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	3	Postop. Beweglichkeit: Neutral-Null-Methode gemessen	2223
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	6	Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur	449
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	7	Endoprothesenluxation	451
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	8	Postoperative Wundinfektionen	452

Lizenzen-Version ist nicht mehr in Kraft.

17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	11	Reoperation	456
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	12	Letalität bei allen Patienten	457
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1	Indikation	268
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	2	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	270
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	5	Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur	463
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	10	Reoperation	470
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	11	Letalität	471
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	1	Indikation	276
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	3	Post. Beweglichkeit: Neutral-Null-Methode gemessen	2218
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	3	Patienten ab 20 Jahre mit postoperativer Beweglichkeit von mind. 0/0/90	10953
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	10	Patienten mit Reoperation wegen Komplikation	290
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	11	Letalität	472
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1	Indikation	295
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	2	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	292
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	9	Reoperation	475
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	10	Letalität bei allen Patienten	476
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	1	Prätherapeutische Diagnosesicherung bei Patientinnen mit nicht-tastbarer maligner Neoplasie	50047
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	1	Prätherapeutische Diagnosesicherung bei Patientinnen mit tastbarer maligner Neoplasie	50080
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	2	Intraoperatives Präparatröntgen	303
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	3	Hormonrezeptoranalyse	2135
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	3	HER-2/neu-Analyse	2261
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	4	Angabe Sicherheitsabstand bei brusterhaltender Therapie	2131
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	4	Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie	2162
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	5	Primäre Axilladissektion bei DCIS	2163
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	7	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	2262
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	8	Indikation zur brusterhaltenden Therapie	2167
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1	Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen	399
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	2	Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung	2061
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	3	Indikation zur PCI	2062
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	4	Wesentliches Interventionsziel bei PCI mit Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"	2063
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	4	Wesentliches Interventionsziel bei PCI	2064
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	6	In-Hospital-Letalität bei PCI	417

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	6	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	11863
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	6	Risikoadjustierte Rate der In-Hospital-Letalität	11864
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	7	Durchleuchtungsdauer bei Koronarangiographie	419
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	7	Durchleuchtungsdauer bei PCI	2073
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	8	Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm²	12774
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	8	Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 12.000 cGy*cm²	12775
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	8	Flächendosisprodukt bei Einzeitig-PCI	12772
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	9	Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI	424
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	9	Kontrastmittelmenge bei Koronarangiographie (ohne Einzeitig-PCI)	422
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	9	Kontrastmittelmenge bei PCI (ohne Einzeitig-PCI)	423
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung	2117
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung	11733
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung	2116
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	11732
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	11741
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung	11742
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	2	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme	2118
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	2	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren	2264
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	3	In-Hospital-Letalität bei allen Patienten	340
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	3	In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	341
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	3	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der In-Hospital-Letalität nach AKL-Score	12092
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	3	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach log. AKL-SCORE (O/E * Gesamt)	12093
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	3	30-Tage-Letalität	343
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	3	Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	345
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	2	In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in der ersten OP isoliert kathetergestützt an der Aortenklappe operiert wurden	11994
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	2	In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	11995
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	2	30-Tage-Letalität	11996
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	2	Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	11997
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	2	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der In-Hospital-Letalität nach AKL-Score	12168

ersion ist nicht mehr in Kraft.

HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	2	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach log. AKL-SCORE (O/E * Gesamt)	12169
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	1	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	332
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	4	In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in der ersten OP isoliert koronarchirurgisch operiert wurden	348
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	4	In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elekti-ver/dringlicher Operation	349
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	4	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der In-Hospital-Letalität nach KCK-Score 3.0	11617
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	4	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach log. KCH-SCORE 3.0 (O/E * Gesamt)	11618
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	4	30-Tage-Letalität	351
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	4	Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postopera-tiv (Follow-up-Rate)	353
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	3	In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aorten-klappe operiert wurden	359
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	3	In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elekti-ver/dringlicher Operation	360
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	3	30-Tage Letalität	362
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	3	Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postopera-tiv (Follow-up-Rate)	11391
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	3	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der In-Hospital-Letalität nach KBA-Score	12193
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	3	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach log. KBA-SCORE (O/E * Gesamt)	12194
HTX	Herztransplantation	1	In-Hospital-Letalität des Empfängers	2157
HTX	Herztransplantation	2	30-Tages-Überleben (bei bekanntem Status)	12542
HTX	Herztransplantation	3	Unbekannter Überlebensstatus 1 Jahr postoperativ	12250
HTX	Herztransplantation	3	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12253
HTX	Herztransplantation	4	Unbekannter Überlebensstatus 2 Jahre postoperativ	12262
HTX	Herztransplantation	4	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12269
HTX	Herztransplantation	5	Unbekannter Überlebensstatus 3 Jahre postoperativ	12278
HTX	Herztransplantation	5	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12289
LTX	Lebertransplantation	1	In-Hospital-Letalität	2096
LTX	Lebertransplantation	2	Tod durch operative Komplikationen	2097
LTX	Lebertransplantation	4	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12349
LTX	Lebertransplantation	5	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12365
LTX	Lebertransplantation	6	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12385
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	1	In-Hospital-Letalität	2155
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	2	1-Jahres-Überleben: Status unbekannt	12394
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	2	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12397
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	3	2-Jahres-Überleben: Status unbekannt	12406
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	3	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12413
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	4	3-Jahres-Überleben: Status unbekannt	12422
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	4	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12433
NLS	Nierenlebendspende	2	Dialyse beim Nierenlebendspender erforderlich	2138
NLS	Nierenlebendspende	3	Nierenfunktion des Spenders	2139
NLS	Nierenlebendspende	9	Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nieren-lebendspende	12452
NLS	Nierenlebendspende	14	Spender mit eingeschränkter Nierenfunktion 3 Jahre nach Nierenlebendspende	12644

Diese Version ist nicht mehr in Kraft.

NTX	Nierentransplantation	1	Patienten, die im Krankenhaus verstarben	2171
NTX	Nierentransplantation	2	Isoliert nierentransplantierte lebende Patienten nach postmortaler Organspende mit sofortiger Funktionsaufnahme des Transplantats	2184
NTX	Nierentransplantation	2	Isoliert nierentransplantierte lebende Patienten nach Lebendorganspende mit sofortiger Funktionsaufnahme des Transplantats	2185
NTX	Nierentransplantation	3	Isoliert nierentransplantierte Patienten nach postmortaler Organspende mit guter oder mäßiger Transplantatfunktion	2188
NTX	Nierentransplantation	3	Isoliert nierentransplantierte lebende Patienten nach Lebendorganspende mit guter oder mäßiger Transplantatfunktion	2189
NTX	Nierentransplantation	5	Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen Abstoßung	2176
NTX	Nierentransplantation	6	1-Jahres-Überleben der Patienten aus 2008 (bei bekanntem Überlebensstatus)	2144
NTX	Nierentransplantation	7	Transplantatversagen 1 Jahr nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	12809
NTX	Nierentransplantation	8	Mäßige oder gute Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	12729
NTX	Nierentransplantation	10	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12199
NTX	Nierentransplantation	11	Transplantatversagen 2 Jahre nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	12810
NTX	Nierentransplantation	13	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12237
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	1	Patienten mit erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	2005
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	2	Alle Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	2009
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	3	Patienten der Risikoklasse 2 (1-2 Punkte nach CRB-65-SCORE) mit Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme	2013
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	4	Verlaufskontrolle CRP / PCT	2015
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	6	Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt	2028
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	8	Verstorbene Patienten der Risikoklasse 1 (0 Punkte nach CRB-65-SCORE)	11879
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	8	Verstorbene Patienten der Risikoklasse 2 (1-2 Punkte nach CRB-65-SCORE)	11880
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	8	Verstorbene Patienten der Risikoklasse 3 (3-4 Punkte nach CRB-65-SCORE)	11881
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	1	In-Hospital-Letalität	2143
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	2	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	2145
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	3	Entfernung des Pankreastransplantats	2146
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	4	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Follow-up-Status)	12493
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	5	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Transplantation	12824
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	6	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12509
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	7	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Transplantation	12841
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	8	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12529
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	9	Nach 3 Jahren: insulinfrei (bei bekanntem Status)	12861

Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 2 zu Anlage 1

zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
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

(Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R)

Auswahllisten

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Fachabteilungsübergreifende Versorgungsschwerpunkte des Krankenhauses" (A-8)

Nr.	Fachabteilungsübergreifender Versorgungsschwerpunkt	Fachabteilungen, die an dem Versorgungsschwer-punkt beteiligt sind	Kommentar/ Erläuterung
VS10	Abdominalzentrum (Magen-Darm-Zentrum)		
VS11	Adipositaszentrum		
VS12	Ambulantes OP-Zentrum		
VS13	Beckenbodenzentrum		
VS01	Brustzentrum		
VS14	Diabeteszentrum		
VS15	Dialysezentrum		
VS16	Endoprothesenzentrum		
VS17	Epilepsiezentrum		
VS18	Fußzentrum		
VS19	Gefäßzentrum		
VS20	Gelenkzentrum		
VS21	Geriatriezentrum (Zentrum für Altersmedizin)		
VS22	Herzzentrum		
VS23	Inkontinenzzentrum/Kontinenzzentrum		
VS24	Interdisziplinäre Intensivmedizin		
VS25	Interdisziplinäre Tumornachsorge		
VS26	Kinderzentrum		
VS27	Kompetenzzentrum Telematik/Telemedizin		
VS28	Kopfzentrum		
VS29	Lungenzentrum		
VS30	Mukoviszidosezentrum		
VS31	Muskelzentrum		
VS32	Mutter-Kind-Zentrum		
VS33	Neurozentrum		
VS50	Operative Intensivmedizin		
VS34	Palliativzentrum		
VS51	Pankreaszentrum		
VS02	Perinatalzentrum		*z. B. Betreuung von Risikoschwanger-schaften*
VS35	Plastische, Ästhetische und Rekonstruktive Chirurgie		
VS36	Pneumologisch-Thoraxchirurgisches Zentrum		
VS37	Polytraumaversorgung		
VS38	Prostatazentrum		
VS39	Rheumazentrum		
VS40	Schilddrüsenzentrum		
VS41	Schlafmedizinisches Zentrum		
VS03	Schlaganfallzentrum		
VS42	Schmerzzentrum		
VS43	Thoraxzentrum		
VS04	Transplantationszentrum		
VS05	Traumazentrum		
VS06	Tumorzentrum		
VS44	Wirbelsäulenzentrum		
VS45	Wundzentrum		
VS07	Zentrum für angeborene und erworbene Fehlbildungen		
VS46	Zentrum für Diabetes und Schwangerschaft		
VS47	Zentrum für Herz-Kreislauf-Erkrankungen		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VS48	Zentrum für Minimalinvasive Chirurgie		
VS49	Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie		
VS09	Zentrum für Schwerbrandverletzte		
VS00	(„Sonstiges“)		

