

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Ergänzung eines Anhangs 3 und eines Anhangs 4 zu Anlage 1 für das Berichtsjahr 2018

Vom 20. Juni 2019

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2019 beschlossen, die Regelungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 18. April 2019 (BAnz AT TT.MM.2019 BX), wie folgt zu ändern:

- I. Die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser werden wie folgt geändert:
 1. Nach dem Anhang 3 zu Anlage 1 „Qualitätsindikatoren aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2017“ wird der Anhang 3 zu Anlage 1 „Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2018“ gemäß **Anlage 1** zum Beschluss eingefügt.
 2. Nach dem Anhang 4 zu Anlage 1 „Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2017“ wird der Anhang 4 zu Anlage 1 „Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2018“ gemäß **Anlage 2** zum Beschluss eingefügt.
- II. Die Änderung der Regelungen tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 20. Juni 2019

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anhang 3 zu Anlage 1 Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2018

Tabelle A:

Vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

Tabelle B:

Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen /Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen mit eingeschränkter methodischer Eignung

Tabelle C:

Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

Tabelle D:

Übersicht über die Leistungsbereiche im Richtlinienkontext

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

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
09n1-HSM- IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	QSKH	Das Herzschrittmachersystem wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
09n1-HSM- IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54141	Systeme 1. Wahl	TKez	QSKH	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in den meisten Fällen eingesetzt werden sollten
09n1-HSM- IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54142	Systeme 2. Wahl	TKez	QSKH	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die in weniger als der Hälfte der Fälle eingesetzt werden sollten
09n1-HSM- IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54143	Systeme 3. Wahl	QI	QSKH	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft spezielle Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
09n1-HSM- IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QI	QSKH	Dauer der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein Herzschrittmacher eingesetzt oder das Gehäuse des Herzschrittmachers ausgetauscht wurde)
09n1-HSM- IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52305	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	QSKH	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
09n1-HSM- IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52311	Sondendislokation oder - dysfunktion	QI	QSKH	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
09n1-HSM- IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	51191	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
09n1-HSM- IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	2194	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Problemen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten). Die Probleme traten im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Herzschrittmacher eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme), auf und führten innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation
09n1-HSM- IMPL	Herzschritt- macher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	2195	Verhältnis der beobachteten zu erwarteten Rate (O/E) an Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
09n2-HSM- AGGW	Herzschritt- macher- Aggregat- wechsel	Austausch des Herzschrittmacher- Gehäuses (Aggregat)	52307	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	QI	QSKH	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Herzschrittmachers wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
09n3-HSM- REV	Herzschritt- macher- Revision/- System- wechsel/- Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers	52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QI	QSKH	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
09n3-HSM- REV	Herzschritt- macher- Revision/- System- wechsel/- Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers	51404	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
09n4-DEFI- IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50055	Leitlinienkonforme Indikation	QI	QSKH	Die Behandlung mit einem Schockgeber (Defibrillator) war nach wissenschaftlichen Standards angemessen
09n4-DEFI- IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	QSKH	Der Schockgeber (Defibrillator-System) wurde auf Basis anerkannter wissenschaftlicher Empfehlungen ausgewählt
09n4-DEFI- IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QI	QSKH	Dauer der Operation, bei der der Schockgeber (Defibrillator) erstmalig eingesetzt oder das Gehäuse ausgetauscht wird
09n4-DEFI- IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52316	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	QSKH	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
09n4-DEFI- IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52325	Sondendislokation oder - dysfunktion	QI	QSKH	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel des Schockgebers (Defibrillators)
09n4-DEFI- IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	51186	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
09n5-DEFI- AGGW	Implantierbare Defibrillatoren- Aggregat- wechsel	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52321	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	QI	QSKH	Die Funktionsfähigkeit der Kabel des Schockgebers (Defibrillators) wurde während der Operation durch verschiedene Messungen überprüft
09n6-DEFI- REV	Implantierbare Defibrillatoren- Revision/- Systemwechsel/ -Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52328	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	QI	QSKH	Technisches Problem am Schockgeber (Defibrillator), das zu einer erneuten Operation führte (Aggregat- oder Sondenproblem)
09n6-DEFI- REV	Implantierbare Defibrillatoren- Revision/- Systemwechsel/ -Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52001	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	QI	QSKH	Probleme im Zusammenhang mit der Operation, bei der ein Schockgeber (Defibrillator) eingesetzt wurde (Sonden- oder Taschenprobleme). Diese Probleme führten zu einer erneuten Operation
09n6-DEFI- REV	Implantierbare Defibrillatoren- Revision/- Systemwechsel/ -Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52002	Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	QI	QSKH	Infektion, die zu einer erneuten Operation führte
09n6-DEFI- REV	Implantierbare Defibrillatoren- Revision/- Systemwechsel/ -Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QI	QSKH	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel des Schockgebers (Defibrillators)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
09n6-DEFI- REV	Implantierbare Defibrillatoren- Revision/- Systemwechsel/ -Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	51196	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
10n2- KAROT	Karotis- Revaskularisatio n	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen- chirurgisch	QI	QSKH	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen- chirurgisch	QI	QSKH	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war die Operation aus medizinischen Gründen angebracht
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen- chirurgischer Karotis- Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, erlitten einen Schlaganfall oder sind während der Operation verstorben. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	11704	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	11724	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen chirurgisch	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die nach der Operation einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen- chirurgisch	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	QI	QSKH	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, war der Eingriff aus medizinischen Gründen angebracht (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	QI	QSKH	Bei Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten, lag ein medizinisch angebrachter Grund für den Eingriff vor (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51873	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51865	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen schweren Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden; nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war)
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind und bei denen die Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperseite um mehr als 75 % verengt war (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
10n2- KAROT	Karotis- Revaskulari- sation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und während des Eingriffs einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	QI	QSKH, QS-Planung	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen, bei denen während einer Operation an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen). Die Operation wurde mittels einer Bauchspiegelung vorgenommen

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	QI	QSKH, QS-Planung	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	QI	QSKH, QS-Planung	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	60683	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	TKez	QSKH	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	60684	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	TKez	QSKH	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren, entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	QSKH	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	QSKH	Bei Patientinnen, die 46 bis 55 Jahre alt waren und an den Eierstöcken und/oder Eileitern operiert wurden, wurden beide Eierstöcke entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	QI	QSKH	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen: Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Operationen zur Entfernung der Gebärmutter werden nicht berücksichtigt)	52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	QI	QSKH	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	QI	QSKH, QS-Planung	Bei einer drohenden Frühgeburt wurde die Mutter vor der Geburt mit Kortison behandelt. Dazu musste die Mutter bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	QI	QSKH, QS-Planung	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	52249	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kaiserschnittgeburten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	QI	QSKH, QS-Planung	Der Zeitraum zwischen der Entscheidung, einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen, und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	321	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	TKez	QSKH	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Neugeborenen, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden (Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen)
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	51397	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Neugeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht einbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	51831	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Frühgeborene, die zwischen der 24. und einschließlich der 36. Schwangerschaftswoche geboren wurden; Zwillings- oder andere Mehrlingsgeburten wurden nicht miteinbezogen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	QI	QSKH, QS-Planung	Eine Kinderärztin / ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	QI	QSKH, QS-Planung	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen der 37. und einschließlich der 41. Schwangerschaftswoche geboren wurden) – bei der Auswertung wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind (z. B. Vorerkrankungen) berücksichtigt
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54030	Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	QI	QSKH	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54050	Sturzprophylaxe	QI	QSKH	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54033	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Nachblutungen, Implantatfehlagen und Wundinfektionen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
17n1-HÜFT- FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo- synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54040	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen/Nachblutun- gen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Nachblutungen oder Blutansammlungen im Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden und bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
17n1-HÜFT- FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo- synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54042	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Harnwegsinfektionen, Lungenentzündungen oder Thrombosen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei denen die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
17n1-HÜFT- FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteo- synthetischer Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54046	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HEP	Hüftendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen- Erstimplantation	QI	QSKH	Die geplante Operation, bei der erstmal ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
HEP	Hüftendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Die Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
HEP	Hüftendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54003	Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	QI	QSKH	Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation, bei der ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfand

