

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Änderung der Anlage und des Anhangs 1 sowie Ergänzung der Anhänge 3 und 4 für das Berichtsjahr 2024

Vom 18. Juni 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2025 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 17. April 2025 (BAnz AT 13.05.2025 B4) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Die „Anlage für das Berichtsjahr 2024: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts“ wird wie folgt geändert:
 1. In Kapitel „C-1.2 Ergebnisse der Qualitätssicherung“ wird im ersten Spiegelstrich nach der Angabe „- Qualitätsindikatoren sind QS-Ergebnisse mit Referenzbereich und Bewertung.“ der folgende Satz eingefügt:

„In Einzelfällen können auch Qualitätsindikatoren ohne Angabe zum Referenzbereich veröffentlicht werden.“
 2. In Kapitel „C-1.2.1 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen“ wird der Abschnitt „Nur für Qualitätsindikatoren:“ wie folgt geändert:
 - a) Der Abschnitt „Referenzbereich:“ wird durch den folgenden Abschnitt „Referenzbereich:“ ersetzt:

„Hier ist der bundesweite Referenzbereich für diesen Qualitätsindikator anzugeben. Erfolgt die Veröffentlichung gemäß Anhang 3 ohne die Angabe des Referenzbereichs, so ist der Hinweis, Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs anzugeben.“
 - b) Der Abschnitt „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr:“ wird durch den folgenden Abschnitt „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr:“ ersetzt:

„Hier ist die Bewertung des Stellungnahmeverfahrens gemäß plan. QI-RL oder DeQS-RL ebenso wie die nicht vorgesehene Bewertung (Kategorie N) verpflichtend darzustellen. Aus der folgenden Liste sind die zutreffenden Kombinationen aus der Kategorie der Einstufung und aus der Begründung einzutragen (zum Beispiel Bewertung nach Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig – Besondere klinische Situation → U61). Bei Veröffentlichung ist sicherzustellen, dass die Kürzel zur Kategorie und Ziffer durch die Einstufung und Begründung ergänzt werden. Wird der Qualitätsindikator ohne die Angabe des Referenzbereichs veröffentlicht, können weitere Regelungen zur Angabe der qualitativen Bewertung in Anhang 3 festgelegt werden.“

II. Der „Anhang 1 für das Berichtsjahr 2024: Datensatzbeschreibung“ wird wie folgt geändert:

1. Das Inhaltsverzeichnis wird durch das folgende Inhaltsverzeichnis ersetzt:

„1 Erläuterung zur Datensatzbeschreibung	15
1.1 Erläuterungen zur Detailbeschreibung der XML-Elemente	15
1.1.1 Optionales Vorkommen von XML-Elementen	15
1.1.2 Tabellenspalten und -zeilen	16
2 Hinweise zur XML-Erzeugung	19
2.1 Kodierung in UTF-8 (UTF-8 Encoding)	19
2.2 Schema-Validierung (Schema Validation)	19
2.3 Bibliotheken und Komponenten (Libraries and Components)	19
2.4 Namenskonvention der XML-Dateien	20
3 Element <Qualitätsbericht>	21
3.1 Element <Einleitung>	22
3.1.1 Element <Datensatz>	23
3.1.2 Element <Software>	24
3.1.3 Element <Verantwortlicher_Erstellung>	24
3.1.3.1 Element <Kontakt_Person_lang>	25
3.1.3.1.1 Element <Person>	25
3.1.3.1.2 Element <Telefon>	26
3.1.3.1.3 Element <Fax>	27
3.1.4 Element <Verantwortlicher_Krankenhausleitung>	27
3.1.5 Element <Weiterführende_Links>	27
3.1.5.1 Element <Link>	27
3.2 Element <Krankenhaus>	28
3.2.1 Element <Ein_Standort>	28
3.2.1.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>	28
3.2.1.1.1 Element <Kontakt_Zugang>	30
3.2.1.1.2 Element <Kontakt_Adresse>	31
3.2.1.1.2.1 Element <Adresse>	31
3.2.1.1.3 Element <Ärztliche_Leitung>	32
3.2.1.1.4 Element <Pflegedienstleitung>	32
3.2.1.1.5 Element <Verwaltungsleitung>	32
3.2.2 Element <Mehrere_Standorte>	33
3.2.2.1 Element <Krankenhauskontaktdaten>	33
3.2.2.2 Element <Standortkontaktdaten>	34
3.3 Element <Krankenhausträger>	35

3.3.1	Element <Krankenhaustraeger_Art>	35
3.4	Element <Krankenhaus_Art>	36
3.4.1	Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus>	37
3.5	Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>	37
3.5.1	Element <MP_Leistungsangebot>	37
3.6	Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>	41
3.6.1	Element <NM_Leistungsangebot>	41
3.7	Element <Barrierefreiheit>	42
3.7.1	Element <Ansprechpartner_Menschen_mit_Beeintraehtigung>	43
3.7.2	Element <Barrierefreiheit_Aспект>	43
3.8	Element <Akademische_Lehre>	45
3.8.1	Element <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit>	46
3.9	Element <Ausbildung_andere_Heilberufe>	47
3.9.1	Element <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen>	47
3.10	Element <Fallzahlen>	48
3.11	Element <Personal_des_Krankenhauses>	49
3.11.1	Element <Aerzte>	49
3.11.1.1	Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>	50
3.11.1.1.1	Element <Personalerfassung>	51
3.11.1.1.1.1	Element <Beschaeftigungsverhaeltnis>	51
3.11.1.1.1.1.1	Element <Personal_mit_direktem_BV>	52
3.11.1.1.1.1.2	Element <Personal_ohne_direktem_BV>	52
3.11.1.1.1.2	Element <Versorgungsform>	52
3.11.1.1.1.2.1	Element <Ambulante_Versorgung>	53
3.11.1.1.1.2.2	Element <Stationaere_Versorgung>	53
3.11.1.1.2	Element <Fachaerzte>	54
3.11.1.2	Element <Belegaerzte>	54
3.11.1.3	Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>	55
3.11.2	Element <Pflegekraefte>	55
3.11.2.1	Element <Gesundheits_Krankenpfleger>	56
3.11.2.1.1	Element <Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	57
3.11.2.2	Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>	57
3.11.2.3	Element <Altenpfleger>	58
3.11.2.4	Element <Pflegefachpersonen>	58
3.11.2.5	Element <Pflegefachpersonen_BSc>	59
3.11.2.6	Element <Pflegeassistenten>	59
3.11.2.7	Element <Krankenpflegehelfer>	59