Auswahlliste „Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote" (A-9 und B-[X].3)

Nr.	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP01	Akupressur	*z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen*
MP02	Akupunktur	
MP03	Angehörigenbetreuung/-beratung/-seminare	
MP53	Aromapflege/-therapie	
MP54	Asthmaschulung	
MP04	Atemgymnastik/-therapie	
MP55	Audiometrie/Hördiagnostik	
MP06	Basale Stimulation	
MP56	Belastungstraining/-therapie/Arbeitserprobung	
MP08	Berufsberatung/Rehabilitationsberatung	
MP09	Besondere Formen/Konzepte der Betreuung von Sterbenden	*z. B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung, Abschiedsraum*
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Bewegungstherapie	*z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie*
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	
MP69	Eigenblutspende	
MP15	Entlassungsmanagement/Brückenpflege/Überleitungspflege	
MP16	Ergotherapie/Arbeitstherapie	
MP17	Fallmanagement/Case Management/Primary Nursing/Bezugspflege	
MP18	Fußreflexzonenmassage	
MP19	Geburtsvorbereitungskurse/Schwangerschaftsgymnastik	
MP59	Gedächtnistraining/Hirnleistungstraining/Kognitives Training/ Konzentrationstraining	
MP20	Hippotherapie/Therapeutisches Reiten/Reittherapie	
MP21	Kinästhetik	
MP22	Kontinenztraining/Inkontinenzberatung	
MP23	Kreativtherapie/Kunsttherapie/Theatertherapie/Bibliotherapie	
MP24	Manuelle Lymphdrainage	
MP25	Massage	*z. B. Akupunktmassage, Bindegewebsmassage, Shiatsu*
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	*z. B. Unterricht für schulpflichtige Kinder*
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	*z. B. medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie*
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	*z. B. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie*
MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	*z. B. Nichtraucherkurse, Koronarsportgruppe*
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	*z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltens-therapie, Suchttherapie, Konzen-trative Bewegungstherapie*
MP61	Redressionstherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP38	Sehschule/Orthoptik	
MP62	Snoezelen	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	*z. B. Besichtigungen und Führun-gen (Kreißsaal, Hospiz etc.), Vor-träge, Informationsveranstaltungen*
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	*z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe*
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	*z. B. Babyschwimmen, Babymassage, PEKiP*
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	*z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais*
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	*z. B. Schreiambulanz, Tragetuchkurs, Babymassagekurs, Elterncafé, Erziehungsberatung*
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	*z. B. Forced-Use-Therapie, Taub´sche Therapie, Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schluck-therapie*
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen	*z. B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote*
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	*z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Brustschwester*
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP46	Traditionelle Chinesische Medizin	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	*z. B. spezielle Versorgung chroni-scher Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris*
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	
MP00	(„Sonstiges“)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Auswahlliste „Serviceangebote" (A-10) und (B-[X].4)

Nr.	Serviceangebot	Kommentar/Erläuterung
	Räumlichkeiten	
SA43	Abschiedsraum	
SA01	Aufenthaltsräume	
SA59	Barrierefreie Behandlungsräume	

SA02	Ein-Bett-Zimmer	
SA03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
SA04	Fernsehraum	
SA05	Mutter-Kind-Zimmer/Familienzimmer	
SA06	Rollstuhlgerechte Nasszellen	
SA07	Rooming-in	
SA08	Teeküche für Patienten und Patientinnen	
SA09	Unterbringung Begleitperson	*z. B. bei Begleitpersonen von Kindern kostenlos, sonst kostenpflichtig möglich*
SA10	Zwei-Bett-Zimmer	
SA11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle	
	Ausstattung der Patientenzimmer	
SA12	Balkon/Terrasse	
SA61	Betten und Matratzen in Übergröße	
SA13	Elektrisch verstellbare Betten	
SA14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	
SA15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	
SA16	Kühlschrank	
SA17	Rundfunkempfang am Bett	
SA18	Telefon	
SA19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer	
	Verpflegung	
SA20	Frei wählbare Essenszusammenstellung (Komponentenwahl)	
SA21	Kostenlose Getränkebereitstellung	*z. B. Mineralwasser*
SA44	Diät-/Ernährungsangebot	
SA45	Frühstücks-/Abendbuffet	
SA46	Getränkeautomat	
SA47	Nachmittagstee/-kaffee	
	Ausstattung/Besondere Serviceangebote des Krankenhauses	
SA48	Geldautomat	
SA22	Bibliothek	
SA23	Cafeteria	
SA24	Faxempfang für Patienten und Patientinnen	
SA25	Fitnessraum	
SA49	Fortbildungsangebote/Informationsveranstaltungen	
SA26	Frisiersalon	
SA27	Internetzugang	
SA50	Kinderbetreuung	
SA28	Kiosk/Einkaufsmöglichkeiten	
SA29	Kirchlich-religiöse Einrichtungen	*z. B. Kapelle, Meditationsraum*
SA30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	
SA31	Kulturelle Angebote	
SA32	Maniküre/Pediküre	
SA51	Orientierungshilfen	*z. B. Lagepläne, gut lesbare Beschilderung*
SA33	Parkanlage	
SA52	Postdienst	
SA34	Rauchfreies Krankenhaus	
SA35	Sauna	
SA53	Schuldienst	
SA36	Schwimmbad/Bewegungsbad	
SA37	Spielplatz/Spielecke	
SA54	Tageszeitungsangebot	
SA38	Wäscheservice	
	Persönliche Betreuung	
SA60	Beratung durch Selbsthilfeorganisationen	
SA55	Beschwerdemanagement	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

SA39	Besuchsdienst/„Grüne Damen“	
SA41	Dolmetscherdienste	*z. B. Sprache; ggf. Gebärden-dolmetscher oder Gebärden-dolmetscherin*
SA40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen	
SA56	Patientenfürsprache	
SA42	Seelsorge	
SA58	Wohnberatung	
SA00	(„Sonstiges“)	

Auswahlliste „Akademische Lehre“ (A-11.2)

Nr.	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar/Erläuterung
FL01	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL02	Dozenturen/Lehrbeauftragungen an Fachhochschulen	
FL03	Studierendenausbildung (Famulatur/Praktisches Jahr)	
FL04	Projektbezogene Zusammenarbeit mit Hochschulen und Universitäten	
FL05	Teilnahme an multizentrischen Phase-I/II-Studien	
FL06	Teilnahme an multizentrischen Phase-III/IV-Studien	
FL07	Initiierung und Leitung von uni-/multizentrischen klinisch-wissenschaftlichen Studien	
FL08	Herausgeberschaften wissenschaftlicher Journale/Lehrbücher	
FL09	Doktorandenbetreuung	
FL00	(„Sonstiges“)	

Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (A-11.3)

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/Erläuterung
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin	
HB03	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
HB04	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin (MTA)	
HB05	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)	
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)	
HB08	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	
HB09	Logopäde und Logopädin	
HB10	Entbindungspfleger und Hebamme	
HB11	Podologe und Podologin	
HB00	(„Sonstiges“)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal" (A-14.3) und (B-[X].11.3)