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HEP	Hüftendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54004	Sturzprophylaxe	QI	QSKH	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz der Patientin / des Patienten nach der Operation zu vermeiden
HEP	Hüftendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhängen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
HEP	Hüftendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhängen, (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden)
HEP	Hüftendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	QSKH	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden)
HEP	Hüftendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen- Erstimplantation	QI	QSKH	Komplikationen (wie z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde)
HEP	Hüftendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54010	Beweglichkeit bei Entlassung	QI	QSKH	Das operierte künstliche Hüftgelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden
HEP	Hüftendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54012	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HEP	Hüftendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54013	Todesfälle während des akut- stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HEP	Hüftendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	10271	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel im Verlauf	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile war (bezogen auf den Zeitraum von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Hüftgelenk erstmals eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KEP	Knieendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen- Erstimplantation	QI	QSKH	Die geplante Operation, bei der erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
KEP	Knieendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	QI	QSKH	Die Operation, bei der ein künstlicher Ersatz für einen Teil des Kniegelenks eingesetzt wurde, war aus medizinischen Gründen angebracht
KEP	Knieendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Die Operation, bei der das künstliche Kniegelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden, war aus medizinischen Gründen angebracht
KEP	Knieendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
KEP	Knieendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel oder Lungenentzündungen), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)
KEP	Knieendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen- Erstimplantation	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der geplanten Operation (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Kniegelenk eingesetzt wurde)
KEP	Knieendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen- Wechsel bzw. - Komponentenwechsel	QI	QSKH	Komplikationen (z. B. Schädigungen der Nerven, Blutungen und Verschiebungen des künstlichen Kniegelenks) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Kniegelenk oder Teile davon ausgetauscht wurden)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KEP	Knieendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54026	Beweglichkeit bei Entlassung	QI	QSKH	Das operierte künstliche Kniegelenk konnte zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend bewegt werden
KEP	Knieendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54028	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KEP	Knieendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54127	Todesfälle während des akut- stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu versterben)
KEP	Knieendoprothe- senversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54128	Knieendoprothesen- Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf	QI	QSKH	Es war innerhalb von 90 Tagen nach der Operation, bei der das künstliche Kniegelenk erstmals eingesetzt wurde, kein Austausch des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile davon notwendig
18n1- MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QI	QSKH	Die Feststellung, dass die Patientinnen und Patienten Brustkrebs haben, wurde vor der Behandlung durch eine Gewebeuntersuchung abgesichert
18n1- MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52268	HER2-Positivitätsrate	QI	QSKH	Anzahl an Patientinnen und Patienten, bei denen HER2 nachgewiesen werden konnte und die deswegen eine spezielle medikamentöse Therapie erhalten sollten (HER2 ist eine Eiweißstruktur, die sich bei manchen Patientinnen und Patienten auf der Oberfläche der Tumorzellen befindet)
18n1- MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	QI	QSKH, QS-Planung	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
18n1- MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	QI	QSKH, QS-Planung	Während der Operation wird das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert. (Dies ist nötig, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil möglichst vollständig entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.)
18n1- MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	QI	QSKH, QS-Planung	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium hatten)
18n1- MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QI	QSKH	Die Lymphknoten, die in der Achselhöhle liegen, werden entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die Brustkrebs im Frühstadium haben und bei denen die Brust nicht entfernt wird, sondern brusterhaltend operiert wird)
18n1- MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	51847	Indikation zur Sentinel- Lymphknoten-Biopsie	QI	QSKH	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht (in den Wächterlymphknoten siedeln sich die Krebszellen mit hoher Wahrscheinlichkeit zuerst an)
18n1- MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QI	QSKH	Zwischen dem Zeitpunkt, wann der Brustkrebs festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage
DEK	Pflege: Dekubitus- prophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52009	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 1)	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstanden ist (nicht berücksichtigt wurden Patientinnen und Patienten, bei denen durch Druck eine nicht wegdrückbare Rötung auf der Haut entstand, aber die Haut noch intakt war (Dekubitus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
DEK	Pflege: Dekubitus- prophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52010	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen oder Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitus Grad/ Kategorie 4)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51070	Sterblichkeit bei Risiko- Lebendgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	QI	QSKH	Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen)
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51832	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Sehr kleine Frühgeborene, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51837	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an sehr kleinen Frühgeborenen, die verstorben sind und zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51076	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50050	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen	TKez	QSKH	Schwerwiegende Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51843	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50053	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Schädigungen der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50052	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an schwerwiegenden Netzhautschädigungen bei sehr kleinen Frühgeborenen, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	QI	QSKH	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, eine schwerwiegende Schädigung des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50060	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Kindern mit einer Infektion, die sie im Krankenhaus erworben haben (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50062	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (ohne zuverlegte Kinder)	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an beatmeten Kindern mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (bezogen auf Kinder, die zuvor in keiner anderen Kinderklinik behandelt wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	52262	Zunahme des Kopfumfangs	QI	QSKH	Wachstum des Kopfes
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50063	Durchführung eines Hörtests	QI	QSKH	Ein Hörtest wurde durchgeführt
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50069	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an sehr kleinen Frühgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50074	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Risiko-Lebendgeborenen mit einer Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Frühgeborenen, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von weniger als 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer von mehr als 31 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Frühgeborenen)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2005	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	QI	QSKH	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2006	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	TKez	QSKH	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2007	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)	QI	QSKH	Der Sauerstoffgehalt im Blut wurde innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus gemessen (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2009	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	QI	QSKH	Behandlung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die nicht aus einem anderem Krankenhaus aufgenommen wurden)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2013	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65- Index = 1 oder 2)	QI	QSKH	Körperliche Aktivierung innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus bei Patientinnen und Patienten mit mittlerem Risiko, an einer Lungenentzündung zu versterben
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QI	QSKH	Ob die Patientin / der Patient ausreichend gesund war, wurde nach festgelegten Kriterien vor Entlassung aus dem Krankenhaus bestimmt
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	50778	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QI	QSKH	Die Anzahl der Atemzüge pro Minute der Patientin / des Patienten wurde bei Aufnahme in das Krankenhaus gemessen
HCH-AORT- CHIR	Aortenklappen- chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	24180 0	Postoperative Mediastinitis	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb nach einer geplanten oder dringend notwendigen Operation auftrat
HCH-AORT- CHIR	Aortenklappen- chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	2280	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HCH-AORT- CHIR	Aortenklappen- chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	2282	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten
HCH-AORT- CHIR	Aortenklappen- chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	52006	Intraprozedurale Komplikationen	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
HCH-AORT- CHIR	Aortenklappen- chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	341	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
HCH-AORT- CHIR	Aortenklappen- chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	345	Status am 30. postoperativen Tag	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind
HCH-AORT- CHIR	Aortenklappen- chirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	343	Sterblichkeit nach 30 Tagen	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HCH-AORT- KATH	Aortenklappen- chirurgie, isoliert (Katheter- gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	12001	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringlichen Operation auftraten
HCH-AORT- KATH	Aortenklappen- chirurgie, isoliert (Katheter- gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	51916	Intraprozedurale Komplikationen	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen während der Operation auftraten
HCH-AORT- KATH	Aortenklappen- chirurgie, isoliert (Katheter- gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	52007	Gefäßkomplikationen	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen an den Blutgefäßen während oder nach der Operation auftraten
HCH-AORT- KATH	Aortenklappen- chirurgie, isoliert (Katheter- gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	11995	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HCH-AORT- KATH	Aortenklappen- chirurgie, isoliert (Katheter- gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	11997	Status am 30. postoperativen Tag	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind
HCH-AORT- KATH	Aortenklappen- chirurgie, isoliert (Katheter- gestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	11996	Sterblichkeit nach 30 Tagen	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind
HCH-KCH	Koronar- chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	332	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen die linksseitige Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (Bypass) verwendet wurde
HCH-KCH	Koronar- chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	24180 1	Postoperative Mediastinitis	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb nach einer geplanten oder dringend notwendigen Operation auftrat
HCH-KCH	Koronar- chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	2257	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)
HCH-KCH	Koronar- chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	2259	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund der geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten
HCH-KCH	Koronar- chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	349	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HCH-KCH	Koronar- chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	11617	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HCH-KCH	Koronar- chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	353	Status am 30. postoperativen Tag	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind
HCH-KCH	Koronar- chirurgie, isoliert	Koronarchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen	351	Sterblichkeit nach 30 Tagen	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen- chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	24180 2	Postoperative Mediastinitis	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten mit einer lebensbedrohlichen Entzündung im Brustkorb nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen- chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	2284	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen eine lebensbedrohliche Entzündung im Brustkorb auftrat (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die kein oder nur ein geringes Risiko hatten, diese Entzündung zu bekommen)
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen- chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	2286	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, bei denen neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten oder dringend notwendigen Operation auftraten