3.11.2.8	Element <Pflegehelfer>	60
3.11.2.9	Element <Hebammen_Entbindungspfleger>	60
3.11.2.10	Element <Beleghebammen_Belegentbindungspfleger>	61
3.11.2.11	Element <Operationstechnische_Assistenz>	61
3.11.2.12	Element <Anaesthesietechnische_Assistenz>	62
3.11.2.13	Element <Medizinische_Fachangestellte>	62
3.11.3	Element <Ausgewaehltes_Personal_Psych>	63
3.11.3.1	Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal>	63
3.11.3.1.1	Element <Diplom_Psychologen>	67
3.11.3.1.2	Element <Klinische_Neuropsychologen>	67
3.11.3.1.3	Element <Psychologische_Psychotherapeuten>	67
3.11.3.1.4	Element <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>	68
3.11.3.1.5	Element <Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit>	68
3.11.3.1.6	Element <Ergotherapeuten>	68
3.11.3.1.7	Element <Physiotherapeuten>	68
3.11.3.1.8	Element <Sozialpaedagogen>	68
3.11.3.2	Element <Genesungsbegleitung>	69
3.11.3.2.1	Element <Personalerfassung>	69
3.11.4	Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>	69
3.11.4.1	Element <Therapeutisches_Personal>	69
3.12	Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>	71
3.12.1	Element <Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>	73
3.12.2	Element <Lenkungsgrremium_Qualitaetsmanagement>	74
3.12.2.1	Element <Lenkungsgrremium>	74
3.12.3	Element <Verantwortliche_Person_Risikomanagement>	75
3.12.4	Element <Lenkungsgrremium_Risikomanagement>	75
3.12.5	Element <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>	75
3.12.5.1	Element <Instrument_Massnahme_Risikomanagement>	75
3.12.5.1.1	Element <Zusatzangaben_RM>	77
3.12.5.1.1.1	Element <SOP>	77
3.12.5.1.1.2	Element <Fallbesprechungen_Konferenzen>	78
3.12.5.1.1.2.1	Element <Fallbesprechung_Konferenz>	78
3.12.6	Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>	79
3.12.6.1	Element <Tagungsgrremium>	79
3.12.6.2	Element <Fehlermeldesystem_intern>	80
3.12.6.2.1	Element <System_intern>	80

3.12.6.2.1.1	Element <Zusatzangaben_IF>	81
3.12.7	Element <Einrichtungsumfassendes_Fehlermeldesystem>	81
3.12.7.1	Element <Fehlermeldesystem_uebergreifend>	82
3.12.7.1.1	Element <System_uebergreifend>	82
3.12.7.1.1.1	Element <EF_Sonstiges>	83
3.12.8	Element <Hygienepersonal>	84
3.12.8.1	Element <Krankenhaushygieniker>	84
3.12.8.2	Element <Hygienebeauftragte_Aerzte>	85
3.12.8.2.1	Element <Hygienepersonalerfassung>	85
3.12.8.3	Element <Hygienefachkraefte>	85
3.12.8.4	Element <Hygienebeauftragte_Pflege>	86
3.12.8.5	Element <Hygienekommission_eingerichtet>	86
3.12.8.5.1	Element <Kontakt_Person_kurz>	87
3.12.9	Element <Weitere_Informationen_Hygiene>	87
3.12.9.1	Element <Hygienestandard_ZVK>	89
3.12.9.1.1	Element <Standard_Hygiene_ZVK_liegt_vor>	90
3.12.9.1.1.1	Element <Standard_thematisiert>	90
3.12.9.1.1.1.1	Element <Anwendungweiterer_Hygienemaassnahmen>	91
3.12.9.1.2	Element <Standard_Liegedauer_ZVK_liegt_vor>	92
3.12.9.2	Element <Antibiotikaprophylaxe_Antibiotikatherapie>	93
3.12.9.2.1	Element <Leitlinie_Antibiotikatherapie_liegt_vor>	94
3.12.9.2.2	Element <Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_vor>	94
3.12.9.2.2.1	Element <Standard_thematisiert>	95
3.12.9.3	Element <Umgang_Wunden>	96
3.12.9.3.1	Element <Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor>	97
3.12.9.3.1.1	Element <Standard_thematisiert>	97
3.12.9.4	Element <Haendedesinfektion>	99
3.12.9.4.1	Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_wurde_erhoben>	100
3.12.9.4.2	Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_wurde_erhoben>	100
3.12.9.5	Element <Umgang_Patienten_MRE>	101
3.12.9.6	Element <Hygienebezogenes_Risikomanagement>	103
3.12.9.6.1	Element <Hygiene_Instrument_Massnahme>	103
3.12.9.6.1.1	Element <Zusatzangaben_HM>	104
3.12.9.6.1.1.1	Element <Teilnahme_KISS>	105