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/ Erläuterung
SP29	Altentherapeut und Altentherapeutin	
SP51	Apotheker und Apothekerin	
SP02	Arzthelfer und Arzthelferin	
SP52	Asthmaberater und Asthmaberaterin/Asthmatherapeut und Asthmatherapeutin/Asthmatrainer und Asthmatrainerin	
SP30	Audiologe und Audiologin/Audiologieassistent und Audiologieassistentin/Audiometrieassistent und Audiometrieassistentin/Audiometrist und Audiometristin/Hörgeräteakustiker und Hörgeräteakustikerin	
SP31	Bewegungstherapeut und Bewegungstherapeutin (z. B. nach DAKBT)/Tanztherapeut und Tanztherapeutin	
SP32	Bobath-Therapeut und Bobath-Therapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	
SP33	Castillo-Morales-Therapeut und Castillo-Morales-Therapeutin	
SP34	Deeskalationstrainer und Deeskalationstrainerin/Deeskalations-manager und Deeskalationsmanagerin/Deeskalationsfachkraft (mit psychologischer, pädagogischer oder therapeutischer Vorbildung)	
SP35	Diabetologe und Diabetologin/Diabetesassistent und Diabetes-assistentin/Diabetesberater und Diabetesberaterin/Diabetes-beauftragter und Diabetesbeauftragte/Wundassistent und Wundassistentin DDG/Diabetesfachkraft Wundmanagement	
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP36	Entspannungspädagoge und Entspannungspädagogin/Entspan-nungstherapeut und Entspannungstherapeutin/Entspannungs-trainer und Enspannungstrainerin (mit psychologischer, thera-peutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrer und Heileurhythmielehrerin/Feldenkraislehrer und Feldenkrais-lehrerin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin/Arbeits- und Beschäftigungs-therapeut und Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin	
SP06	Erzieher und Erzieherin	
SP37	Fotograf und Fotografin	
SP38	Freizeit- und Erlebnispädagoge und Freizeit- und Erlebnis-pädagogin/Freizeit- und Erlebnistherapeut und Freizeit- und Erlebnistherapeutin (mit psychologischer, pädagogischer oder therapeutischer Vorbildung)	
SP53	Gefäßassistent und Gefäßassistentin	
SP08	Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerin	
SP09	Heilpädagoge und Heilpädagogin	
SP39	Heilpraktiker und Heilpraktikerin/Homöopath und Homöopathin	
SP10	Hippotherapeut und Hippotherapeutin/Reittherapeut und Reittherapeutin	
SP11	Kinästhetikbeauftragter und Kinästhetikbeauftragte	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	
SP40	Kinderpfleger und Kinderpflegerin	
SP41	Kosmetiker und Kosmetikerin/medizinischer Linergist und medizinische Linergistin (Permanent Make-up oder Pigmentierung)	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin/Maltherapeut und Mal-therapeutin/Gestaltungstherapeut und Gestaltungstherapeutin/ Bibliotherapeut und Bibliotherapeutin	
SP14	Logopäde und Logopädin/Sprachheilpädagoge und Sprachheil-pädagogin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprech-wissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Phonetikerin	
SP42	Manualtherapeut und Manualtherapeutin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	*z. B. für Babymassage*
SP43	Medizinisch-technischer Assistent und Medizinisch-technische Assistentin/Funktionspersonal	*z. B. für Funktionsdiagnostik, Radiologie*
SP44	Motopäde und Motopädin/Motopädagoge und Motopädagogin/ Mototherapeut und Mototherapeutin/Motologe und Motologin	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	
SP17	Oecotrophologe und Oecothrophologin/Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin	
SP18	Orthopädietechniker und Orthopädietechnikerin/Orthopädie-mechaniker und Orthopädiemechanikerin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin/Bandagist und Bandagistin	
SP19	Orthoptist und Orthoptistin/Therapeut und Therapeutin für Sehstörungen/Perimetrist und Perimetristin/Augenoptiker und Augenoptikerin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP22	Podologe und Podologin/Fußpfleger und Fußpflegerin	
SP23	Psychologe und Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP20	Sonderpädagoge und Sonderpädagogin/Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	
SP45	Sozialtherapeut und Sozialtherapeutin (z. B. DFS)	
SP46	Sportlehrer und Sportlehrerin/Gymnastiklehrer und Gymnastiklehrerin/Sportpädagoge und Sportpädagogin	*z. B. Lehrer oder Lehrerin für Bothmer-Gymnastik*
SP27	Stomatherapeut und Stomatherapeutin	
SP47	Urotherapeut und Urotherapeutin	
SP48	Vojtatherapeut und Vojtatherapeutin für Erwachsene und/oder Kinder	
SP28	Wundmanager und Wundmanagerin/Wundberater und Wund-beraterin/Wundexperte und Wundexpertin/Wundbeauftragter und Wundbeauftragte	
SP49	Zahnmedizinischer Fachangestellter und Zahnmedizinische Fachangestellte/Dentalhygieniker und Dentalhygienikerin/ Zahnmedizinischer Prophylaxeassistent und Zahnmedizinische Prophylaxeassistentin	
SP50	Zahntechniker und Zahntechnikerin	
SP00	(„Sonstige“)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Apparative Ausstattung" (A-15)

Nr.	Vorhandene Geräte	Umgangssprachliche Bezeichnung	24h-Not-fallverfüg-barkeit	Kommentar/ Erläuterung
AA34	AICD-Implantation/Kontrolle/ Programmiersystem	Einpflanzbarer Herzrhythmus-defibrillator		
AA35	Gerät zur analen Sphinkter-manometrie	Afterdruckmessgerät		
AA01	Angiographiegerät/DSA	Gerät zur Gefäßdarstellung	*x*	
AA36	Gerät zur Argon-Plasma-Koagulation	Blutstillung und Gewebeverödung mittels Argon-Plasma	*x*	

AA37	Arthroskop	Gelenksspiegelung		
AA02	Audiometrie-Labor	Hörtestlabor		
AA38	Beatmungsgeräte/CPAP-Geräte	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungs-druck		
AA03	Belastungs-EKG/Ergometrie	Belastungstest mit Herzstrom-messung		
AA04	Bewegungsanalysesystem			
AA05	Bodyplethysmograph	Umfangreiches Lungenfunktions-testsystem		
AA06	Brachytherapiegerät	Bestrahlung von „innen“		
AA39	Bronchoskop	Gerät zur Luftröhren- und Bronchienspiegelung	*x*	
AA07	Cell Saver	Eigenblutaufbereitungsgerät		*im Rahmen einer Bluttransfusion*
AA08	Computertomograph (CT)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	*x*	
AA40	Defibrillator	Gerät zur Behandlung von lebens-bedrohlichen Herzrhythmusstörungen		
AA41	Gerät zur Durchflusszytometrie/ FACS-Scan	Gerät zur Zellzahlmessung und Zellsortenunterscheidung in Flüssigkeiten		
AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüber-druckbehandlung		
AA65	Echokardiographiegerät			
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG)	Hirnstrommessung	*x*	
AA11	Elektromyographie (EMG)/Gerät zur Bestimmung der Nervenleit-geschwindigkeit	Messung feinster elektrischer Ströme im Muskel		
AA42	Elektronenmikroskop	Mikroskop mit sehr hoher Auflösung		
AA66	Elektro-/ Videonystagmografiegerät	Gerät zur Messung ruckhafter Augenbewegungen		
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nerven-system, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA44	Elektrophysiologischer Messplatz zur Diagnostik von Herzrhythmus-störungen			
AA12	Gastroenterologisches Endoskop	Gerät zur Magen-Darm-Spiegelung	*x*	
AA45	Endosonographiegerät	Ultraschalldiagnostik im Körperinneren		
AA46	Endoskopisch-retrograde-Cholangio-Pankreaticograph (ERCP)	Spiegelgerät zur Darstellung der Gallen- und Bauchspeicheldrüsen-gänge mittels Röntgenkontrastmittel		
AA13	Geräte der invasiven Kardiologie	Behandlungen mittels Herzkatheter	*x*	*z. B. Herzkatheter-labor, Ablations-generator, Kardio-versionsgerät, Herz-schrittmacherlabor*
AA14	Geräte für Nierenersatzverfahren		*x*	*Hämofiltration, Dia-lyse, Peritonealdialyse*
AA15	Geräte zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung		*x*	*z. B. ECMO/ECLA*
AA16	Geräte zur Strahlentherapie			

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

AA17	Herzlungenmaschine		*x*	
AA18	Hochfrequenzthermotherapie-gerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA47	Inkubatoren Neonatologie	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	*x*	
AA48	Gerät zur intraaortalen Ballon-gegenpulsation (IABP)	Mechanisches Gerät zur Unter-stützung der Pumpleistung des Herzens		
AA49	Kapillarmikroskop	Mikroskop für die Sichtung der Beschaffenheit kleinster Blutgefäße		
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA51	Gerät zur Kardiotokographie	Gerät zur gleichzeitigen Messung der Herztöne und der Wehen-tätigkeit (Wehenschreiber)	*x*	
AA19	Kipptisch	Gerät zur Messung des Verhaltens der Kenngrößen des Blutkreislaufs bei Lageänderung		*z. B. zur Diagnose des orthostatischen Syndroms*
AA52	Laboranalyseautomaten für Hämatologie, klinische Chemie, Gerinnung und Mikrobiologie	Laborgeräte zur Messung von Blut-werten bei Blutkrankheiten, Stoff-wechselleiden, Gerinnungsleiden und Infektionen	*x*	
AA53	Laparoskop	Bauchhöhlenspiegelungsgerät		
AA20	Laser			
AA54	Linksherzkathetermessplatz	Darstellung der Herzkranzgefäße mittels Röntgen-Kontrastmittel	*x*	
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektro-magnetischer Wechselfelder	*x*	
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse		
AA55	MIC-Einheit (Minimalinvasive Chirurgie)	Minimal in den Körper eindringende, also gewebeschonende Chirurgie		
AA67	Operationsmikroskop			
AA24	OP-Navigationsgerät			
AA25	Oszillographie	Erfassung von Volumen-schwankungen der Extremitäten-abschnitte		
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		
AA64	Petrophagen-Extraktor	Steinlausentferner		
AA56	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoff-Ionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermo-ablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA27	Röntgengerät/Durchleuchtungs-gerät		*x*	*z. B. C-Bogen*
AA28	Schlaflabor			
AA29	Sonographiegerät/Dopplersono-graphiegerät/Duplexsonographie-gerät	Ultraschallgerät/mit Nutzung des Dopplereffekts/farbkodierter Ultraschall	*x*	
AA30	Single-Photon-Emissions-computertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens		
AA31	Spirometrie/Lungenfunktions-			

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	prüfung			
AA32	Szintigraphiescanner/Gamma-sonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z.B. Lymphknoten		*zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion*
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/ Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung		
AA58	24h-Blutdruck-Messung			
AA59	24h-EKG-Messung			
AA60	24h-pH-Metrie	pH-Wertmessung des Magens		
AA61	Gerät zur 3-D-Bestrahlungs-planung	Bestrahlungsplanung in drei Dimensionen		
AA62	3-D/4-D-Ultraschallgerät			
AA63	72h-Blutzucker-Messung			
AA00	(„Sonstiges“)			

Auswahlliste „Versorgungsschwerpunkte der Organisationseinheit/Fachabteilung“ (B-[X].2) und (B-[X].8)