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	360	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die nach der geplanten oder dringend notwendigen Operation im Krankenhaus verstorben sind
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	12193	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	11391	Status am 30. postoperativen Tag	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, von denen 30 Tage nach der Operation bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappen-chirurgie	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie: Operation an den Herzkranzgefäßen, bei der gleichzeitig die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird	362	Sterblichkeit nach 30 Tagen	TKez	QSKH	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation verstorben sind
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
HTXM-TX	Herz-transplantation	Herztransplantation	12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HTXM-TX	Herz- transplantation	Herztransplantation	51629	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
HTXM-TX	Herz- transplantation	Herztransplantation	12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
HTXM-TX	Herz- transplantation	Herztransplantation	51631	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
HTXM-TX	Herz- transplantation	Herztransplantation	12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
HTXM-TX	Herz- transplantation	Herztransplantation	51633	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
HTXM-MKU	Herzunterstüt- zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	QI	QSKH	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt
HTXM-MKU	Herzunterstüt- zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	TKez	QSKH	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt
HTXM-MKU	Herzunterstüt- zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	TKez	QSKH	Die Funktion des Gehirns war nach dem Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, dauerhaft beeinträchtigt
HTXM-MKU	Herzunterstüt- zungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	QI	QSKH	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HTXM-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	TKez	QSKH	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt
HTXM-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	52390	Sepsis bei Implantation eines TAH	TKez	QSKH	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt
HTXM-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	QI	QSKH	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft
HTXM-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	TKez	QSKH	Die Funktion des eingesetzten Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, war fehlerhaft
HTXM-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	TKez	QSKH	Die Funktion des eingesetzten künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt, war fehlerhaft
LLS	Leberlebenspende	Leberlebenspende	2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen	QI	QSKH	Komplikationen, die behandelt werden mussten, während oder nach der Transplantation
LLS	Leberlebenspende	Leberlebenspende	2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
LLS	Leberlebenspende	Leberlebenspende	12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Leberspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LLS	Leberlebenspende	Leberlebenspende	51603	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die ein Jahr nach der Leberspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
LLS	Leberlebend- spende	Leberlebendspende	12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Leberspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LLS	Leberlebend- spende	Leberlebendspende	51604	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die zwei Jahre nach der Leberspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LLS	Leberlebend- spende	Leberlebendspende	12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Leberspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LLS	Leberlebend- spende	Leberlebendspende	51605	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die drei Jahre nach der Leberspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LLS	Leberlebend- spende	Leberlebendspende	2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	QI	QSKH	Nach der Spende war eine Lebertransplantation bei der Spenderin / dem Spender notwendig
LLS	Leberlebend- spende	Leberlebendspende	12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	QI	QSKH	Eine Lebertransplantation war innerhalb von einem Jahr nach der Spende bei der Spenderin / dem Spender notwendig
LLS	Leberlebend- spende	Leberlebendspende	12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QI	QSKH	Eine Lebertransplantation war innerhalb von zwei Jahren nach der Spende bei der Spenderin / dem Spender notwendig

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
LLS	Leberlebend- spende	Leberlebendspende	12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QI	QSKH	Eine Lebertransplantation war innerhalb von drei Jahren nach der Spende bei der Spenderin / dem Spender notwendig
LLS	Leberlebend- spende	Leberlebendspende	12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	QI	QSKH	Die Leber der Organspenderin / des Organspenders funktionierte ein Jahr nach der Leberspende nur eingeschränkt
LLS	Leberlebend- spende	Leberlebendspende	12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	QI	QSKH	Die Leber der Organspenderin / des Organspenders funktionierte zwei Jahre nach der Leberspende nur eingeschränkt
LLS	Leberlebend- spende	Leberlebendspende	12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	QI	QSKH	Die Leber der Organspenderin / des Organspenders funktionierte drei Jahre nach der Leberspende nur eingeschränkt
LTX	Leber- transplantation	Lebertransplantation	2097	Tod durch operative Komplikationen	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Komplikationen innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation verstorben sind
LTX	Leber- transplantation	Lebertransplantation	2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
LTX	Leber- transplantation	Lebertransplantation	12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LTX	Leber- transplantation	Lebertransplantation	51596	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
LTX	Leber- transplantation	Lebertransplantation	12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LTX	Leber- transplantation	Lebertransplantation	51599	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LTX	Leber- transplantation	Lebertransplantation	12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LTX	Leber- transplantation	Lebertransplantation	51602	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LTX	Leber- transplantation	Lebertransplantation	2133	Postoperative Verweildauer	QI	QSKH	Dauer des Krankenhausaufenthalts nach der Transplantation
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen- transplantation	Lungen- und Herz- Lungentransplantation	2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen- transplantation	Lungen- und Herz- Lungentransplantation	12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen- transplantation	Lungen- und Herz- Lungentransplantation	51636	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	51639	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	51641	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51567	Intra- oder postoperative Komplikationen	QI	QSKH	Komplikationen während oder nach der Operation
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NLS	Nierenlebend-spende	Nierenlebendspende	51568	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NLS	Nierenlebens- spende	Nierenlebensspende	12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebensspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NLS	Nierenlebens- spende	Nierenlebensspende	51569	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebensspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)
NLS	Nierenlebens- spende	Nierenlebensspende	12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebensspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NLS	Nierenlebens- spende	Nierenlebensspende	51570	Tod oder unbekannter Überlebensstatus der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebensspende	QI	QSKH	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende verstorben sind (war nicht bekannt, ob die Organspenderin / der Organspender lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass er/sie verstorben ist)
NLS	Nierenlebens- spende	Nierenlebensspende	2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	QI	QSKH	Eine regelmäßige Blutreinigung (Dialyse) war bei der Spenderin / dem Spender erforderlich
NLS	Nierenlebens- spende	Nierenlebensspende	12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebensspende)	QI	QSKH	Die verbleibende Niere der Organspenderin / des Organspenders funktionierte ein Jahr nach der Spende nur eingeschränkt
NLS	Nierenlebens- spende	Nierenlebensspende	12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebensspende)	QI	QSKH	Die verbleibende Niere der Organspenderin / des Organspenders funktionierte zwei Jahre nach der Spende nur eingeschränkt
NLS	Nierenlebens- spende	Nierenlebensspende	12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebensspende)	QI	QSKH	Die verbleibende Niere der Organspenderin / des Organspenders funktionierte drei Jahre nach der Spende nur eingeschränkt