3.12.9.6.1.1.1.1	Element <KISS_Modul>	105
3.12.10	Element <Beschwerdemanagement>	106
3.12.10.1	Element <Strukturiertes_Beschwerdemanagement>	107
3.12.10.2	Element <Schriftliches_Konzept>	108
3.12.10.3	Element <Umgang_muendliche_Beschwerden>	108
3.12.10.4	Element <Umgang_schriftliche_Beschwerden>	109
3.12.10.5	Element <Zeitziele_fuer_Rueckmeldung>	109
3.12.10.6	Element <Ansprechpartner>	109
3.12.10.6.1	Element <Ansprechpersonen>	110
3.12.10.7	Element <Patientenfuersprecher>	110
3.12.10.7.1	Element <Fuersprechpersonen>	111
3.12.10.8	Element <Anonyme_Eingabemoeglichkeiten>	111
3.12.10.9	Element <Patientenbefragungen>	111
3.12.10.10	Element <Einweiserbefragungen>	112
3.12.11	Element <Arzneimitteltherapiesicherheit>	112
3.12.11.1	Element <Verantwortliches_Gremium_AMTS>	114
3.12.11.1.1	Element <Arbeitsgruppe_Qualitaetsmanagement>	115
3.12.11.1.2	Element <Anderes_Gremium_Arbeitsgruppe>	115
3.12.11.2	Element <Verantwortliche_Person_AMTS>	116
3.12.11.2.1	Element <Verantwortliche_Person_festgelegt>	116
3.12.11.2.1.1	Element <Person_Entspricht_Angaben_Qualitaetsmanagement>	117
3.12.11.2.1.2	Element <Eigenstaendige_Position_AMTS>	118
3.12.11.3	Element <Pharmazeutisches_Personal>	118
3.12.11.4	Element <Instrumente_Massnahmen_AMTS>	119
3.12.11.4.1	Element <Instrument_Massnahme_AMTS>	125
3.12.11.4.1.1	Element <Zusatzangaben_AMTS>	126
3.12.11.4.1.1.1	Element <Konzepte_Zubereitung_Arzneimittel>	127
3.12.11.4.1.1.1.1	Element <Konzept_Zubereitung_Arzneimittel>	128
3.12.11.4.1.1.2	Element <Elektronische_Unterstuetzungen_Versorgung_Arzneimittel>	129
3.12.11.4.1.1.2.1	Element <Elektronische_Unterstuetzung_Versorgung_Arzneimittel>	129
3.12.11.4.1.1.3	Element <Massnahmen_Minimierung_Medikationsfehler>	130
3.12.11.4.1.1.3.1	Element <Massnahme_Minimierung_Medikationsfehler>	130
3.12.11.4.1.1.4	Element <Massnahmen_Arzneimitteltherapie_Entlassung>	131
3.12.11.4.1.1.4.1	Element <Massnahme_Arzneimitteltherapie_Entlassung>	131

3.12.12	Element <Praevention_Hilfe_Missbrauch_Gewalt>	133
3.12.12.1	Element <Schutzkonzepte_Gewalt_Kinder>	136
3.12.12.1.1	Element <Versorgung_Kinder_Jugendliche>	138
3.12.12.1.1.1	Element <Schutzkonzept_gegen_Gewalt_liegt_vor>	139
3.12.12.1.1.1.1	Element <Schutzkonzept>	140
3.12.12.1.1.2	Element <Schutzkonzept_gegen_Gewalt_liegt_nicht_vor>	141
3.13	Element <Apparative_Ausstattung>	141
3.13.1	Element <Geraet>	141
3.14	Element <Teilnahme_Notfallversorgung>	143
3.14.1	Element <Teilnahme_Notfallstufe>	145
3.14.1.1	Element <Notfallstufe_zugeordnet>	146
3.14.1.1.1	Element <Basisnotfallversorgung_Stufe_1>	146
3.14.1.1.1.1	Element <Umstand_Zuordnung_Notfallstufe>	147
3.14.1.1.1.1.1	Element <Erfuellung_Voraussetzung_Modul_Spezielle_Notfallversorgung>	147
3.14.1.1.1.1.1.1	Element <Teilnahme_Spezielle_Notfallversorgung>	148
3.14.1.1.2	Element <Erweiterte_Notfallversorgung_Stufe_2>	148
3.14.1.1.3	Element <Umfassende_Notfallversorgung_Stufe_3>	149
3.14.2	Element <Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt>	149
3.14.3	Element <Kooperation_mit_Kassenaerztlicher_Vereinigung>	151
3.15	Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>	152
3.15.1	Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>	152
3.15.1.1	Element <Aerztliche_Leitung_OE>	154
3.15.1.1.1	Element <Chefarzt>	155
3.15.1.1.2	Element <Leitender_Belegarzt>	155
3.15.1.1.3	Element <Leitender_Arzt>	155
3.15.1.2	Element <Zielvereinbarungen>	156
3.15.1.2.1	Element <Zielvereinbarung_geschlossen_nicht_an_Empfehlung_DKG_gehalten>	157
3.15.1.3	Element <Fachabteilungsschluessel>	157
3.15.1.3.1	Element <Sonstiger>	158
3.15.1.4	Element <Medizinische_Leistungsangebote>	158
3.15.1.4.1	Element <Medizinisches_Leistungsangebot>	158
3.15.1.4.1.1	Element <Sonstiger>	176
3.15.1.5	Element <Fallzahlen_OE>	177
3.15.1.6	Element <Hauptdiagnosen>	178
3.15.1.6.1	Element <Hauptdiagnose>	179
3.15.1.7	Element <Prozeduren>	180