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde	Kommentar/Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	*z. B. auch Hornhauttransplantation*
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	*z. B. Behandlung von Gefäßverschlüssen (Rheologie), Diagnostik und Therapie der Frühgeborenenretinopathie*
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	*z. B. intravitreale Injektionen*
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern	*z. B. auch refraktive Chirurgie*
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	*z. B. Sehschule*
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation	
VA13	Anpassung von Sehhilfen	
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen	
VA15	Plastische Chirurgie	
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA17	Spezialsprechstunde	
VA18	Laserchirurgie des Auges	
VA00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie**	**Kommentar/Erläuterung**
	Herzchirurgie	
VC01	Koronarchirurgie	*z. B. Bypasschirurgie*
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung:	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Ventrikelaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur	
VC03	Herzklappenchirurgie	*z. B. Klappenkorrektur, Klappenersatz*
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VC07	Herztransplantation	
VC08	Lungenembolektomie	
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen	
VC10	Eingriffe am Perikard	*z. B. bei Panzerherz*
	Thoraxchirurgie	
VC11	Lungenchirurgie	
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen	
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC59	Mediastinoskopie	
	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	*z. B. Carotischirurgie*
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	*z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)*
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	*z. B. Schilddrüsenchirurgie*
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	*z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie*
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC25	Transplantationschirurgie	
VC60	Adipositaschirurgie	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC68	Mammachirurgie	
	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63	Amputationschirurgie	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC69	Verbrennungschirurgie	
	Neurochirurgie	
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)	
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen	*z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome*
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	*z. B. Vertebroplastie*
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark	
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	*z. B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronische Wirbelsäulenschmerzen*
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie“)	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC70	Kinderneurochirurgie	
	Allgemein	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	*z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)*
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VC00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	*z. B. Photodynamische Tumortherapie*
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen	
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	*z. B. Schweiß- und Talgdrüsenerkrankungen*
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und	*z. B. auch Kollagenosen, altersbedingte Hautveränderungen*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Unterhaut	
VD11	Spezialsprechstunde	
VD12	Dermatochirurgie	*z. B. auch ästhetische Dermatochirurgie*
VD13	Ästhetische Dermatologie	
VD14	Andrologie	
VD15	Dermatohistologie	
VD16	Dermatologische Lichttherapie	
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen	*z. B. auch Extrakorporale Photopherese*
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen	
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VD00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe**	**Kommentar/Erläuterung**
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
VG05	Endoskopische Operationen	*z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie*
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	*z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom*
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	*z. B. Endometriose*
VG15	Spezialsprechstunde	
VG16	Urogynäkologie	
VG17	Reproduktionsmedizin	
VG18	Gynäkologische Endokrinologie	
VG19	Ambulante Entbindung	
VG00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO**	**Kommentar/Erläuterung**
	Ohr	
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	
VH04	Mittelohrchirurgie	*z. B. Hörverbesserung, implantierbare Hörgeräte*
VH05	Cochlearimplantation	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	
VH27	Pädaudiologie	
	Nase	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln	
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VI 32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
	Mund/Hals	
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	*z. B. auch Stimmstörungen*
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH25	Schnarchoperationen	
	Onkologie	
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
	Rekonstruktive Chirurgie	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
	Allgemein	
VH23	Spezialsprechstunde	
VH26	Laserchirurgie	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VH00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin**	**Kommentar/Erläuterung**
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	*z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angio-plastie (PTCA)*
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	*z. B. Diabetes, Schilddrüse*
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	*z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs*
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI26	Naturheilkunde	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI28	Anthroposophische Medizin	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI35	Endoskopie	*z. B. auch Kapselendoskopie*
VI36	Mukoviszidosezentrum	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI41	Shuntzentrum	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	*z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn*
VI44	Geriatrische Tagesklinik	
VI45	Stammzelltransplantation	
VI00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	*z. B. Multiple Sklerose*
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	*z. B. von Hirnnerven*
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN20	Spezialsprechstunde	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	
VN22	Schlafmedizin	
VN23	Schmerztherapie	
VN24	Stroke Unit	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VN00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie**	**Kommentar/Erläuterung**
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO17	Rheumachirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VO21	Traumatologie	
VO00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie**	**Kommentar/Erläuterung**
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen	
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen	
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen	
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen	
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien	*z. B. Ullrich-Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Marfan-Syndrom)*
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen	
VK25	Neugeborenenscreening	*z. B. Hypothyreose, Adrenogenitales Syndrom (AGS)*
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VK28	Pädiatrische Psychologie	
VK29	Spezialsprechstunde	
VK30	Immunologie	
VK31	Kinderchirurgie	
VK32	Kindertraumatologie	
VK33	Mukoviszidosezentrum	
VK34	Neuropädiatrie	
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum	
VK36	Neonatologie	
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen	
VK00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik**	**Kommentar/Erläuterung**
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	*z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel*
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP12	Spezialsprechstunde	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	
VP00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
	Ultraschalluntersuchungen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
	Projektionsradiographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	*z. B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie*
	Computertomographie (CT)	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR13	Elektronenstrahltomographie (EBT)	
	Optische Verfahren	
VR14	Optische laserbasierte Verfahren	
	Darstellung des Gefäßsystems	
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR17	Lymphographie	
	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	
VR18	Szintigraphie	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
	Magnetresonanztomographie (MRT)	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
	Andere bildgebende Verfahren	
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
	Strahlentherapie	
VR30	Oberflächenstrahlentherapie	
VR31	Orthovoltstrahlentherapie	
VR32	Hochvoltstrahlentherapie	*z. B. Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)*
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	
VR34	Radioaktive Moulagen	
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	
	Nuklearmedizinische Therapie	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	
VR39	Radiojodtherapie	
	Allgemein	
VR40	Spezialsprechstunde	
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR42	Kinderradiologie	
VR43	Neuroradiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR45	Intraoperative Bestrahlung	
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen	
VR47	Tumorembolisation	
VR00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie und Nephrologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU08	Kinderurologie	
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	
VU15	Dialyse	
VU16	Nierentransplantation	
VU17	Prostatazentrum	
VU18	Schmerztherapie	
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	
VG16	Urogynäkologie	
VU00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**	**Kommentar/Erläuterung**
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde	
VZ03	Dentale Implantologie	
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie	
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien	
VZ17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich	
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne	
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates	
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
VZ11	Endodontie	*z. B. Wurzelkanalbehandlungen*
VZ12	Epithetik	*z. B. Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen*
VZ13	Kraniofaziale Chirurgie	
VZ19	Laserchirurgie	
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose	
VZ00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen**	**Kommentar/Erläuterung**
VX00	(„Sonstiges“)	

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

Nr.	**Art der Ambulanz** (Mehrfachnennungen möglich)
AM01	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V
AM03	Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V bzw. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten)
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V
AM07	Privatambulanz
AM08	Notfallambulanz (24h)
AM09	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz
AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V
AM12	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V
AM13	Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge)
AM14	Ambulanz im Rahmen von DMP
AM15	Belegarztpraxis am Krankenhaus
AM16	Heilmittelambulanz nach § 124 Abs. 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
AM00	(„Sonstiges“)

Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b Abs. 3 SGB V“ (B-[X].8)

Nr.	**Nr. der Anlage** zur Richtlinie nach § 116b SGB V	**Angebotene Leistungen**	**Kommentar/Erläuterung**
LK01	Anlage 1 Nr. 1	CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	
LK02	Anlage 1 Nr. 2	Brachytherapie	
LK03	Anlage 2 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose	
LK04	Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie)	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

LK05	Anlage 2 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen	
LK06	Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen	
LK07	Anlage 2 Nr. 5	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems)	
LK08	Anlage 2 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit biliärer Zirrhose	
LK09	Anlage 2 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit primär sklerosierender Cholangitis	
LK10	Anlage 2 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Morbus Wilson	
LK11	Anlage 2 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Transsexualismus	
LK12	Anlage 2 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Kindern mit folgenden angeborenen Stoffwechselstörungen: a) Adrenogenitales Syndrom b) Hypothyreose c) Phenylketonurie d) Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel) e) Galactosaemie	
LK13	Anlage 2 Nr. 11	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Marfan-Syndrom	
LK14	Anlage 2 Nr. 12	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit pulmonaler Hypertonie	
LK25	Anlage 2 Nr. 13	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Tuberkulose	
LK26	Anlage 2 Nr. 14	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit neuromuskulären Erkrankungen	
LK27	Anlage 2 Nr. 15	Diagnostik und Therapie von Patienten und Patientinnen mit Kurzdarmsyndrom	
LK15	Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen	
LK16	Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit HIV/AIDS	
LK17	Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche)	
LK18	Anlage 3 Nr. 4	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3-4)	
LK20	Anlage 3 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Multipler Sklerose	
LK21	Anlage 3 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Anfallsleiden	
LK22	Anlage 3 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie	
LK23	Anlage 3 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden	
LK24	Anlage 3 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Nr.	Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)	Kommentar/Erläuterung (z. B. Weiterbildungsbefugnisse)
AQ06	Allgemeine Chirurgie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ01	Anästhesiologie	
AQ02	Anatomie	
AQ03	Arbeitsmedizin	
AQ04	Augenheilkunde	
AQ05	Biochemie	
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	
AQ07	Gefäßchirurgie	
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten	
AQ08	Herzchirurgie	
AQ21	Humangenetik	
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin	
AQ23	Innere Medizin	
AQ67	Innere Medizin und Allgemeinmedizin	
AQ24	Innere Medizin und SP Angiologie	
AQ25	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie	
AQ27	Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie	
AQ29	Innere Medizin und SP Nephrologie	
AQ30	Innere Medizin und SP Pneumologie	
AQ31	Innere Medizin und SP Rheumatologie	
AQ65	Kieferorthopädie	
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	
AQ33	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie	
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie	
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie	
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie	
AQ09	Kinderchirurgie	
AQ47	Klinische Pharmakologie	
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
AQ41	Neurochirurgie	
AQ42	Neurologie	
AQ43	Neuropathologie	
AQ44	Nuklearmedizin	
AQ45	Öffentliches Gesundheitswesen	
AQ66	Oralchirurgie	
AQ61	Orthopädie	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

AQ46	Pathologie	
AQ48	Pharmakologie und Toxikologie	
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	
AQ50	Physiologie	
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ52	Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
AQ54	Radiologie	
AQ55	Radiologie, SP Kinderradiologie	
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie	
AQ57	Rechtsmedizin	
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
AQ58	Strahlentherapie	
AQ12	Thoraxchirurgie	
AQ59	Transfusionsmedizin	
AQ62	Unfallchirurgie	
AQ60	Urologie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
AQ64	Zahnmedizin	
AQ00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Zusatz-Weiterbildung**	**Kommentar/Erläuterung**
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF02	Akupunktur	
ZF03	Allergologie	
ZF04	Andrologie	
ZF05	Betriebsmedizin	
ZF06	Dermatologie	
ZF07	Diabetologie	
ZF47	Ernährungsmedizin	
ZF08	Flugmedizin	
ZF48	Fußchirurgie	
ZF09	Geriatrie	
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	
ZF11	Hämostaseologie	
ZF12	Handchirurgie	
ZF13	Homöopathie	
ZF14	Infektiologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	
ZF17	Kinder-Gastroenterologie	
ZF18	Kinder-Nephrologie	
ZF19	Kinder-Orthopädie	
ZF20	Kinder-Pneumologie	
ZF21	Kinder-Rheumatologie	
ZF22	Labordiagnostik	
ZF23	Magnetresonanztomographie	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF26	Medizinische Informatik	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF29	Orthopädische Rheumatologie	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF31	Phlebologie	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