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NLS	Nierenlebens- spende	Nierenlebensspende	51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebensspende	QI	QSKH	Innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende hatte die Organspenderin / der Organspender Eiweiß im Urin
NLS	Nierenlebens- spende	Nierenlebensspende	51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebensspende	QI	QSKH	Innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende hatte die Organspenderin / der Organspender Eiweiß im Urin
NLS	Nierenlebens- spende	Nierenlebensspende	51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebensspende	QI	QSKH	Innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende hatte die Organspenderin / der Organspender Eiweiß im Urin
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	51557	Intra- oder postoperative Komplikationen	QI	QSKH	Komplikationen während oder nach der Operation
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	2171	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	2144	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	51560	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	12199	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	51561	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	12237	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	51562	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	2184	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	QI	QSKH	Sofort nach der Transplantation nahm die Niere einer verstorbenen Organspenderin / eines verstorbenen Organspenders bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ihre Funktion auf und funktionierte bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	2185	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	QI	QSKH	Sofort nach der Transplantation nahm die Niere einer lebenden Organspenderin / eines verstorbenen Organspenders bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ihre Funktion auf und funktionierte bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	2188	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende	QI	QSKH	Die Niere einer verstorbenen Organspenderin / eines verstorbenen Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	2189	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende	QI	QSKH	Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	12809	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	QI	QSKH	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von einem Jahr nach der Transplantation auf zu funktionieren (berücksichtigt werden nur Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt ist, ob die transplantierte Niere funktioniert oder nicht)
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	12810	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation bei bekanntem Status	TKez	QSKH	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von zwei Jahren nach der Transplantation auf zu funktionieren (berücksichtigt werden nur Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt ist, ob die transplantierte Niere funktioniert oder nicht)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	12811	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation bei bekanntem Status	TKez	QSKH	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von drei Jahren nach der Transplantation auf zu funktionieren (berücksichtigt werden nur Organempfängerinnen und Organempfänger, bei denen bekannt ist, ob die transplantierte Niere funktioniert oder nicht)
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	12729	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	12735	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zwei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
NTX	Nieren- transplantation	Nierentransplantation	12741	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Niere einer lebenden Organspenderin / eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger drei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren- transplantation	Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	2143	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren- transplantation	Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	12493	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren- transplantation	Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	51524	1-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die ein Jahr nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren- transplantation	Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	12509	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungs- bereich-ID	Leistungs- bereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren- transplantation	Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	51544	2-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die zwei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren- transplantation	Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	12529	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (bezogen auf Organempfängerinnen und Organempfänger, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren- transplantation	Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	51545	3-Jahres-Überleben bei bekanntem oder unbekanntem Status (Worst-Case-Analyse)	QI	QSKH	Organempfängerinnen und Organempfänger, die drei Jahre nach der Transplantation lebten (war nicht bekannt, ob die Organempfängerin oder der Organempfänger lebte oder verstorben ist, wurde angenommen, dass sie/er verstorben ist)
PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren- transplantation	Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	2145	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QI	QSKH	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren- transplantation	Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	12824	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin / dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut
PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren- transplantation	Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	12841	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Bauchspeicheldrüse funktioniert bei der Organempfängerin / dem Organempfänger zwei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren- transplantation	Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	12861	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	TKez	QSKH	Die Bauchspeicheldrüse funktioniert bei der Organempfängerin / dem Organempfänger drei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren- transplantation	Pankreas- und Pankreas- Nierentransplantation	2146	Entfernung des Pankreastransplantats	QI	QSKH	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse musste bei der Organempfängerin / dem Organempfänger wieder entfernt werden

Tabelle B:

**Vom Gemeinsamen Bundesausschuss eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen /
Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen mit eingeschränkter methodischer Eignung**

[leer]

Tabelle C:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
09n1-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101803	Leitlinienkonforme Indikation	QI	QSKH
09n1-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101800	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	QI	QSKH
09n1-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH
09n1-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	QSKH
09n2-HSM- AGGW	Herzschrittmacher- Aggregatwechsel	Austausch des Herzschrittmacher- Gehäuses (Aggregat)	111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH
09n3-HSM- REV	Herzschrittmacher- Revision/- Systemwechsel/- Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen des Herzschrittmachers	121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH
09n4-DEFI- IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131801	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Fällen mit erhöhtem Dosis-Flächen-Produkt	QI	QSKH
09n4-DEFI- IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH
09n4-DEFI- IMPL)	Implantierbare Defibrillatoren- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	QSKH

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
09n5-DEFI- AGGW	Implantierbare Defibrillatoren- Aggregatwechsel	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH
09n6-DEFI- REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/- Systemwechsel/- Explantation	Erneuter Eingriff, Austausch oder Entfernen eines Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inkl. Wundinfektionen)	QI	QSKH
10n2-KAROT	Karotis- Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	161800	Keine postprozedurale fachneurologische Untersuchung trotz periprozedural neu aufgetretenem neurologischen Defizit	QI	QSKH
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	181800	Qualitätsindex zu Dammrissen Grad IV bei Einlingsgeburten	QI	QSKH
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe: Versorgung von Mutter und Kind kurz vor, während und kurz nach der Geburt	331	Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung	TKez	QSKH
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54015	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patientinnen und Patienten mit allgemeinen Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	QSKH
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54120	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an spezifischen Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel	QI	QSKH
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52267	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2- positiven Befunden: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI	QSKH
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	52278	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2- positiven Befunden: hohe HER2-Positivitätsrate	QI	QSKH

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	60659	Nachresektionsrate	QI	QSKH
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operative Behandlung von Brustkrebs	211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QI	QSKH
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52326	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2	TKez	QSKH
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	521801	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie 3	TKez	QSKH
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	521800	Alle Patientinnen und Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitus Grad/Kategorie nicht näher bezeichnet	TKez	QSKH
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50051	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an zystischen periventrikulären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	TKez	QSKH
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	TKez	QSKH
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird und der Brustkorb geöffnet wird	12092	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Aortenklappenersatz: Operation, bei der die Herzklappe an der Hauptschlagader (Aorta) ersetzt wird. Dazu wird ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt	12168	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	QI	QSKH

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Bezug zum Verfahren
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	251800	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	QI	QSKH
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	QI	QSKH

Tabelle D:
Übersicht über die Leistungsbereiche im Richtlinienkontext

QSKH-Richtlinie		Datenerfassung			Auswertung		Hinweis
		Basis C-1.1 im Qualitätsbericht			Basis C-1.2 im Qualitätsbericht		
QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie	(Teilmenge, in Richtlinie in Klammer genannt)	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Sollstatistik	zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zähleistungsbereich)	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	
Herzschrittmacherversorgung (Herzschrittmacher-Implantation, Herzschrittmacher-Aggregatwechsel, Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation)	Herzschrittmacher-Implantation	09/1	09/1	-	09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	
	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	09/2	09/2	-	09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	
	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	09/3	09/3	-	09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	-	09/4	09/4	-	09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	
Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	-	09/5	09/5	-	09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel	
Implantierbare Defibrillatoren – Revision/Systemwechsel/Explantation	-	09/6	09/6	-	09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	
Karotis-Revaskularisation	-	10/2	10/2	-	10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	-	15/1	15/1	-	15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	
Geburtshilfe	-	16/1	16/1	-	16n1-GEBH	Geburtshilfe	
Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	-	17/1	17/1	-	17n1-HÜFTFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	
Mammachirurgie	-	18/1	18/1	-	18n1-MAMMA	Mammachirurgie	

QSKH-Richtlinie		Datenerfassung			Auswertung		Hinweis
			Basis C-1.1 im Qualitätsbericht		Basis C-1.2 im Qualitätsbericht		
QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie	(Teilmenge, in Richtlinie in Klammer genannt)	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Sollstatistik	zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zähleistungsbereich)	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	
Pflege: Dekubitusprophylaxe	-	DEK	DEK	-	DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	
Hüftendoprothesenversorgung (Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur, Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur	HEP	HEP	HEP_IMP (Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation)	HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Die Summe der Zähleistungsbereiche (HEP_IMP, HEP_WE) ist mindestens so groß wie die Fallzahl von HEP
	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			HEP_WE (Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel)			
Knieendoprothesenversorgung (Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen, Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel)	Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen	KEP	KEP	KEP_IMP (Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation)	KEP	Knieendoprothesenversorgung	Die Summe der Zähleistungsbereiche (KEP_IMP, KEP_WE) ist mindestens so groß wie die Fallzahl von KEP
	Knieendoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			KEP_WE (Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel)			
Neonatalogie	-	NEO	NEO	-	NEO	Neonatalogie	
Ambulant erworbene Pneumonie	-	PNEU	PNEU	-	PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	