3.15.1.7.1	Element <Freiwillige_Angabe>	180
3.15.1.7.1.1	Element <Prozedur>	181
3.15.1.7.2	Element <Verpflichtende_Angabe>	182
3.15.1.8	Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>	182
3.15.1.8.1	Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>	182
3.15.1.8.1.1	Element <Ambulanz>	183
3.15.1.8.1.1.1	Element <Leistungen_Ambulanz>	184
3.15.1.8.1.1.1.1	Element <Medizinisches_Leistungsangebot>	185
3.15.1.8.1.1.1.1.1	Element <Sonstiger>	202
3.15.1.8.1.2	Element <Ambulanz_116b>	204
3.15.1.8.1.2.1	Element <Leistungen_Ambulanz_116b>	204
3.15.1.8.1.2.1.1	Element <Leistung>	205
3.15.1.9	Element <Ambulante_Operationen>	207
3.15.1.9.1	Element <Freiwillige_Angabe>	208
3.15.1.9.1.1	Element <Ambulante_Operation>	208
3.15.1.9.2	Element <Verpflichtende_Angabe>	209
3.15.1.10	Element <Personelle_Ausstattung>	209
3.15.1.10.1	Element <Aerztliches_Personal>	210
3.15.1.10.1.1	Element <Hauptabteilung>	211
3.15.1.10.1.2	Element <Belegabteilung>	212
3.15.1.10.1.3	Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>	212
3.15.1.10.1.4	Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>	212
3.15.1.10.2	Element <Aerztliche_Fachexpertisen>	213
3.15.1.10.2.1	Element <Fachexpertise>	213
3.15.1.10.3	Element <Pflegerische_Fachexpertisen>	220
3.15.1.10.3.1	Element <Fachexpertise_Pflege>	220
3.15.1.10.4	Element <Ausgewaehltes_Personal_Psych>	223
3.16	Element <Qualitaetssicherung>	223
3.16.1	Element <QS_nach_Landesrecht>	226
3.16.1.1	Element <Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme>	227
3.16.1.1.1	Element <Leistungsbereich>	227
3.16.2	Element <DMP>	228
3.16.2.1	Element <Teilnahme_DMP>	229
3.16.3	Element <Sonstige_Verfahren_Externe_QS>	230
3.16.3.1	Element <Sonstiges_Verfahren_Externe_QS>	230
3.16.4	Element <Mindestmengen>	231

3.16.4.1	Element <Leistungsbereich>	232
3.16.4.1.1	Element <Begründung>	234
3.16.4.2	Element <Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr>	235
3.16.4.2.1	Element <Leistungsbereich>	235
3.16.4.2.1.1	Element <Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbaende>	238
3.16.5	Element <Strukturqualitätsvereinbarung>	239
3.16.5.1	Element <Vereinbarung>	240
3.16.5.2	Element <Angabe_Erfüllung_Personalvorgaben>	241
3.16.5.2.1	Element <Mitteilung_Nichterfüllung_pflegerische_Versorgung_erfolgt>	242
3.16.5.2.1.1	Element <Teilnahme_klaerender_Dialog>	242
3.16.6	Element <Fortbildung>	243
3.16.7	Element <Pflegepersonaluntergrenzen>	244
3.16.7.1	Element <Monatsbezogener_Erfüllungsgrad_PpUG>	246
3.16.7.2	Element <Schichtbezogener_Erfüllungsgrad_PpUG>	247
3.16.8	Element <ATMP-QS-RL>	249
3.16.8.1	Element <Anwendung_Arzneimittel_neuartige_Therapien>	251
3.16.8.1.1	Element <Arzneimittel_Berechtigung>	251
4	Element <Strukturabfragen>	253
4.1	Element <PPP-RL>	254
4.1.1	Element <Nachweis_PPP>	257
4.1.1.1	Element <Einrichtungstyp>	258
4.1.1.1.1	Element <Erwachsenenpsychiatrie>	259
4.1.1.1.1.1	Element <Strukturangaben_Einrichtung>	259
4.1.1.1.1.1.1	Element <Regionale_Pflichtversorgung>	260
4.1.1.1.1.1.1.1	Element <Regionale_Pflichtversorgung_Besteht>	261
4.1.1.1.1.1.1.2	Element <Strukturangaben_Stationen>	261
4.1.1.1.1.1.1.2.1	Element <Strukturangaben_Station>	262
4.1.1.1.1.1.1.3	Element <Behandlungsumfang_Behandlungsbereiche>	264
4.1.1.1.1.1.1.3.1	Element <Behandlungsumfang_und_Behandlungsbereich>	264
4.1.1.1.1.1.2	Element <Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad>	268
4.1.1.1.1.2.1	Element <Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad_Berufsgruppen_Tagdienst>	269
4.1.1.1.1.2.1.1	Element <Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad_Berufsgruppe>	269
4.1.1.1.1.2.2	Element <Ausnahmetatbestaende>	270

4.1.1.1.1.3	Element <Einhaltung_Mindestvorgabe_Einrichtung_Nachtdienst>	271
4.1.1.1.1.3.1	Element <Pflegefachpersonen>	271
4.1.1.1.2	Element <Psychosomatik>	272
4.1.1.1.3	Element <Kinder_und_Jugendpsychiatrie>	272
4.2	Element <QSFFx-RL>	273
4.2.1	Element <Nachweis_QSFFx>	277
4.2.1.1	Element <Beleg_Erfuellung_vollstaendig_gefuehrt>	278
4.2.1.1.1	Element <Erfuellung_Mindestanforderungen>	279
4.2.1.1.1.1	Element <Allgemeine_Mindestanforderungen>	279
4.2.1.1.1.1.1	Element <Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>	283
4.2.1.1.1.1.1.1	Element <Fachabteilung_Chirurgie>	285
4.2.1.1.1.1.1.2	Element <Fachabteilung_Innere_Medizin>	286
4.2.1.1.1.1.1.3	Element <Verantwortlichkeit_Notfallversorgung>	286
4.2.1.1.1.1.1.4	Element <Fortbildungen_Notfallversorgung>	286
4.2.1.1.1.1.1.5	Element <Verfuegbarkeit>	286
4.2.1.1.1.1.1.6	Element <Betten_Intensivstation>	287
4.2.1.1.1.1.1.7	Element <Betten_Intensivstation_Beatmung>	287
4.2.1.1.1.1.1.8	Element <System_Behandlungspriorisierung>	287
4.2.1.1.1.1.1.9	Element <Schockraum>	287
4.2.1.1.1.1.1.10	Element <Computertomographie>	288
4.2.1.1.1.1.1.11	Element <Weiterverlegung_Luftweg>	288
4.2.1.1.1.2	Element <Spezifische_Mindestanforderungen>	288
4.2.1.1.1.2.1	Element <Spezifische_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>	288
4.2.1.1.1.2.1.1	Element <Eigenstaendige_Organisationseinheit>	291
4.2.1.1.1.2.1.2	Element <Aufsicht_Facharzt>	291
4.2.1.1.1.2.1.3	Element <Arztpraesenz>	291
4.2.1.1.1.2.1.4	Element <Ausstattung_Operationssaal>	292
4.2.1.1.1.2.1.5	Element <Geriatrische_Kompetenz>	292
4.2.1.1.1.2.1.6	Element <Postoperative_Physiotherapie>	292
4.2.1.1.1.3	Element <Mindestanforderungen_Prozessqualitaet>	292
4.2.1.1.1.3.1	Element <Mindestanforderungen_Prozessqualitaet_Nichterfuellung>	293
4.2.1.1.1.3.1.1	Element <SOP_Einwilligungsfahigkeit>	293
4.2.1.1.1.3.1.2	Element <SOP_Periooperative_Planung>	294
4.2.1.1.1.3.1.3	Element <SOP_Operationsverfahren>	294