ZF33	Plastische Operationen	
ZF34	Proktologie	
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF38	Röntgendiagnostik	
ZF39	Schlafmedizin	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	
ZF46	Tropenmedizin	
ZF00	(„Sonstiges“)	

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

Nr.	**Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss**	**Kommentar/Erläuterung**
PQ01	Bachelor	
PQ02	Diplom	
PQ03	Hygienefachkraft	
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ06	Master	
PQ11	Nephrologische Pflege	
PQ07	Onkologische Pflege/Palliative Care	
PQ08	Operationsdienst	
PQ09	Pädiatrische Intensivpflege	
PQ10	Psychiatrische Pflege	
PQ00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Zusatzqualifikation**	**Kommentar/Erläuterung**
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP17	Case Management	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP03	Diabetes	*z. B. Diabetesberatung*
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	*z. B. Überleitungspflege*
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatrie	*z. B. Zercur*
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzberatung	
ZP10	Mentor und Mentorin	
ZP11	Notaufnahme	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP15	Stomapflege	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	
ZP00	(„Sonstiges“)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Bundesland	Leistungsbereich	Kommentar/Erläuterung
Baden-Württemberg	Schlaganfall	
Hamburg	Anästhesiologie	
	Pflege: Dekubitusprophylaxe: ganzjährige Erhebung	
	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)	
	Schlaganfall	
Hessen	Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	
	Schlaganfall: Akutbehandlung	
	Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	
Rheinland-Pfalz	Schlaganfall	

Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenvereinbarung – Ausnahmetatbestände“ (C-5)

Nr.	Ausnahmetatbestand	Kommentar/Erläuterung
MM01	Notfälle, keine planbaren Leistungen	
MM02	Aufbau eines neuen Leistungsbereiches	
MM03	Personelle Neuausrichtung	
MM04	Votum der Landesbehörde wegen Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung	
MM05	Kein Ausnahmetatbestand	

Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V („Strukturqualitätsvereinbarung“)“ (C-6)

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie	Kommentar/Erläuterung
CQ01	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma	
CQ02	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten	
CQ03	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde	
CQ04	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Protonentherapie in Krankenhäusern bei der Indikation Rektumkarzinom	
CQ05	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

CQ06	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 2	
CQ07	Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinataler Schwerpunkt	
CQ08	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V	
CQ09	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und periostgedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk	.
CQ10	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk	
CQ11	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit inoperablem hepatozellulärem Karzinom (HCC)	
CQ12	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 3 zu Anlage 1

zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
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

(Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL

Tabelle A:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

Tabelle B:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung

Tabelle C:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

Tabelle A:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss als uneingeschränkt zu Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Indika-tor-Nr	Bezeichnung des Qualitätsindikators/ der Qualitätskennzahl	Kenn-zahl-ID
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	1	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	690
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	3	Leitlinienkonforme Systemwahl und implantiertem Ein- oder Zweikammersystem	2196
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	5	Eingriffsdauer bis 60 Minuten bei implantiertem VVI	10148
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	5	Eingriffsdauer bis 90 Minuten bei implantiertem DDD	10178
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	6	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei implantiertem VVI	10223
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	6	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei implantiertem DDD	10249
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	7	Vorhofsondendislokation bei Patienten mit implantierter Vorhofsonde	209
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	7	Ventrikelsondendislokation bei Patienten mit implantierter Ventrikelsonde	581
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	7	Patienten mit chirurgischen Komplikationen	1103
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	8	Vorhofsonden mit Amplitude >= 1,5 mV	582
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	8	Ventrikelsonden mit Amplitude >= 4 mV	583
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	4	Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle	482
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	4	Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle	483
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	5	Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude	1099
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	1	Stenosegrad >= 60% (NASCET)	603
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	2	Indikation bei symptomatischer Stenose >= 50%	604
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	7	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	11704
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	7	Risikoadjustierte Rate an perioperativen Schlaganfällen oder Tod	11705
12n1-CHOL	Cholezystektomie	4	Patienten mit Okklusion oder Durchtrennung des DHC	220
12n1-CHOL	Cholezystektomie	6	Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3 ohne akute Entzündungszeichen mit Reintervention nach laparoskopischer Operation	227
12n1-CHOL	Cholezystektomie	7	Verstorbene Patienten der Risikoklasse ASA 1 bis 3	228
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	1	Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit mindestens einer Organverletzung bei laparoskopischer Operation	1055
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	2	Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung bei Hysterektomie	553
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	2	Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit mindestens einer Organverletzung bei Hysterektomie	557
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	3	Patientinnen mit fehlender Histologie nach isoliertem Ovareingriff	12874
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	4	Patientinnen mit Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder Normalbefund nach isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung der Adnexe	10211
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	5	Patientinnen <= 40 Jahre mit organerhaltender Operation bei benigner Histologie	612
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	6	Patientinnen mit führender Histologie "Ektopie" oder mit histologischem Normalbefund nach Konisation	665
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	6	Patientinnen ohne postoperative Histologie nach Konisation	666
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	7	Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie	235
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	8	Patientinnen < 35 Jahre mit Hysterektomie bei benigner Histologie	672
16n1-GEBH	Geburtshilfe	1	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburt (24+0 bis unter 34+0 Schwangerschaftswochen), mind. 2 Tage präp. Aufenthalt	330

Diese Version ist nicht mehr in Kraft

16n1-GEBH	Geburtshilfe	1	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburt (24+0 bis unter 34+0 Schwangerschaftswochen)	328
16n1-GEBH	Geburtshilfe	4	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt > 20 Minuten	1058
16n1-GEBH	Geburtshilfe	5	Bestimmung des Nabelarterien pH-Wertes bei lebendgeborenen Einlingen	319
16n1-GEBH	Geburtshilfe	6	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien pH-Bestimmung	321
16n1-GEBH	Geburtshilfe	7	Pädiater bei Geburt von Frühgeborenen unter 35+0 Wochen anwesend	318
16n1-GEBH	Geburtshilfe	8	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	1059
16n1-GEBH	Geburtshilfe	9	Dammriss Grad III/IV bei Spontangeburt	322
16n1-GEBH	Geburtshilfe	9	Dammriss Grad III/IV bei Spontangeburt ohne Episiotomie	323
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	1	Operation > 48 Stunden nach Aufnahme	2266
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	7	Patienten mit Endoprothesenluxation	2270
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	8	Patienten mit postoperativer Wundinfektion	2274
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	11	Reoperation	2268
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	12	Letalität bei ASA 3	2276
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	12	Letalität bei ASA 1 - 2	2277
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	12	Letalität bei endoprothetischer Versorgung	2278
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	12	Letalität bei osteosynthetischer Versorgung	2279
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	1	Indikation	1082
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	2	Antibiotikaprophylaxe bei allen Patienten	265
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	3	Postop. Beweglichkeit: Neutral-Null-Methode gemessen	2223
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	6	Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur	449
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	7	Endoprothesenluxation	451
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	8	Postoperative Wundinfektionen	452
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	11	Reoperation	456
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	12	Letalität bei allen Patienten	457
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1	Indikation	268
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	2	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	270
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	5	Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur	463
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	10	Reoperation	470
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	11	Letalität	471
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	1	Indikation	276
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	3	Post. Beweglichkeit: Neutral-Null-Methode gemessen	2218
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	3	Patienten ab 20 Jahre mit postoperativer Beweglichkeit von mind. 0/0/90	10953
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	10	Patienten mit Reoperation wegen Komplikation	290
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	11	Letalität	472
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	1	Indikation	295
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	2	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	292
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	9	Reoperation	475

Diese Online-Version ist nicht mehr in Kraft.

17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	10	Letalität bei allen Patienten	476
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	1	Prätherapeutische Diagnosesicherung bei Patientinnen mit nicht-tastbarer maligner Neoplasie	50047
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	1	Prätherapeutische Diagnosesicherung bei Patientinnen mit tastbarer maligner Neoplasie	50080
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	2	Intraoperatives Präparatröntgen	303
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	3	Hormonrezeptoranalyse	2135
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	3	HER-2/neu-Analyse	2261
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	4	Angabe Sicherheitsabstand bei brusterhaltender Therapie	2131
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	4	Angabe Sicherheitsabstand bei Mastektomie	2162
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	5	Primäre Axilladissektion bei DCIS	2163
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	7	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	2262
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	8	Indikation zur brusterhaltenden Therapie	2167
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	1	Indikation zur Koronarangiographie - Ischämiezeichen	399
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	2	Indikation zur Koronarangiographie - Therapieempfehlung	2061
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	3	Indikation zur PCI	2062
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	4	Wesentliches Interventionsziel bei PCI mit Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebung bis 24 h"	2063
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	4	Wesentliches Interventionsziel bei PCI	2064
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	6	In-Hospital-Letalität bei PCI	417
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	6	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	11863
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	6	Risikoadjustierte Rate der In-Hospital-Letalität	11864
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	7	Durchleuchtungsdauer bei Koronarangiographie	419
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	7	Durchleuchtungsdauer bei PCI	2073
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	8	Alle Koronarangiographien (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 6.000 cGy*cm²	12774
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	8	Alle PCI (ohne Einzeitig-PCI) mit Flächendosisprodukt > 12.000 cGy*cm²	12775
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	8	Flächendosisprodukt bei Einzeitig-PCI	12772
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	9	Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI	424
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	9	Kontrastmittelmenge bei Koronarangiographie (ohne Einzeitig-PCI)	422
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	9	Kontrastmittelmenge bei PCI (ohne Einzeitig-PCI)	423
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	Patienten mit Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung	2117
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung	11733