QSKH-Richtlinie		Datenerfassung			Auswertung		Hinweis
			Basis C-1.1 im Qualitätsbericht		Basis C-1.2 im Qualitätsbericht		
QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie	(Teilmenge, in Richtlinie in Klammer genannt)	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Soll-statistik	zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zähleistungsbereich)	Auswertungs-modul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	
Aortenklappenchirurgie, isoliert		HCH	HCH	HCH_AORT_KATH_ENDO (Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation)	HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	HCH-AORT-KATH ist eine Teilmenge von HCH. Die Summe der Zähleistungsbereiche (HCH_AORT_KATH_ENDO, HCH_AORT_KATH_TRAPI) ist mindestens so groß wie die Fallzahl von HCH-AORT-KATH
				HCH_AORT_KATH_TRAPI (Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation)			
				-	HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	
Koronarchirurgie, isoliert	-			-	HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	HCH-KCH ist eine Teilmenge von HCH
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	-			-	HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	HCH-KOMB ist eine Teilmenge von HCH
Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme		HTXM	HTXM	HTXM_MKU (Herzunterstützungssysteme /Kunstherzen)	HTXM-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	HTXM_MKU ist eine Teilmenge von HTXM. Die Summe der Zähleistungsbereiche (HTXM_MKU, HTXM_TX) ist mindestens so groß wie die Fallzahl von HTXM
				HTXM_TX (Herztransplantation)	HTXM-TX	Herztransplantation	HTXM_TX ist eine Teilmenge von HTXM. Die Summe der Zähleistungsbereiche (HTXM_MKU, HTXM_TX) ist mindestens so groß wie die Fallzahl von HTXM
		HTXFU	-	-			
Lebertransplantation		LTX	LTX	-	LTX	Lebertransplantation	
		LTXFU	-	-			

QSKH-Richtlinie		Datenerfassung			Auswertung		Hinweis
		Basis C-1.1 im Qualitätsbericht			Basis C-1.2 im Qualitätsbericht		
QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie	(Teilmenge, in Richtlinie in Klammer genannt)	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Soll-statistik	zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zähleistungsbereich)	Auswertungs-modul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	
Leberlebenspende	-	LLS	LLS	-	LLS	Leberlebenspende	
		LLSFU	-	-			

QSKH-Richtlinie		Datenerfassung			Auswertung		Hinweis
			Basis C-1.1 im Qualitätsbericht		Basis C-1.2 im Qualitätsbericht		
QS-Verfahren/Leistungsbereich nach Richtlinie	(Teilmenge, in Richtlinie in Klammer genannt)	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Sollstatistik	zusätzlich gezählte Teilmenge in der Sollstatistik (Zähleistungsbereich)	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)	
Lungen- und Herz-Lungentransplantation	-	LUTX	LUTX	-	LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	
		LUTXFU	-	-			
Nierenlebendspende	-	NLS	NLS	-	NLS	Nierenlebendspende	
		NLSFU	-	-			
Nierentransplantation	-	PNTX PNTXFU	PNTX	-	NTX	Nierentransplantation	NTX in der Auswertung (C-1.2) ist eine Teilmenge von PNTX in C-1.1
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	-			-	PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	PNTX in der Auswertung (C-1.2) ist eine Teilmenge von PNTX in C-1.1

Anhang 4 zu Anlage 1 Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2018

Hintergrund

Die Plausibilisierung der Daten dient der Qualitätssicherung des Verfahrens zur Erstellung und Lieferung der strukturierten Qualitätsberichte der Krankenhäuser. Damit soll sichergestellt werden, dass die Inhalte der gelieferten Dateien den Spezifikationen der Anlage 1 Qb-R entsprechen.

Die Schemaprüfung gemäß Anhang 1 zur Anlage 1 Qb-R prüft im Wesentlichen Format- und Wertebereiche innerhalb der XML-Struktur. Damit bleiben inhaltliche Inkonsistenzen und potenzielle Flüchtigkeitsfehler unentdeckt. Ziel der Plausibilisierung ist es, dass möglichst viele dieser Fehler oder Auffälligkeiten noch vor dem Upload der Berichtsteile bei der Annahmestelle durch ihre jeweiligen Erstellerinnen und Ersteller geprüft und beseitigt werden können.

Hierzu wird vom G-BA eine internetbasierte Plattform mit einem Plausibilisierungsdienst bereitgestellt. Dieser Dienst basiert auf den Regeln, die in diesem Dokument definiert sind und ist technisch in den Annahmeprozess der Datenannahmestelle nach Anlage 2 Qb-R integriert. Um die Plausibilisierung bereits während der Datenerfassung zu ermöglichen, ist der Plausibilisierungsdienst auch für die Berichterstellerinnen und Berichtersteller ab dem Beginn des Anmeldeverfahrens nach Anlage 2 bis zum Ablauf der Frist zur Nachlieferung der Qualitätsberichte gemäß § 6 Absatz 3 Buchstabe a Satz 6 Qb-R des jeweiligen Berichtsjahres direkt zugänglich: <https://plausibilisierungsdienst.g-ba-qualitaetsberichte.de>.

Grundsätzliche Fehlertypen bzw. Prüfmethoden:

Fehlertypen sind insbesondere:

- Formatfehler, die nicht durch die Schemaprüfung erfasst werden
- Inhaltlich falsche Daten
- Verletzung von Wertebereichen (Über- / Unterschreitungen von normierten Wertebereichen)
- Unvollständige Daten, die nicht durch die Schemaprüfung erfasst sind
- Inkonsistente Angaben von Anzahlen

Prüfmethoden sind insbesondere:

- Validierung des Dateinamens
- Prüfung gegen Kataloge und Bibliotheken wie z. B. ICD, OPS
- Wenn/Dann-Prüfungen auf Basis von fachlich definierten Bedingungen
- Konsistenzprüfung über Berichtsteile hinweg
- Bildung von Kontrollsummen
- Erkennung von Ausreißern z. B. durch Clustering oder explorative Datenanalyse

Grundsätzliches zur Umsetzung

Voraussetzung für die Umsetzung des Plausibilisierungsdienstes ist die Definition und nachvollziehbare Dokumentation der für das jeweilige Berichtsjahr verbindlichen Prüfungen in

Form von Regeln. Dabei wird zwischen „harten“ und „weichen“ Prüfklassen und dem „Pilot“ unterschieden. D. h. „harte“ Regeln führen bei Nichtänderung des betroffenen Wertes zur Abweisung der Datei bei der Annahmestelle, während bei „weichen“ und „Pilot-Regeln“ lediglich zur Überprüfung der Eingaben aufgefordert wird. In diesem Fall hätte Nichthandeln keine Konsequenzen im Rahmen der Datenannahme.

Jeder Plausibilisierung ist immer die Schemaprüfung vorangestellt. Erst wenn diese erfolgreich durchlaufen ist und damit eine formale Korrektheit des Datensatzes festgestellt wurde, wird der Plausibilisierungsdienst ausgeführt. Bei Fehlern im Datenschema endet der Prüfprozess mit einer entsprechenden Fehlermeldung aus der Schemaprüfung.

Das Regelwerk zur Plausibilisierung wird, im Sinne eines lernenden Systems, kontinuierlich weiterentwickelt. Dabei werden Regeln, die erstmalig zum Einsatz kommen oder überarbeitet wurden explizit als „Pilot-Regeln“ gekennzeichnet.

Darstellung der Regeln

Die Darstellung der Regeln in diesem Anhang folgt folgender Struktur:

Nummer

Jeder Regel wird chronologisch eine Nummer zugeordnet. Diese dient der schnellen und eindeutigen Referenzierung einer Regel. Bereits vergebene Nummern werden auch bei Aufhebung einer Regel nicht erneut vergeben.

Titel der Regel

Ein möglichst sprechender Kurzname, der eine erste Vorstellung von der Art der Prüfung vermittelt.

Regelkategorie

Regeln eines grundsätzlichen Typs bilden eine Kategorie. Auf diese Weise lassen sich Gruppen von Regeln bilden und prüfen, ob diese konsistent angelegt sind und es ggf. weitere Anwendungsbereiche für die jeweilige Kategorie gibt.

Beschreibung

Eine kurze, nicht technische Verbal-Darstellung des Plausibilisierungsziels.

Berichtsteil

Ort oder Orte der Ausführung einer Regel innerhalb des Berichts und seiner Teile. Die Referenzierung erfolgt analog zur Kapitelsystematik in Anlage 1 Qb-R.