4.2.1.1.1.3.1.4	Element <SOP_Umgang_Gerinnungshemmer>	294
4.2.1.1.1.3.1.5	Element <SOP_Patientenorientiertes_Blutmanagement>	294
4.2.1.1.1.3.1.6	Element <SOP_Ortho-geriatriische_Versorgung>	295
4.2.1.1.1.3.1.7	Element <SOP_Physiotherapeutische_Massnahmen>	295
5	Datengestützte Qualitätssicherung	296
5.1	Aufbau der XML-Dateien	296
5.1.1	Abschnitt C-1.1 - Dokumentationsraten	297
5.1.2	Abschnitt C-1.2 – Ergebnisse für Qualitätsindikatoren und Kennzahlen	297
6	Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung>	298
6.1	Element <Dokumentationsraten>	299
6.1.1	Element <Leistungsbereich_DeQS>	300
6.2	Element <Ergebnis>	305
6.2.1	Element <QS-Ergebnis>	305
6.2.1.1	Element <Vertrauensbereich_Bundesweit>	313
6.2.1.2	Element <Vertrauensbereich_Krankenhaus>	313
6.2.1.3	Element <Fallzahl>	313
6.2.1.4	Element <Ergebnis_Bewertung>	314
7	Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen	317
8	Anhang	318
8.1	Liste der Leistungsbereiche für Dokumentationsraten	318
8.2	Liste der Qualitätsergebnisse	318“

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

2. Der Abschnitt „4 Element <Strukturabfragen>“ wird durch den folgenden Abschnitt „4 Element <Strukturabfragen>“ ersetzt:

„4 Element <Strukturabfragen>

„Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Berichtsjahr	Das aktuelle Berichtsjahr	1	Der Datentyp lässt nur das aktuelle Berichtsjahr zu. Auswahlliste: "2024"		
IK	Haupt-IK des Krankenhausstandortes dieses Berichts gemäß Standortverzeichnis	1	999999999	-	
Standortnummer	Standortnummer des Krankenhausstandortes dieses Berichts gemäß Standortverzeichnis	1	Format: 77xxxx000	-	
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
PPP-RL	Umsetzung der Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL	1	<u>siehe 4.1</u>	C-9	
QSFFx-RL	Umsetzung der Richtlinie zur Versorgung der	1	<u>siehe 4.2</u>	C-6.2	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
	Hüftgelenknahen Femurfraktur – QSFFx-RL				
Ende Auswahlelement					

4.1 Element <PPP-RL>

Elternelemente: 4 Element <Strukturabfragen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hinweis_Nachweis_PPP	Das Element "Hinweis_Nachweis_PPP" dient der Abbildung des im Rahmen der Veröffentlichung darzustellenden Hinweises und kann nicht verändert werden.	1	Bei Vorhandensein des Elements ist nur folgender Wert zugelassen: "An dieser Stelle ist die Umsetzung des Beschlusses des G-BA zur Qualitätssicherung nach § 136a Absatz 2 Satz 1 SGB V darzustellen (Richtlinie über die Ausstattung der stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Psychosomatik mit dem für die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal – PPP-RL). Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der PPP-RL gemäß § 136a Absatz 2 SGB V verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen	C-9	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			mit dem für die Behandlung erforderlichen Personal für die psychiatrische und psychosomatische Versorgung festgelegt. Die Vorgaben legen eine Mindestpersonalausstattung für das für die Behandlung erforderliche Personal fest. Die Mindestvorgaben sind keine Anhaltszahlen zur Personalbemessung. Die Mindestvorgaben sind gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL quartals- und einrichtungsbezogen einzuhalten. Gemäß der Definition der PPP-RL kann ein Krankenhausstandort bis zu drei differenzierte Einrichtungen (Erwachsenenpsychiatrie, Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie) umfassen, für die die Einhaltung der Mindestvorgaben getrennt nachzuweisen ist. Für das Berichtsjahr 2024 gilt im ersten und zweiten Quartal ein Umsetzungsgrad von 95 % und im dritten und vierten Quartal ein Umsetzungsgrad von 90 %."		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Nachweis_PPP	Nachweis zur PPP-RL	0 .. 4	siehe 4.1.1	C-9	
Gesamtkommentar_PPP	An dieser Stelle können Krankenhäuser das gesamte Kapitel C-9 kommentieren.	0 .. 1	maximale Zeichenanzahl 1500	C-9.4	

4.1.1 Element <Nachweis_PPP>

Elternelemente: 4.1 Element <PPP-RL>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Zeitraum	Hier ist das Quartal (1, 2, 3 ,4) anzugeben.	1	Der Datentyp lässt nur die Quartale eines Jahres zu. Auswahlliste: "Q1", "Q2", "Q3", "Q4"	C-9.1	
Beleg_Erfuellung_nicht_geführt	Krankenhausstandorte, welche die Nachweise sowie die Erklärung zur Richtigkeit bis zum Ende der Korrekturfrist zum 1. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres nicht oder nicht vollständig erbracht haben, sind gemäß § 11 Absatz 12 PPP-RL mit folgendem Hinweis zu kennzeichnen:	0 .. 1	Bei Vorhandensein des Elements ist nur folgender Wert zugelassen: "Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt."	C-9.2	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
	"Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt."				
Einrichtungstyp	Die Einrichtung gemäß § 2 Absatz 5 PPP-RL.	1	<u>siehe 4.1.1.1</u>	C-9.3	