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft

DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	Patienten mit Dekubitus Grad 2 bis 4 bei Entlassung	2116
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	11732
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	11741
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	1	Risikoadjustierte Rate an Dekubitus Grad 1 bis 4 bei Entlassung	11742
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	2	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme	2118
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	2	Neu aufgetretene Dekubitalulcera Grad 4 bei Patienten ohne Dekubitus bei Aufnahme und ohne Risikofaktoren	2264
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	3	In-Hospital-Letalität bei allen Patienten	340
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	3	In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	341
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	3	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der In-Hospital-Letalität nach AKL-Score	12092
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	3	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach log. AKL-SCORE (O/E * Gesamt)	12093
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	3	30-Tage-Letalität	343
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	3	Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	345
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	2	In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in der ersten OP isoliert kathetergestützt an der Aortenklappe operiert wurden	11994
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	2	In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	11995
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	2	30-Tage-Letalität	11996
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	2	Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	11997
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	2	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der In-Hospital-Letalität nach AKL-Score	12168
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	2	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach log. AKL-SCORE (O/E * Gesamt)	12169
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	1	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	332
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	4	In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in der ersten OP isoliert koronarchirurgisch operiert wurden	348
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	4	In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	349
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	4	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der In-Hospital-Letalität nach KCK-Score 3.0	11617
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	4	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach log. KCH-SCORE 3.0 (O/E * Gesamt)	11618
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	4	30-Tage-Letalität	351
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	4	Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	353
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	3	In-Hospital-Letalität bei allen Patienten, die in ihrer ersten Operation koronarchirurgisch und an der Aortenklappe operiert wurden	359
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	3	In-Hospital-Letalität bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation	360
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	3	30-Tage Letalität	362
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	3	Patienten mit bekanntem Status am 30. Tag postoperativ (Follow-up-Rate)	11391
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	3	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der In-Hospital-Letalität nach KBA-Score	12193
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	3	Risikoadjustierte In-Hospital-Letalität nach log. KBA-SCORE (O/E * Gesamt)	12194
HTX	Herztransplantation	1	In-Hospital-Letalität des Empfängers	2157
HTX	Herztransplantation	2	30-Tages-Überleben (bei bekanntem Status)	12542
HTX	Herztransplantation	3	Unbekannter Überlebensstatus 1 Jahr postoperativ	12250
HTX	Herztransplantation	3	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12253

ersion ist nicht mehr in Kraft.

HTX	Herztransplantation	4	Unbekannter Überlebensstatus 2 Jahre postoperativ	12262
HTX	Herztransplantation	4	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12269
HTX	Herztransplantation	5	Unbekannter Überlebensstatus 3 Jahre postoperativ	12278
HTX	Herztransplantation	5	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12289
LTX	Lebertransplantation	1	In-Hospital-Letalität	2096
LTX	Lebertransplantation	2	Tod durch operative Komplikationen	2097
LTX	Lebertransplantation	4	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12349
LTX	Lebertransplantation	5	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12365
LTX	Lebertransplantation	6	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12385
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	1	In-Hospital-Letalität	2155
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	2	1-Jahres-Überleben: Status unbekannt	12394
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	2	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12397
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	3	2-Jahres-Überleben: Status unbekannt	12406
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	3	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12413
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	4	3-Jahres-Überleben: Status unbekannt	12422
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	4	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12433
NLS	Nierenlebendspende	2	Dialyse beim Nierenlebendspender erforderlich	2138
NLS	Nierenlebendspende	3	Nierenfunktion des Spenders	2139
NLS	Nierenlebendspende	9	Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	12452
NLS	Nierenlebendspende	14	Spender mit eingeschränkter Nierenfunktion 3 Jahre nach Nierenlebendspende	12644
NTX	Nierentransplantation	1	Patienten, die im Krankenhaus verstarben	2171
NTX	Nierentransplantation	2	Isoliert nierentransplantierte lebende Patienten nach postmortaler Organspende mit sofortiger Funktionsaufnahme des Transplantats	2184
NTX	Nierentransplantation	2	Isoliert nierentransplantierte lebende Patienten nach Lebendorganspende mit sofortiger Funktionsaufnahme des Transplantats	2185
NTX	Nierentransplantation	3	Isoliert nierentransplantierte Patienten nach postmortaler Organspende mit guter oder mäßiger Transplantatfunktion	2188
NTX	Nierentransplantation	3	Isoliert nierentransplantierte lebende Patienten nach Lebendorganspende mit guter oder mäßiger Transplantatfunktion	2189
NTX	Nierentransplantation	5	Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen Abstoßung	2176
NTX	Nierentransplantation	6	1-Jahres-Überleben der Patienten aus 2008 (bei bekanntem Überlebensstatus)	2144
NTX	Nierentransplantation	7	Transplantatversagen 1 Jahr nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	12809
NTX	Nierentransplantation	8	Mäßige oder gute Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	12729
NTX	Nierentransplantation	10	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12199
NTX	Nierentransplantation	11	Transplantatversagen 2 Jahre nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	12810
NTX	Nierentransplantation	13	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12237
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	1	Patienten mit erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	2005
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	2	Alle Patienten mit antimikrobieller Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	2009
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	3	Patienten der Risikoklasse 2 (1-2 Punkte nach CRB-65-SCORE) mit Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme	2013

ersion ist nicht mehr in Kraft

PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	4	Verlaufskontrolle CRP / PCT	2015
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	6	Klinische Stabilitätskriterien bei Entlassung vollständig bestimmt	2028
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	8	Verstorbene Patienten der Risikoklasse 1 (0 Punkte nach CRB-65-SCORE)	11879
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	8	Verstorbene Patienten der Risikoklasse 2 (1-2 Punkte nach CRB-65-SCORE)	11880
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	8	Verstorbene Patienten der Risikoklasse 3 (3-4 Punkte nach CRB-65-SCORE)	11881
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	1	In-Hospital-Letalität	2143
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	2	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	2145
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	3	Entfernung des Pankreastransplantats	2146
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	4	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Follow-up-Status)	12493
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	5	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Transplantation	12824
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	6	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12509
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	7	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Transplantation	12841
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	8	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	12529
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	9	Nach 3 Jahren: insulinfrei (bei bekanntem Status)	12861

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Tabelle B:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung

[leer]

Tabelle C:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Indika-tor-Nr	Bezeichnung des Qualitätsindikators/ der Qualitätskennzahl	Kenn-zahl-ID
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	2	Leitlinienkonforme Indikationsstellung bei CRT	2214
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	4	Leitlinienkonforme Systemwahl bei CRT	2204
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	9	Alle verstorbenen Patienten	1100
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	1	Aggregatlaufzeit über 6 Jahre bei implantiertem Einkammersystem (AAI, VVI)	480
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	1	Aggregatlaufzeit dokumentiert	11484
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	1	Aggregatlaufzeit über 6 Jahre bei implantiertem Zweikammersystem (VDD, DDD)	481
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	1	Aggregatlaufzeit unter 4 Jahre bei implantiertem Einkammersystem (AAI, VVI)	1092
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	1	Aggregatlaufzeit unter 4 Jahre bei implantiertem Zweikammersystem (VDD, DDD)	1093
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	2	Eingriffsdauer <= 60 Minuten	210

09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	3	Patienten mit chirurgischen Komplikationen	1096
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	5	Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude	484
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation	1	Patienten mit mindestens einem Schrittmacher-Taschenproblem als Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des SM-Aggregats	693
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation	2	Patienten mit mindestens einem Sondenproblem als Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des SM-Aggregats	694
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation	3	Patienten mit Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zu Revision/Systemwechsel/Explantation des SM-Aggregats	695
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation	4	Patienten mit chirurgischen Komplikationen	1089
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation	4	Patienten mit Sondendislokation bei revidierter Vorhofsonde wegen Sondenproblemen	10638
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation	4	Patienten mit Sondendislokation bei revidierter Ventrikelsonde wegen Sondenproblemen	10639
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation	5	Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle	494
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation	5	Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle	495
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation	6	Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude	496
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation	6	Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude	497
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation	7	Vorhofsonden mit Amplitude >= 1,5 mV	584
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation	7	Ventrikelsonden mit Amplitude >= 4 mV	585
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	1	Leitlinienkonforme Indikationsstellung	50004
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	2	Leitlinienkonforme Systemwahl	50005
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	3	Defibrillator-Testung	50006
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	4	Eingriffsdauer bis 75 Minuten bei Einkammersystem	50007
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	4	Eingriffsdauer bis 105 Minuten bei Zweikammersystem	50008
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	4	Eingriffsdauer bis 240 Minuten bei CRT-System	50009
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	5	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammersystem	50010
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	5	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammersystem	50011
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	5	Durchleuchtungszeit (Median in Minuten) bei CRT-System	50012
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	6	Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle	50013
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	6	Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle	50014
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	7	Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude	50015
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	7	Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude	50016
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	8	Patienten mit chirurgischen Komplikationen	50017
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	8	Patienten mit Sondendislokation oder –dysfunktion der Vorhofsonde	50018
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	8	Patienten mit Sondendislokation oder –dysfunktion einer Ventrikelsonde	50019
09n4-DEFI-IMPL	09n4-DEFI-IMPL	9	Letalität	50020
09n5-DEFI-AGGW	09n5-DEFI-AGGW	1	Laufzeit bei Einkammersystem (VVI)	50021
09n5-DEFI-AGGW	09n5-DEFI-AGGW	1	Laufzeit bei Zweikammersystem (VDD, DDD)	50022
09n5-DEFI-AGGW	09n5-DEFI-AGGW	1	Laufzeit bei CRT-System	50023
09n5-DEFI-AGGW	09n5-DEFI-AGGW	2	Defibrillator-Testung	50024
09n5-DEFI-AGGW	09n5-DEFI-AGGW	3	Eingriffsdauer bis 75 min	50025
09n5-DEFI-AGGW	09n5-DEFI-AGGW	4	Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle	50026
09n5-DEFI-AGGW	09n5-DEFI-AGGW	4	Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle	50027
09n5-DEFI-AGGW	09n5-DEFI-AGGW	5	Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude	50028
09n5-DEFI-AGGW	09n5-DEFI-AGGW	5	Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude	50029