Prüfklasse und Folgen des Nichthandelns

Es werden drei Prüfklassen unterschieden:

„weich“: Die Berichtstellerin oder der Berichtsteller erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Sie oder er entscheidet selbst, ob eine Korrektur der Daten notwendig ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert wurden.

„hart“: Die Berichtstellerin oder der Berichtsersteller erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Die Annahme des Berichtsteils durch die Annahmestelle kann nur nach regelkonformer Korrektur der Daten erfolgen.

„Pilot“: Diese Prüfklasse enthält neue oder überarbeitete Regeln, deren Wirkung im Einführungsjahr der Regel getestet werden soll. Die Berichtstellerin oder der Berichtsteller erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Sie oder er entscheidet selbst, ob eine Korrektur der Daten notwendig

ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert wurden. Aus „Pilot-Regeln“ können im Folgejahr „harte“ oder „weiche“ Regeln werden, sie können aufgehoben oder überarbeitet werden. Sofern eine Überarbeitung erfolgt, können sie im Folgejahr erneut als „Pilot-Regel“ angewendet oder als „harte“ bzw. „weiche“ Regel eingeführt werden.

Fehlermeldung

Im Falle einer Abweichung von der Regel erhält die Berichterstellerin oder der Berichtersteller eine Beschreibung des Fehlers bzw. im Rahmen einer „weichen“ Regel den Hinweis auf eine Auffälligkeit. Die konkreten Abweichungen werden automatisiert und analog zur definierten Prüflöge vom Plausibilisierungsdienst angezeigt. Dabei erhält die Berichterstellerin oder der Berichtersteller auch erste Hinweise zu den Datenfeldern, die ggf. korrigiert werden müssen.

Handlungsanweisungen

Basierend auf der Fehlermeldung erhält die Berichterstellerin oder der Berichtersteller weitergehende Hinweise zu den Handlungsoptionen. Diese werden für jede Regelkategorie formuliert und automatisiert durch den Plausibilisierungsdienst ausgegeben.

Implementierungsvorschrift

Jede Regel wird auch „technisch“, d. h. mit konkretem Bezug zu den jeweils heranzuziehenden XML-Elementen gemäß Anhang 1 zu Anlage 1 Qb-R beschrieben. Dies ergänzt die Verbalbeschreibung und soll es insbesondere Softwareherstellern ermöglichen, die Plausibilisierung direkt in ihren Systemen zur Erfassung der Qualitätsberichtsdaten zu implementieren.

Weitere verwendete Begriffe und ihre Definition:

>Datenplatzhalter<

Bei diesem Wert handelt es sich um einen Wert, der direkt aus dem Bericht entnommen wird oder aus einer Plausibilisierungsprüfung hervorgeht. Dieser dient der besseren Verständlichkeit von Fehlermeldungen und Handlungsanweisungen.

XML-Element/XML-Pfad:

Bei dieser Zeichenkette handelt es sich um den eindeutigen Identifizierer eines XML-Elementes in der XML-Datei. XML-Elemente werden ausschließlich in Fehlermeldungen verwendet, um die eindeutigen Fehlerstellen zu referenzieren.

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsjahr	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
1	Standorte des Krankenhauses bei Gesamtbericht	Prüfung gemäß der Ob- R	Diese Regel überprüft, dass im Falle eines Gesamtberichtes (Standortnummer 99) das notwendige Element „Standorte des Krankenhauses“ angegeben ist.	A-1	Hart	Das XML-Element <Qualitätsbericht/Krankenhaus/Standortkontaktdaten_Gesamtbericht> ist nicht vorhanden, obwohl es sich um einen Gesamtbericht (Standortnummer 99) handelt.	Sollte Ihr Krankenhaus über mehrere Standorte verfügen und es sich bei diesem Bericht um einen Gesamtbericht handeln, so muss unter A-1 die Standortnummer 99 vergeben werden. In diesem Falle müssen die Kontaktdaten aller Standorte angegeben werden. Sollte Ihr Krankenhaus über nur einen Standort verfügen, dann muss die Standortnummer 00 verwendet werden.	Es wird der Wert von <Qualitätsbericht/Krankenhaus/Krankenhauskontaktdaten/Standortnummer> ausgelesen. Wenn dieser Wert gleich 99 ist, wird nach dem Vorhandensein von <Qualitätsbericht/Krankenhaus/Standortkontaktdaten_Gesamtbericht> gesucht. Wenn dieser Eintrag nicht gefunden wurde, gilt der Test als nicht bestanden. Wenn der Wert ungleich 99 ist, gilt der Test als übersprungen.
2	Zulässige OPS-Codes	Überprüfung von Listenelementangaben unter Vorgaben des DIMDI	Diese Regel überprüft, dass die angegebenen OPS-Codes valide sind und in der entsprechenden Liste von OPS-Codes enthalten sind.	B-X.7	Weich	• Der angegebene OPS-Code <Datenplatzhalter_für OPS-Code> stammt aus dem vorherigen Berichtsjahr, ist aber im aktuellen Berichtsjahr nicht mehr gültig. Wenn es sich hierbei um einen Überlieger handelt, kann diese Meldung ignoriert werden. • Der angegebene OPS-Code <Datenplatzhalter_für OPS-Code> ist nicht gültig.	Es sind ausschließlich Elemente des OPS-Kataloges des zugehörigen Berichtsjahres und bei Überliegern des Vorjahres erlaubt. Bitte prüfen Sie den OPS-Code <Datenplatzhalter_für OPS-Code> und ersetzen Sie ihn ggf. durch einen gültigen OPS-Code.	Es wird nach allen Elementen <Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301> sowie <Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301> unter <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung> gesucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den durch das DIMDI vorgegebenen gültigen OPS-Codes des aktuellen Berichtsjahres (https://www.dimdi.de/static/de/klassif/ops/index.htm) verglichen. Wenn ein im Bericht angegebener Code nicht in der offiziellen Beschreibung gefunden werden konnte, wird zusätzlich ein Vergleich mit der OPS-Code-Liste des Berichtsvorjahres vorgenommen. Erst wenn beide Vergleiche kein positives Ergebnis hervorbrachten, gilt der Test als nicht bestanden.
3	Zulässige ICD-10-GM-Codes	Überprüfung von Listenelementangaben unter Vorgaben des DIMDI	Diese Regel überprüft, dass die angegebenen ICD-Codes (mit Anpassungen für Deutschland) valide sind und in der entsprechenden Liste von ICD-Codes enthalten sind.	B-X.6	Weich	• Der angegebene ICD-Code <Datenplatzhalter_für ICD-Code> stammt aus dem vorherigen Berichtsjahr, ist aber im aktuellen Berichtsjahr nicht mehr gültig. Wenn es sich hierbei um einen Überlieger handelt, kann diese Meldung ignoriert werden. • Der angegebene ICD-Code <Datenplatzhalter_für ICD-Code> ist nicht gültig.	Es sind ausschließlich Elemente des ICD-Kataloges des zugehörigen Berichtsjahres und bei Überliegern des Vorjahres erlaubt. Bitte prüfen Sie den ICD-Code <Datenplatzhalter_für ICD-Code> und ersetzen Sie ihn ggf. durch einen gültigen ICD-Code.	Es wird nach allen Elementen <Hauptdiagnosen/Hauptdiagnose/ICD_10> unter <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung> gesucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den durch das DIMDI vorgegebenen gültigen ICD-Codes des aktuellen Berichtsjahres (https://www.dimdi.de/static/de/klassif/10-gm/index.htm) verglichen. Wenn ein im Bericht angegebener Code nicht in der offiziellen Beschreibung gefunden werden konnte, wird zusätzlich ein Vergleich mit der ICD-Code-Liste des Berichtsvorjahres vorgenommen. Erst wenn beide Vergleiche kein positives Ergebnis hervorbrachten, gilt der Test als nicht bestanden.
5	Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger	Anzahl des Personals (berichtstübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Summe der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der „Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger“ des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger. Die Werteangaben in den <Organisationseinheiten/Fachabteilungen> dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung> wird überprüft, ob der Wert <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Gesundheitskrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter <Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheitskrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK>
6	Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger	Anzahl des Personals (berichtstübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der „Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger“ des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger. Die Werteangaben in den <Organisationseinheiten/Fachabteilungen> dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung> wird überprüft, ob der Wert <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter <Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK>
7	Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger	Anzahl des Personals (berichtstübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der „Altenpflegerinnen und Altenpfleger“ des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Die Werteangaben in den <Organisationseinheiten/Fachabteilungen> dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung> wird überprüft, ob der Wert <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter <Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK>
8	Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	Anzahl des Personals (berichtstübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der „Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten“ des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten. Die Werteangaben in den <Organisationseinheiten/Fachabteilungen> dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung> wird überprüft, ob der Wert <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter <Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK>
9	Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	Anzahl des Personals (berichtstübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der „Pflegehelferinnen und Pflegehelfer“ des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer. Die Werteangaben in den <Organisationseinheiten/Fachabteilungen> dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung> wird überprüft, ob der Wert <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter <Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK>
10	Anzahl der Hebammen/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer	Anzahl des Personals (berichtstübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Hebammen/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Hebammen-/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der „Hebammen/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer“ des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Hebammen/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer. Die Werteangaben in den <Organisationseinheiten/Fachabteilungen> dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung> wird überprüft, ob der Wert <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Hebammen_Entbindungshelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter <Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Hebammen_Entbindungshelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK>
11	Anzahl der operationstechnischen Assistenz	Anzahl des Personals (berichtstübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2, B-X.11.2	Hart	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der „Operationstechnischen Assistenz“ des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der operationstechnischen Assistentinnen und Assistenten. Die Werteangaben in den <Organisationseinheiten/Fachabteilungen> dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung> wird überprüft, ob der Wert <Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter <Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK>