4.1.1.1 Element <Einrichtungstyp>

Elternelemente: 4.1.1 Element <Nachweis_PPP>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Erwachsenenpsychiatrie		0 .. 1	<u>siehe 4.1.1.1.1</u>	-	
Psychosomatik		0 .. 1	<u>siehe 4.1.1.1.2</u>	-	
Kinder_und_Jugendpsychiatrie		0 .. 1	<u>siehe 4.1.1.1.3</u>	-	

4.1.1.1.1 Element <Erwachsenenpsychiatrie>

Elternelemente: 4.1.1.1 Element <Einrichtungstyp>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Strukturangaben_Einrichtung		1	<u>siehe 4.1.1.1.1.1</u>	C-9.3.1	
Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad	Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad	1	<u>siehe 4.1.1.1.1.2</u>	C-9.3.3	
Einhaltung_Mindestvorgabe_Einrichtung_Nachtdienst	Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung im Nachtdienst.	0 .. 1	<u>siehe 4.1.1.1.1.3</u>	C-9.3.3.4	Dieser Abschnitt entfällt für die Psychosomatik und für Einrichtungen ohne Intensivpatientinnen und Intensivpatienten.

4.1.1.1.1.1 Element <Strukturangaben_Einrichtung>

Elternelemente: 4.1.1.1.1 Element <Erwachsenenpsychiatrie>, 4.1.1.1.2 Element <Psychosomatik>, 4.1.1.1.3 Element <Kinder_und_Jugendpsychiatrie>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Regionale_Pflichtversorgung		1	<u>siehe 4.1.1.1.1.1.1</u>	C-9.3.1.1	
Strukturangaben_Stationen	Strukturangaben zu den vorhandenen Stationen.	1	<u>siehe 4.1.1.1.1.1.2</u>	C-9.3.1.2	
Behandlungsumfang_Behandlungsbereiche	Für die Einrichtungen ist der Behandlungsumfang (Anzahl der Behandlungstage) sowie die Patientenstruktur (differenziert nach den Behandlungsbereichen) anzugeben. Hierfür ist der Abschnitt A3.3 der Anlage 3 der PPP-RL zu verwenden, die Gesamtbehandlungstage ergeben sich dabei als Summe über alle behandlungsbereichsspezifischen Behandlungstage. Die Angaben sind für das entsprechende Berichtsjahr zu machen.	1	<u>siehe 4.1.1.1.1.1.3</u>	C-9.3.1.3	

4.1.1.1.1.1.1 Element <Regionale_Pflichtversorgung>

Elternelemente: 4.1.1.1.1.1 Element <Strukturangaben_Einrichtung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Regionale_Pflichtversorgung_Besteht	Für die Einrichtung gilt eine durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.	0 .. 1	<u>siehe 4.1.1.1.1.1.1.1</u>	C-9.3.1.1	
Regionale_Pflichtversorgung_Besteht_Nicht	Für die Einrichtung gilt kein durch die zuständige Landesbehörde festgelegte regionale Pflichtversorgung.	1	Kein Inhalt	C-9.3.1.1	
<i>Ende Auswahlelement</i>					

4.1.1.1.1.1.1 Element <Regionale_Pflichtversorgung_Besteht>

Elternelemente: 4.1.1.1.1.1 Element <Regionale_Pflichtversorgung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Geschlossene_Bereiche	Die Einrichtung verfügt über geschlossene Bereiche.	0 .. 1	<i>kein Inhalt</i> oder Auswahlliste: "ja", "nein"	C-9.3.1.1	
Praesenzdienste_24_Stunden	Die Einrichtung verfügt über 24-Stunden-Präsenzdienste.	0 .. 1	<i>kein Inhalt</i> oder Auswahlliste: "ja", "nein"	C-9.3.1.1	

4.1.1.1.1.2 Element <Strukturangaben_Stationen>

Elternelemente: 4.1.1.1.1.1 Element <Strukturangaben_Einrichtung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Strukturangaben_Station	Die der Einrichtung zugeordneten Stationen sind mit den folgenden Angaben aus Teil A2 der Anlage 3 der PPP-RL zu charakterisieren.	0 .. n	<u>siehe 4.1.1.1.1.2.1</u>	C-9.3.1.2	

4.1.1.1.1.2.1 Element <Strukturangaben_Station>

Elternelemente: 4.1.1.1.1.2 Element <Strukturangaben_Stationen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Station_Bezeichnung	Bezeichnung der Station	1	maximale Zeichenzahl 100 oder <i>kein Inhalt</i>	C-9.3.1.2	
Planbetten_vollstationaere_Versorgung	Die Anzahl der Planbetten der vollstationären Versorgung	1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0 .. 999	C-9.3.1.2	
Planplaetze_teilstationaere_Versorgung	Die Anzahl der Planplätze der teilstationären Versorgung	1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0 .. 999	C-9.3.1.2	
Stationstyp	Stationstyp	1	maximale Zeichenzahl 100 oder <i>kein Inhalt</i>	C-9.3.1.2	Kürzel in den Nachweisdaten gemäß PPP-RL sind wie folgt zu ersetzen: A durch "A = geschützte Akut- bzw. Intensivstation" B durch "B = fakultativ geschlossene Station"