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

09n5-DEFI-AGGW	09n5-DEFI-AGGW	6	Chirurgische Komplikationen	50030
09n5-DEFI-AGGW	09n5-DEFI-AGGW	7	Letalität	50031
09n6-DEFI-REV	09n6-DEFI-REV	1	Indikation ICD-Taschenprobleme	50032
09n6-DEFI-REV	09n6-DEFI-REV	2	Indikation ICD-Aggregatprobleme	50033
09n6-DEFI-REV	09n6-DEFI-REV	3	Indikation Sondenprobleme	50034
09n6-DEFI-REV	09n6-DEFI-REV	4	Indikation Infektion	50035
09n6-DEFI-REV	09n6-DEFI-REV	5	Defibrillator-Testung	50036
09n6-DEFI-REV	09n6-DEFI-REV	6	Vorhofsonden mit gemessener Reizschwelle	50037
09n6-DEFI-REV	09n6-DEFI-REV	6	Ventrikelsonden mit gemessener Reizschwelle	50038
09n6-DEFI-REV	09n6-DEFI-REV	7	Vorhofsonden mit bestimmter Amplitude	50039
09n6-DEFI-REV	09n6-DEFI-REV	7	Ventrikelsonden mit bestimmter Amplitude	50040
09n6-DEFI-REV	09n6-DEFI-REV	8	Chirurgische Komplikationen	50041
09n6-DEFI-REV	09n6-DEFI-REV	8	Sondendislokation oder -dysfunktion einer Vorhofsonde	50042
09n6-DEFI-REV	09n6-DEFI-REV	8	Sondendislokation oder -dysfunktion einer Ventrikelsonde	50043
09n6-DEFI-REV	09n6-DEFI-REV	9	Letalität	50044
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	3	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei Patienten ohne kontralaterale Stenose	605
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	4	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei Patienten mit kontralateraler Stenose	606
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	5	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei Patienten mit symptomatischer Karotisstenose >= 70% (NASCET)	607
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	6	Perioperative Schlaganfälle oder Tod bei Patienten mit symptomatischer Karotisstenose 50 - 69% (NASCET)	608
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	8	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E)	11724
10n2-KAROT	Karotis-Rekonstruktion	8	Risikoadjustierte Rate an schweren Schlaganfällen oder Tod	11725
12n1-CHOL	Cholezystektomie	1	Indikation	217
12n1-CHOL	Cholezystektomie	2	Präoperative Diagnostik bei extrahepatischer Cholestase	586
12n1-CHOL	Cholezystektomie	3	Patienten mit postoperativem histologischen Befund der Gallenblase	218
12n1-CHOL	Cholezystektomie	4	Patienten mit mindestens einer eingriffsspezifischen behandlungsbedürftigen Komplikation nach laparoskopisch begonnener Operation	613
12n1-CHOL	Cholezystektomie	5	Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation	224
12n1-CHOL	Cholezystektomie	5	Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation nach laparoskopisch begonnener Operation	225
12n1-CHOL	Cholezystektomie	5	Patienten mit mindestens einer allgemeinen postoperativen Komplikation nach offen-chirurgischer Operation	226
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	1	Patientinnen mit mindestens einer Organverletzung bei laparoskopischer Operation	1054
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen	9	Patientinnen >= 40 Jahre mit Thromboseprophylaxe bei Hysterektomie	1057
16n1-GEBH	Geburtshilfe	1	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburt (24+0 bis unter 34+0 Schwangerschaftswochen), mind. 1 Tag präp. Aufenthalt	329
16n1-GEBH	Geburtshilfe	2	Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung	50046
16n1-GEBH	Geburtshilfe	3	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	50045
16n1-GEBH	Geburtshilfe	9	Dammriss Grad III/IV bei Spontangeburt mit Episiotomie	324
16n1-GEBH	Geburtshilfe	10	Mütterliche Todesfälle	331
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	2	Patienten mit endoprothetischer Versorgung bei medialer Schenkelhalsfraktur, Garden III oder IV	2115
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	3	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Patienten ab 20 Jahre mit osteosynthetischer Versorgung	10361
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	3	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Patienten ab 20 Jahre mit endoprothetischer Versorgung	10364
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	4	Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung	2272

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	5	Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden	2271
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	6	Patienten mit Implantatfehllage, Implantatdislokation oder Fraktur	2267
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	9	Patienten mit Wundhämatom / Nachblutung	2269
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	10	Pneumonie, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie	2275
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	3	Patienten mit postoperativer Beweglichkeit von mindestens 0/0/70	446
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	4	Gehfähigkeit bei Entlassung	264
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	5	Gefäßläsion oder Nervenschaden	447
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	9	Wundhämatome / Nachblutungen bei Patienten ab 20 Jahre	454
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	10	Patienten mit Pneumonie, kardiovaskulären Komplikationen, tiefer Bein-/Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie	455
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	3	Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung	10878
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	4	Gefäßläsion oder Nervenschaden	2221
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	6	Endoprothesenluxation	465
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	7	Postoperative Wundinfektion	466
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	8	Wundhämatome / Nachblutungen	468
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	9	Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie	469
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	2	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	277
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	4	Patienten mit operationsbedingter Einschränkung des Gehens bei Entlassung	2288
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	5	Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden	2219
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	6	Patienten mit Fraktur	285
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	7	Patienten mit postoperativer Wundinfektion	286
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	8	Patienten mit Wundhämatom / Nachblutung	288
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	9	Patienten mit Pneumonie, kardiovaskulären Komplikationen, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie	289
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	3	Gehfähigkeit bei Entlassung	2291
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	4	Patienten mit Gefäßläsion oder Nervenschaden	2220
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	5	Fraktur bei Patienten ab 20 Jahre	300
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	6	Postoperative Wundinfektionen	301
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	7	Patienten mit Wundhämatom / Nachblutung	473
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	8	Pneumonie, kardiovaskuläre Komplikation, tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose oder Lungenembolie	474
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	6	Anzahl Lymphknoten	11989
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	9	Meldung an Krebsregister	11992
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	10	Zeitlicher Abstand zwischen Diagnose und OP-Datum	50175
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	5	MACCE bei Patienten mit Koronarangiographie	414
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	5	MACCE bei Patienten mit PCI	415
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention	5	MACCE bei Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	2232

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	(PCI)			
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	6	In-Hospital-Letalität bei Koronarangiographie ohne PCI	416
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	6	Dokumentationsqualität	2311
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	8	Flächendosisprodukt unbekannt	12773
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	8	Flächendosisprodukt bei Koronarangiographie (ohne Einzeitig-PCI)	12770
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	8	Flächendosisprodukt bei PCI (ohne Einzeitig-PCI)	12771
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	1	Patienten mit postoperativer Mediastinitis nach elektiver oder dringlicher OP ohne Mediastinitis und ohne Wundinfektion des Thorax vor OP	2263
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	1	Patienten der Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS) mit postoperativer Mediastinitis	2280
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (konventionell chirurgisch)	2	Neurologische Komplikationen bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation ohne neurologische Erkrankung	2282
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (kathetergestützt)	1	Neurologische Komplikationen bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation ohne neurologische Erkrankung	12001
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	1	Patienten mit postoperativer Mediastinitis nach elektiver oder dringlicher OP ohne präoperative Mediastinitis bzw. Wundinfektion des Thorax	2283
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	1	Patienten der Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS) mit postoperativer Mediastinitis	2284
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	2	Neurologische Komplikationen bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation ohne neurologische Erkrankung	2286
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	2	Patienten mit postoperativer Mediastinitis nach elektiver oder dringlicher OP ohne Mediastinitis und ohne Wundinfektion des Thorax vor OP	2256
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	2	Patienten der Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS) mit postoperativer Mediastinitis	2257
HCH-KORO	Koronarchirurgie, isoliert	3	Neurologische Komplikationen bei Patienten mit elektiver/dringlicher Operation ohne neurologische Erkrankung	2259
HTX	Herztransplantation	2	Unbekannter Überlebensstatus 30 Tage postoperativ	12539
LLS	Leberlebendspende	1	In-Hospital-Letalität	2125
LLS	Leberlebendspende	2	Lebertransplantation beim Leberlebendspender erforderlich	2127
LLS	Leberlebendspende	3	Mind. eine eingriffsspez. oder allg. Komplikation	2128
LLS	Leberlebendspende	3	Mind. eine eingriffsspez. Komplikation	2192
LLS	Leberlebendspende	3	Mind. eine allg. Komplikation	2193
LLS	Leberlebendspende	4	Tod des Spenders innerhalb von 1 Jahr nach Spende	12296
LLS	Leberlebendspende	5	Lebertransplantation beim Spender <= 1 Jahr nach Spende erforderlich	12549
LLS	Leberlebendspende	6	Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders 1 Jahr nach Leberlebendspende	12609
LLS	Leberlebendspende	7	Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Spende	12308
LLS	Leberlebendspende	8	Lebertransplantation beim Spender <= 2 Jahre nach Spende erforderlich	12561
LLS	Leberlebendspende	9	Leberlebendspender mit beeinträchtigter Organfunktion 2 Jahre nach Spende	12613
LLS	Leberlebendspende	10	Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Spende	12324
LLS	Leberlebendspende	11	Lebertransplantation beim Spender <= 3 Jahre nach Spende erforderlich	12577
LLS	Leberlebendspende	12	Leberlebendspender mit beeinträchtigter Organfunktion <= 3 Jahre nach Spende	12617
LTX	Lebertransplantation	3	Postoperative Verweildauer als Surrogatparameter für	2133