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
20	Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	Anzahl des Personals (Berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt nicht der Summe der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.	A-11.3, B-X.11.3	Prüf	Die Anzahl <Dataentry> der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Dataentry> der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen. Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< müssen in der Summe dem Wert in A-11.3 entsprechen.	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_Pscho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK< angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_Pscho/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK< entspricht.
21	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärztinnen und Belegärzte (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärztinnen und Belegärzte mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärztinnen und Belegärzte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte< entsprechen in Summe nicht >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärztinnen und Belegärzte muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
22	Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Belegärzte (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Fachärztinnen und Fachärzten ohne Belegärzte mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Fachärztinnen und Fachärzten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte< entsprechen in Summe nicht >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Belegärzte muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
23	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Fachabteilungs-zuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ärztinnen und Ärzten ohne Fachabteilungs-zuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ärztinnen und Ärzten ohne Fachabteilungs-zuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungs-zuordnung< entsprechen in Summe nicht >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungs-zuordnung/Personalerfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Ärztinnen und Ärzte ohne Fachabteilungs-zuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungs-zuordnung/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungs-zuordnung/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungs-zuordnung/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
24	Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Fachabteilungs-zuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Fachärztinnen und Fachärzten ohne Fachabteilungs-zuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Fachärztinnen und Fachärzten ohne Fachabteilungs-zuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungs-zuordnung/Fachaerzte< entsprechen in Summe nicht >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungs-zuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Fachabteilungs-zuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungs-zuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungs-zuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungs-zuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
25	Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Hart	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger< entsprechen in Summe nicht >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
50	Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vorkräfte.	A-11.3	Hart	Die Fehler Die Fehler >Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personalmil_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personalmil_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psychosozialpaedagogen/Anzahl_VK< entsprechen in Summe nicht >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psychosozialpaedagogen/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Der Wert Anzahl Vorkräfte der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psychosozialpaedagogen/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psychosozialpaedagogen/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psychosozialpaedagogen/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
51	Anzahl des speziellen therapeutischen Personals (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe des speziellen therapeutischen Personals mit direktem Beschäftigungsverhältnis und des speziellen therapeutischen Personals ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vorkräfte.	A-11.4	Hart	Die Fehler >Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personalmil_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personalmil_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Anzahl_VK< entsprechen in Summe nicht >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.4. Der Wert Anzahl Vorkräfte des speziellen therapeutischen Personals für den SP-Schlüssel <Datenplatzhalter> muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
52	Prüfung der UTF-8 Zeichenkodierung	Prüfung gemäß der Ob-R	Diese Regel überprüft gemäß Ob-R, dass jegliche in den Berichten enthaltene Zeichen eine gültige UTF-8 Zeichenkodierung aufweisen.	XML-Datensatz	Weich	In Ihrer geprüften XML-Datensatz wurde das Zeichen <Datenplatzhalter_Index_Zeichen> in Zeile <Datenplatzhalter> gefunden, welches nicht der UTF-8 Zeichenkodierung entspricht.	In Ihrer geprüften XML-Datensatz befinden sich ungültige Zeichen, die gemäß der Ob-R der strukturierten Qualitätsberichte nicht zulässig sind. Bitte senden Sie diesen Qualitätsbericht mit dieser Fehlermeldung an Ihren Softwarehersteller.	Jedes in der gelieferten XML-Datensatz befindliche Zeichen wird auf die Gültigkeit im UTF-8 Zeichensatz überprüft. Hierzu kann die Apache Bibliothek Commons IO oder die Funktionalität des Betriebssystems verwendet werden.
53	Abgleich der Lieferzuständigkeit im Rahmen der Übermittlung der Ergebnisse gemäß plan_OI-RL	Abgleich mit externen Listen	Diese Regel überprüft, ob die Lieferung der Indikatoregebnisse aus dem plan_OI Verfahren analog zu den Vorgaben der IOTIG Liste erfolgt ist.	C-1	Hart	Für die folgenden Qualitätsindikatoren nach plan_OI-RL <Datenplatzhalter> wurde ein Eintrag in der geprüften XML-Datensatz gefunden. Die Zuständigkeit für die Übermittlung der Ergebnisse liegt beim IOTIG. Für die folgenden Qualitätsindikatoren nach plan_OI-RL <Datenplatzhalter> wurde ein Eintrag in der geprüften XML-Datensatz gefunden. Die Zuständigkeit für die Übermittlung der Ergebnisse liegt bei der auf Landesebene beauftragten Stelle. Für die folgenden Qualitätsindikatoren nach plan_OI-RL <Datenplatzhalter> wurde kein Eintrag in der geprüften XML-Datensatz gefunden. Die Zuständigkeit für die Übermittlung der Ergebnisse liegt beim IOTIG. Für die folgenden Qualitätsindikatoren nach plan_OI-RL <Datenplatzhalter> wurde kein Eintrag in der geprüften XML-Datensatz gefunden. Die Zuständigkeit für die Übermittlung der Ergebnisse liegt bei der auf Landesebene beauftragten Stelle.	Diese Angaben sind entweder vom IOTIG oder der LOS zu übernehmen. Die Prüfung gegen die aktuelle Liste des IOTIG (2018_planOI_Lieferliste.csv) hat eine Abweichung ergeben. Bitte prüfen Sie die Lieferzuständigkeit. Setzen Sie sich hierzu ggf. mit dem IOTIG/der zuständigen LOS in Verbindung. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel.	Stimmt beim Eintrag der Spalte "Übermittlung" die Ausprägung mit dem Datenlieferanten der Datei überein ("bund" ist gleich XML-Datensatz-Suffix "_bund" ODER "land" ist gleich XML-Datensatz-Suffix "_land"), so muss in der zu prüfenden XML-Datensatz das "Kuerzel_Qualitaetsindikator" unter den Elementen >Externe_Qualitaetsicherung/Ergebnis(Einziges_Auswertungseinheit/Auswertungseinheit)/Qualitaetsindikator/Kuerzel_Qualitaetsindikator< zu finden sein. Stimmt beim Eintrag der Spalte "Übermittlung" die Ausprägung mit dem Datenlieferanten der Datei nicht überein, so darf in der zu prüfenden XML-Datensatz das "Kuerzel_Qualitaetsindikator" unter den Elementen >Externe_Qualitaetsicherung/Ergebnis(Einziges_Auswertungseinheit/Auswertungseinheit)/Qualitaetsindikator/Kuerzel_Qualitaetsindikator< nicht zu finden sein.
55	Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Allgemeinstationen	Abgleich mit Vorjahreswerten	Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Allgemeinstationen den halben (13,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (54 ml/Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.	A-12.3.2.4	Weich	Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie weniger als die Hälfte an Händedesinfektionsmittel (weniger als 13,5 ml/Patiententag). Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie mehr als das Doppelte an Händedesinfektionsmittel (mehr als 54 ml/Patiententag).	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben des Händedesinfektionsmittelverbrauchs für Ihre Allgemeinstationen fehlerfrei in den Bericht übernommen wurden. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, können Sie diese Warnung ignorieren.	Der Wert des Händedesinfektionsmittelverbrauchs der Allgemeinstationen wird ausgelesen: >Qualitätsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weitere_Informationen/Hygiene/Haendedesinfektion/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen< Dieser Wert wird mit dem Median der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen verglichen. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn der im Bericht angegebene Wert den halben (13,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (54 ml/Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet.
56	Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Intensivstationen	Abgleich mit Vorjahreswerten	Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen den halben (54,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (218 ml/Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.	A-12.3.2.4	Weich	Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie weniger als die Hälfte an Händedesinfektionsmittel (weniger als 54,5 ml/Patiententag). Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie mehr als das Doppelte an Händedesinfektionsmittel (mehr als 218 ml/Patiententag).	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben des Händedesinfektionsmittelverbrauchs für Ihre Intensivstationen fehlerfrei in den Bericht übernommen wurden. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, können Sie diese Warnung ignorieren.	Der Wert des Händedesinfektionsmittelverbrauchs der Intensivstationen wird ausgelesen: >Qualitätsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weitere_Informationen/Hygiene/Haendedesinfektion/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen< Dieser Wert wird mit dem Median der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen verglichen. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn der im Bericht angegebene Wert den halben (54,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (218 ml/Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet.
57	Abgleich OPS und Angaben zur Mindestmengenregelung	Wenn-Dann-Regel (berichtsteilübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass bei Angabe von mindestens drei OPS-Codes eines mindestmengenrelevanten Leistungsbereichs gemäß der Anlage der Mm-R 2018 (ausschließlich Leistungsbereiche "Lebertransplantation", "Nierentransplantation", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" und "Kniegelenk-Totalendprothesen") entsprechende Angaben zur Umsetzung der Mindestmengenregelung (C-5.1) erfolgen.	B-X.7, C-5.1	Pilot	In Ihren Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zu den durchgeführten Prozeduren in den Fachabteilungen finden sich mindestens drei mindestmengenrelevante OPS-Codes gemäß Mm-R für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter>. Jedoch liegen keine Angaben unter C-5.1 Mindestmengen vor.	Bitte prüfen Sie, ob für den mindestmengenrelevanten Leistungsbereich <Datenplatzhalter> entsprechend der dokumentierten mindestmengenrelevanten OPS-Codes <Datenplatzhalter_für OPS-Codes> Angaben im Kapitel C-5.1 des Qualitätsberichts zu erfolgen haben und ergänzen Sie dort ggf. Ihre Angaben.	Es wird nach allen Elementen >Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/OPS_301/< sowie >Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/OPS_301/< unter >Qualitätsbericht/Organisationsseinheiten_Fachabteilungen/Organisationsseinheit_Fachabteilung/< gesucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den OPS-Listen gemäß der Anlage der Mm-R (https://www.g-ba.de/downloads/62492/1601/Mm-R_2018-05-17_IK_2018-06-08.pdf Version 2018) zu den Leistungsbereichen "Lebertransplantation", "Nierentransplantation", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" und "Kniegelenk-Totalendprothesen" verglichen. Wenn ein oder mehrere im Qualitätsbericht angegebene OPS-Codes auf einer OPS-Liste gemäß der Anlage der Mm-R gefunden wurde, wird die Gesamtanzahl des entsprechenden OPS-Codes aus den Elementen >Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/Anzahl/< und >Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/Anzahl/< berechnet. Wenn die Gesamtanzahl mindestens 3 beträgt, wird überprüft, ob ein Eintrag des jeweiligen Leistungsbereichs unter >Qualitätsbericht/Qualitaetsicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung/< zu finden ist. Ist dieser Eintrag nicht vorhanden, dann gilt der Test als fehlschlagen.