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
					C durch "C = offene, nicht elektive Station" D durch "D = Station mit geschützten Bereichen" E durch "E = elektive offene Station" F durch "F = nicht-stationsbezogene Einheit mit innovativem Behandlungskonzept"
Schwerpunkt_Behandlung_Konzeptstation	Schwerpunkt der Behandlung/Konzeptstation	1	maximale Zeichenzahl 100 oder <i>kein Inhalt</i>	C-9.3.1.2	Kürzel in den Nachweisdaten gemäß PPP-RL sind wie folgt zu ersetzen: KJP durch "KJP = Konzeptstation für Kinder- und Jugendpsychiatrie" A durch "A = Konzeptstation für Allgemeinpsychiatrie" A5 durch "A5 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Behandlung" A7 durch "A7 = Konzeptstation für psychotherapeutische und psychosomatische Komplexbehandlung" S durch "S = Konzeptstation für Suchterkrankungen"

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
					G durch "G = Konzeptstation für Gerontopsychiatrie" P1 durch "P1 = Konzeptstation für Psychosomatik" P2 durch "P2 = Konzeptstation für psychosomatische Komplexbehandlung" Z durch "Z = keine der obigen Konzeptstationen"

4.1.1.1.1.3 Element <Behandlungsumfang_Behandlungsbereiche>

Elternelemente: 4.1.1.1.1.1 Element <Strukturangaben_Einrichtung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Behandlungsumfang_und_Behandlungsbereich		0 .. n	<u>siehe 4.1.1.1.1.3.1</u>	C-9.3.1.3	

4.1.1.1.1.3.1 Element <Behandlungsumfang_und_Behandlungsbereich>

Elternelemente: 4.1.1.1.1.3 Element <Behandlungsumfang_Behandlungsbereiche>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Behandlungsbereich	Der Behandlungsbereich.	1	maximale Zeichenanzahl 200 oder <i>kein Inhalt</i>	C-9.3.1.3	Kürzel in den Nachweisdaten gemäß PPP-RL sind wie folgt zu ersetzen: A1 durch "A1 = Allgemeine Psychiatrie - Regelbehandlung"

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
					A2 durch "A2 = Allgemeine Psychiatrie - Intensivbehandlung" A6 durch "A6 = Allgemeine Psychiatrie - Tagesklinische Behandlung" A7 durch "A7 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung" A8 durch "A8 = Allgemeine Psychiatrie - Psychosomatisch-psychotherapeutische und psychotherapeutische Komplexbehandlung teilstationär" A9 durch "A9 = Allgemeine Psychiatrie - Stationsäquivalente Behandlung" S1 durch "S1 = Abhängigkeitskranke - Regelbehandlung" S2 durch "S2 = Abhängigkeitskranke - Intensivbehandlung" S6 durch "S6 = Abhängigkeitskranke - Tagesklinische Behandlung"

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
					S9 durch "S9 = Abhängigkeitskranke - Stationsäquivalente Behandlung" G1 durch "G1 = Gerontopsychiatrie - Regelbehandlung" G2 durch "G2 = Gerontopsychiatrie - Intensivbehandlung" G6 durch "G6 = Gerontopsychiatrie - Tagesklinische Behandlung" G9 durch "G9 = Gerontopsychiatrie - Stationsäquivalente Behandlung" P1 durch "P1 = Psychosomatik - Psychotherapie" P2 durch "P2 = Psychosomatik - Psychosomatisch- psychotherapeutische Komplexbehandlung" P3 durch "P3 = Psychosomatik - Psychotherapie teilstationär" P4 durch "P4 = Psychosomatik - Psychosomatisch- psychotherapeutische

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
					Komplexbehandlung teilstationär" KJ1 durch "KJ1 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung" KJ2 durch "KJ2 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Jugendpsychiatrische Regelbehandlung" KJ3 durch "KJ3 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung" KJ6 durch "KJ6 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Eltern-Kind-Behandlung" KJ7 durch "KJ7 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Tagesklinische Behandlung" KJ9 durch "KJ9 = Kinder- und Jugendpsychiatrie - Stationsäquivalente Behandlung"
Behandlungsumfang	Die Anzahl der Behandlungstage.	1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0 .. 99999	C-9.3.1.3	

4.1.1.1.1.2 Element <Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad>

Elternelemente: 4.1.1.1.1 Element <Erwachsenenpsychiatrie>, 4.1.1.1.2 Element <Psychosomatik>, 4.1.1.1.3 Element <Kinder_und_Jugendpsychiatrie>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Einhaltung_Mindestvorgabe_Einrichtung_Tagdienst	Die Mindestvorgaben im Tagdienst wurden in der Einrichtung insgesamt eingehalten.	1	kein Inhalt oder Auswahlliste: "ja", "nein", "entfällt"	C-9.3.3.1	Dieser Abschnitt entfällt gegebenenfalls für die Psychosomatik, sofern keine Datenübermittlung für das erste bzw. zweite Quartal erfolgt ist.
Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad_Berufsgruppen_Tagdienst	Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad in den Berufsgruppen im Tagdienst.	0 .. 1	<u>siehe 4.1.1.1.1.2.1</u>	C-9.3.3.2	Dieser Abschnitt entfällt gegebenenfalls für die Psychosomatik, sofern keine Datenübermittlung für das erste bzw. zweite Quartal erfolgt ist.
Umsetzungsgrad_Einrichtung_Tagdienst	Umsetzungsgrad der Einrichtung im Tagdienst (in %).	1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0,00 .. 999,99 (bis zu zwei Nachkommastellen)	C-9.3.3.3	Dieser Abschnitt entfällt gegebenenfalls für die Psychosomatik, sofern keine Datenübermittlung für das erste bzw. zweite Quartal erfolgt ist.
Ausnahmetatbestaende	Die Krankenhäuser können von den verbindlichen Mindestvorgaben abweichen, wenn einer der in § 10 Absatz 1 PPP-RL beschriebenen Ausnahmetatbestände zutrifft.	1	<u>siehe 4.1.1.1.1.2.2</u>	C-9.3.3.5	

4.1.1.1.1.2.1 Element <Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad_Berufsgruppen_Tagdienst>

Elternelemente: 4.1.1.1.1.2 Element <Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad_Berufsgruppe	Für jede Berufsgruppe gemäß § 5 PPP-RL sind die folgenden Parameter anzugeben	0 .. 6	<u>siehe 4.1.1.1.1.2.1.1</u>	C-9.3.3.2	