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

			Komplikationen	
NEO	NEO	1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen (O/E)	50048
NEO	NEO	1	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Todesfällen in den ersten 28 Lebenstagen (O/E)	50049
NEO	NEO	1	Risikoadjustierte Rate an Todesfällen (O/E * G)	50152
NEO	NEO	1	Risikoadjustierte Rate an Todesfällen in den ersten 28 Lebenstagen (O/E * G)	50153
NEO	NEO	2	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an Hirnblutungen IVH Grad 3 oder PVH (O/E)	50050
NEO	NEO	2	Risikoadjustierte Rate Hirnblutungen IVH Grad 3 oder PVH (O/E * G)	50154
NEO	NEO	3	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate bei Fällen mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL) (O/E)	50051
NEO	NEO	3	Risikoadjustierte Rate bei Fällen mit zystischer periventrikulärer Leukomalazie (PVL) (O/E * G)	50155
NEO	NEO	4	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate bei Fällen mit Frühgeborenenretinopathie (ROP) > 2 (O/E)	50052
NEO	NEO	4	Risikoadjustierte Rate bei Frühgeborenenretinopathie (ROP) > 2 (O/E * G)	50156
NEO	NEO	5	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an bronchopulmonalen Dysplasien (O/E)	50053
NEO	NEO	5	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an bronchopulmonalen Dysplasien - "inborn" (O/E)	50054
NEO	NEO	5	Risikoadjustierte Rate bei bronchopulmonalen Dysplasien (O/E * G)	50157
NEO	NEO	5	Risikoadjustierte Rate bei bronchopulmonalen Dysplasien - "inborn" (O/E * G)	50158
NEO	NEO	6	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate an hypoxisch-ischämischen Enzephalopathien (HIE) (O/E)	50056
NEO	NEO	6	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate bei angegebener hypoxisch-ischämischer Enzephalopathie (HIE) mit Kühlung (O/E)	50057
NEO	NEO	6	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate bei angegebener hypoxisch-ischämischer Enzephalopathie (HIE) ohne Kühlung (O/E)	50058
NEO	NEO	6	Risikoadjustierte Rate bei hypoxisch-ischämischen Enzephalopathien (HIE) (O/E * G)	50159
NEO	NEO	6	Risikoadjustierte Rate bei hypoxisch-ischämischen Enzephalopathien (HIE) mit Kühlung (O/E * G)	50160
NEO	NEO	6	Risikoadjustierte Rate bei hypoxisch-ischämischen Enzephalopathien (HIE) ohne Kühlung (O/E * G)	50161
NEO	NEO	7	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate bei Fällen mit Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach Geburt (O/E)	50059
NEO	NEO	7	Risikoadjustierte Rate bei Fällen mit Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach Geburt (O/E * G)	50162
NEO	NEO	8	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate der nosokomialen Infektionen (Behandlungsfälle) (O/E)	50060
NEO	NEO	8	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate der nosokomialen Infektionen (Anzahl der Infektionen) (O/E)	50061
NEO	NEO	8	Risikoadjustierte Rate der nosokomialen Infektionen (Behandlungsfälle) (O/E * G)	50185
NEO	NEO	8	Risikoadjustierte Rate der nosokomialen Infektionen (Anzahl der Infektionen) (O/E * G)	50186
NEO	NEO	9	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate bei Fällen mit Pneumothorax (O/E)	50062
NEO	NEO	9	Risikoadjustierte Rate bei Fällen mit Pneumothorax (O/E * G)	50163
NEO	NEO	10	Hörtest	50063
NEO	NEO	11	Temperatur bei Aufnahme unter 36.0 Grad	50064
NEO	NEO	11	Temperatur bei Aufnahme über 37.5 Grad	50103
NLS	Nierenlebendspende	1	In-Hospital-Letalität	2137
NLS	Nierenlebendspende	4	Intraop. oder postop. Komplikationen	2140
NLS	Nierenlebendspende	5	Tod des Spenders innerhalb von 1 Jahr nach Nierenlebendspende	12440

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

NLS	Nierenlebendspende	6	Spender mit eingeschränkter Nierenfunktion 1 Jahr nach Nierenlebendspende	12636
NLS	Nierenlebendspende	7	Nierenlebendspender mit Proteinurie innerhalb 1 Jahres nach Nierenspende	12655
NLS	Nierenlebendspende	8	Nierenlebendspender mit neu aufgetretener arterieller Hypertonie 1 Jahr nach Nierenspende	12667
NLS	Nierenlebendspende	10	Spender mit eingeschränkter Nierenfunktion 2 Jahre nach Nierenlebendspende	12640
NLS	Nierenlebendspende	11	Nierenlebendspender mit Proteinurie 2 Jahre nach Spende	12659
NLS	Nierenlebendspende	12	Nierenlebendspender mit neu aufgetretener arterieller Hypertonie 2 Jahre nach Nierenspende	12671
NLS	Nierenlebendspende	13	Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	12468
NLS	Nierenlebendspende	15	Nierenlebendspender mit Proteinurie 3 Jahre nach Spende	12663
NLS	Nierenlebendspende	16	Nierenlebendspender mit neu aufgetretener arterieller Hypertonie 3 Jahre nach Nierenspende	12675
NTX	Nierentransplantation	4	Patienten mit mindestens einer operativen Komplikation (bei isolierter Nierentransplantation)	2175
NTX	Nierentransplantation	9	Patienten mit mindestens einer behandlungsbedürftigen Abstoßung vom Zeitpunkt der Operation bis zum 1-Jahres-Follow-up	50065
NTX	Nierentransplantation	12	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation	12735
NTX	Nierentransplantation	14	Transplantatversagen 3 Jahre nach Transplantation (bei bekanntem Status)	12811
NTX	Nierentransplantation	15	Mäßige oder gute Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Transplantation	12741
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	1	Patienten mit erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	2006
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	1	Patienten mit erster Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)	2007
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	3	Patienten der Risikoklasse 1 (0 Punkte nach CRB-65-SCORE) mit Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme	2012
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	5	Patienten der Risikoklasse 2 (1-2 Punkte nach CRB-65-SCORE) mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	2018
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	5	Patienten der Risikoklasse 3 (3-4 Punkte nach CRB-65-SCORE) mit Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens	2019
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	7	Patienten, die bis zur Entlassung mindestens 6 klinische Stabilitätskriterien erfüllen	2036
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	8	Alle verstorbenen Patienten	11878

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Anlage 2

zu den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses
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

(Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R)

Annahmestelle und Datenlieferverfahren

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Zugelassene Krankenhäuser sind gemäß § 137 Abs. 3 Nr. 4 SGB V verpflichtet, alle 2 Jahre einen strukturierten Qualitätsbericht gemäß den Vorgaben des G-BA zu erstellen und an die in der Anlage 2 der Regelungen bestimmte Annahmestelle zu liefern.

Annahmestelle

Die Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) ist die Datenannahmestelle der Qualitätsberichte über das Berichtsjahr 2010 gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses 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.

Die Kontaktadresse der gemeinsamen Annahmestelle lautet:

Informationstechnische Servicestelle
der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG)
Seligenstädter Grund 11
63150 Heusenstamm
Telefon-Zentrale: 06104 - 600 50 0
Telefax: 06104 - 600 50 300
E-Mail: hotline@itsg.de

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Datenlieferverfahren

	Anmeldung
1.	Zugelassene Krankenhäuser melden sich vor der Lieferung der Qualitätsberichte bei der Annahmestelle an. Die Anmeldung erfolgt online über ein Webformular und ist auch direkt vor der Lieferung möglich.
2.	Das Anmeldeverfahren beginnt 8 Wochen vor dem Ablauf der ersten Übermittlungsfrist für die Qualitätsberichte gemäß § 6 Abs. 1 und endet mit dem Ablauf dieser ersten Übermittlungsfrist.
3.	Für jeden Bericht (nicht für jedes Format), der geliefert werden soll, ist eine eigene Anmeldung notwendig. Für die Anmeldung übermittelt das Krankenhaus folgende Angaben: – Aktuelle(s) Institutionskennzeichen und Standortnummer: gemäß Anlage 1 (Berichtsteil A-2 und A-3) – Kontaktdaten des Krankenhauses (Name des Krankenhauses, Ansprechpartner, Telefonnummern, E-Mail-Adressen) – Grundlage der Zulassung des Krankenhauses nach § 108 SGB V (Angabe, ob

	anerkannte Hochschulklinik, Plankrankenhaus oder Versorgungsvertrag)
4.	Die Annahmestelle bestätigt dem Krankenhaus unverzüglich per E-Mail die Anmeldung.
5.	Die Freischaltung der Adresse erfolgt erst nach Bestätigung durch das Krankenhaus (Double-Opt-In-Prinzip). Erst nach dieser Freischaltung ist die Übermittlung von Dateien möglich. Das Krankenhaus erhält für jede Anmeldung Zugangsdaten (Benutzername und Passwort).
6.	Damit können die krankenhauseigenen Kontaktdaten innerhalb der Übermittlungsfristen nach § 6 Abs. 1 und 2 aktualisiert werden.
	Annahmeverfahren gemäß § 6 Abs. 1 (alle Berichtsteile außer C-1)
7.	Die Annahmestelle versendet unverzüglich eine Bestätigung der Datenannahme für alle eingehenden Dateien per E-Mail.
8.	Es erfolgt eine Prüfung der Dateien auf ihre formale Korrektheit: XML-Dateien werden anhand des festgelegten Datenschemas (gemäß Anhang 1 zu Anlage 1) und PDF-Dateien auf ihre Größe geprüft.
9.	Die Annahmestelle informiert das Krankenhaus unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.
10.	Angemeldete Krankenhäuser, von denen bis 14 Tage vor dem Ende der Übermittlungsfrist gemäß § 6 Abs. 1 kein formal korrekter Bericht eingegangen ist, erhalten eine Erinnerungs-E-Mail. Mitgeteilt wird, ob bisher – keine korrekte Datenlieferung erfolgte, – das XML-Format formal korrekt vorliegt, jedoch die formal korrekte PDF-Datei fehlt oder – die PDF-Datei formal korrekt vorliegt, jedoch das formal korrekte XML-Format fehlt.
	Annahmeverfahren gemäß § 6 Abs. 2 und 3 (inkl. Berichtsteil C-1)
11.	Die Annahmestelle liefert die Liste der Daten aus Ziffer 3, erster und zweiter Spiegelstrich an die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen.
12.	Die Daten zur externen vergleichenden Qualitätssicherung – inklusive der Kommentare des Krankenhauses – werden nur für angemeldete Krankenhäuser geliefert. Für angemeldete Krankenhäuser, für die keine Qualitätssicherungsdaten vorliegen, erfolgt eine Null-Meldung.
13.	Die Annahmestelle prüft die Dateien auf ihre formale Korrektheit: XML-Dateien werden anhand des festgelegten Datenschemas (gemäß Anhang 1 zu Anlage 1) geprüft. Die Annahmestelle informiert die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.
14.	Die Annahmestelle informiert die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen 14 Tage vor dem Ablauf der Übermittlungsfrist gemäß § 6 Abs. 2, für welche Krankenhäuser noch keine Qualitätsdaten geliefert wurden.
15.	In der Frist gemäß § 6 Abs. 3 können Krankenhäuser ihre gemäß § 6 Abs. 1 gelieferten Berichte korrigieren bzw. den PDF-Bericht um die Qualitätssicherungsdaten erweitern. Eine erneute Anmeldung ist nicht erforderlich und auch nicht möglich, da nur

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in Kra

	Fehlerkorrekturen und Erweiterungen um die Qualitätssicherungsdaten bereits gelieferter Berichte zulässig sind.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.