Nummer	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichtsteil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisung	Implementierungsvorschrift
58	Angabe einer Ausnahme bei Unterschreitung der Mindestmenge	Wien-Darm-Regel (Kapitelintem)	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass eine Ausnahme angegeben ist, wenn die jeweilige Mindestmenge eines Leistungsbereichs unterschritten wird.	C-5.1	Pilot	<ul style="list-style-type: none"> • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Lebertransplantation" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (20) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Nierentransplantation" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (25) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (10) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (10) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Stammzelltransplantation" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (25) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Kniegelenk-Totalendoprothesen" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (50) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht <1250 g (bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1)" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (14) nicht erbracht und es wurde keine Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben. 	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben der Mindestmenge in C-5.1 fehlerfrei in den Bericht übernommen wurde. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, ist eine Ausnahme gemäß Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" anzugeben.	<p>Es wird geprüft, ob bei Unterschreitung der Mindestmenge zu einem definierten Leistungsbereich gemäß Mm-R, eine jeweilige Ausnahme aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelung - Ausnahmen" angegeben ist.</p> <p>Es wird geprüft, ob der Wert <Datenplatzhalter_Leistungsbereich> unter</p> <p>>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<</p> <p>vorhanden ist. Wenn dieser existiert, wird in diesem Pfad der Wert der Mindestmenge in</p> <p>>Erbrachte_Menge<</p> <p>ausgegeben. Ist dieser Wert kleiner als die definierte Mindestmenge (<Datenplatzhalter_Mindestmenge>) wird geprüft, ob ein Wert in</p> <p>>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/AusnahmeMM_Schlüssel<</p> <p>existiert. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.</p> <p>Folgende <Datenplatzhalter_Leistungsbereich> : <Datenplatzhalter_Mindestmenge> sind zu kombinieren und einzeln zu implementieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> "Lebertransplantation" : 20 "Nierentransplantation" : 25 "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus" : 10 "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas" : 10 "Stammzelltransplantation" : 25 "Kniegelenk-Totalendoprothesen" : 50 "Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht kleiner 1250g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1" : 14
59	Mindestmengen: Prüfung der Angaben zu den Leistungsmengen	Ist-gleich-Regel	Diese Regel überprüft, ob die für das Berichtsjahr angegebenen Leistungsmengen in den mindestmengenrelevanten Leistungsbereichen im Teil C-5.1 mit der jeweiligen Angabe unter C-5.2 (in Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge) übereinstimmen.	C-5.1, C-5.2.2	Pilot	<p>Der Wert für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.1 in</p> <p>>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Erbrachte_Menge<</p> <p>stimmt nicht mit dem Wert in Kapitel C-5.2.2 in</p> <p>>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Leistungsmenge_Berichtsjahr<</p> <p>überein.</p>	Werden für einen Leistungsbereich Leistungsmengen sowohl für das Berichtsjahr als auch für die Prognoseermittlung angegeben, muss in Abschnitt C-5.2.2 (im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge zur Prognoseermittlung) exakt der selbe Wert stehen wie in Abschnitt C-5.1 (Leistungsmenge im Berichtsjahr). Bitte überprüfen Sie die Angaben und übernehmen die korrekte Leistungsmenge an beiden Stellen. Gegebenenfalls ist eine Korrektur nur durch Ihren Softwarehersteller möglich.	<p>Auslesen aller Werte in</p> <p>>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<</p> <p>Abgleich dieser Liste mit den Werten in</p> <p>>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Bezeichnung<</p> <p>Wenn ein Wert (Leistungsbereich gemäß Mm-R) in beiden Pfaden vorkommt, so werden die Werte</p> <p>>Leistungsbereich/Erbrachte_Menge<</p> <p>und</p> <p>>Leistungsbereich/Leistungsmengen_Prognoseermittlung/Leistungsmenge_Berichtsjahr<</p> <p>verglichen. Stimmen diese nicht exakt überein, so gilt der Test als fehlgeschlagen.</p>