4.1.1.1.1.2.1.1 Element <Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad_Berufsgruppe>

Elternelemente: 4.1.1.1.1.2.1 Element <Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad_Berufsgruppen_Tagdienst>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Berufsgruppe	Die Berufsgruppe gemäß § 5 PPP-RL.	1	maximale Zeichenzahl 1500 oder <i>kein Inhalt</i>	C-9.3.3.2	
Mindestanforderungen_eingehalten	Die Mindestanforderungen der Berufsgruppe sind eingehalten.	1	<i>kein Inhalt</i> oder Auswahlliste: "ja", "nein", "entfällt"	C-9.3.3.2	
Mindestpersonalausstattung_Stunden	Die geforderte Mindestpersonalausstattung in Stunden.	1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0 .. 999999	C-9.3.3.2	
Tatsächliche_Personalausstattung_Stunden	Die tatsächliche Personalausstattung in Stunden.	1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0 .. 999999	C-9.3.2	
Umsetzungsgrad	Umsetzungsgrad (in %)	1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0,00 .. 999,99 (bis zu zwei Nachkommastellen)	C-9.3.3.3	

4.1.1.1.1.2.2 Element <Ausnahmetatbestände>

Elternelemente: 4.1.1.1.1.2 Element <Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Ausnahmetatbestand_1	kurzfristige krankheitsbedingte Personalausfälle	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	C-9.3.3.5	
Ausnahmetatbestand_2	kurzfristig stark erhöhte Patientenzahl in der Pflichtversorgung	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	C-9.3.3.5	
Ausnahmetatbestand_3	gravierende strukturelle oder organisatorische Veränderungen	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	C-9.3.3.5	
Ausnahmetatbestand_4	Tagesklinik, die die Mindestvorgaben im darauffolgenden oder übernächsten Quartal wieder einhält	1	Auswahlliste: "ja", "nein"	C-9.3.3.5	

4.1.1.1.1.3 Element <Einhaltung_Mindestvorgabe_Einrichtung_Nachtdienst>

Elternelemente: 4.1.1.1.1 Element <Erwachsenenpsychiatrie>, 4.1.1.1.3 Element <Kinder_und_Jugendpsychiatrie>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Mindestanforderungen_erfüllt	Die Mindestanforderungen im pflegerischen Nachtdienst wurden in der Einrichtung insgesamt erfüllt.	1	kein Inhalt oder Auswahlliste: "ja", "nein", "entfällt"	C-9.3.3.4	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Pflegefachpersonen	Für die Pflegefachpersonen gemäß § 5 PPP-RL im Nachtdienst sind folgende Parameter anzugeben.	1	<u>siehe 4.1.1.1.1.3.1</u>	C-9.3.3.4	

4.1.1.1.1.3.1 Element <Pflegefachpersonen>

Elternelemente: 4.1.1.1.1.3 Element <Einhaltung_Mindestvorgabe_Einrichtung_Nachtdienst>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Tatsaechliche_Personalausstattung_VK	Tatsächliche Personalausstattung im pflegerischen Nachtdienst (in Vollkraftstunden).	1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0 .. 999999	C-9.3.3.4	
Mindestvorgabe_VK	Mindestvorgabe im pflegerischen Nachtdienst je Nacht (in Vollkraftstunden).	1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0 .. 999999	C-9.3.3.4	
Anzahl_Naechte_Erfuellung_Mindestvorgabe	Die Anzahl an Nächten, in denen die Mindestvorgabe erfüllt wurde.	1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0 .. 366	C-9.3.3.4	
Ist-Personalausstattung_VK	Die durchschnittliche Ist-Personalausstattung (in Vollkraftstunden) im pflegerischen Nachtdienst je Nacht.	1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0 .. 999999	C-9.3.3.4	

4.1.1.1.2 Element <Psychosomatik>

Elternelemente: 4.1.1.1 Element <Einrichtungstyp>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Strukturangaben_Einrichtung		1	<u>siehe 4.1.1.1.1.1</u>	C-9.3.1	
Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad	Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad	1	<u>siehe 4.1.1.1.1.2</u>	C-9.3.3	

4.1.1.1.3 Element <Kinder_und_Jugendpsychiatrie>

Elternelemente: 4.1.1.1 Element <Einrichtungstyp>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Strukturangaben_Einrichtung		1	<u>siehe 4.1.1.1.1.1</u>	C-9.3.1	
Einhaltung_Mindestvorgaben_Umsetzungsgrad	Einhaltung der Mindestvorgaben und Umsetzungsgrad	1	<u>siehe 4.1.1.1.1.2</u>	C-9.3.3	
Einhaltung_Mindestvorgabe_Einrichtung_Nachtdienst	Einhaltung der Mindestvorgabe in der Einrichtung im Nachtdienst.	0 .. 1	<u>siehe 4.1.1.1.1.3</u>	C-9.3.3.4	Dieser Abschnitt entfällt für die Psychosomatik und für Einrichtungen ohne Intensivpatientinnen und Intensivpatienten.

4.2 Element <QSFFx-RL>

Elternelemente: 4 Element <Strukturabfragen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Hinweis_Nachweis_QSFFx	Das Element "Hinweis_Nachweis_QSFFx" dient der Abbildung des im Rahmen der	1	Bei Vorhandensein des Elements ist nur folgender Wert zugelassen: "An dieser Stelle ist die	C-6.2	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
	Veröffentlichung darzustellenden Hinweises und kann nicht verändert werden.		Umsetzung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Maßnahmen zur Qualitätssicherung zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur gemäß § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser darzustellen (QSFFx-RL). - Im Auftrag des Gesetzgebers hat der Gemeinsame Bundesausschuss in der QSFFx-RL Mindestanforderungen an die Struktur- und Prozessqualität in nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer nicht intraoperativ verursachten hüftgelenknahen Femurfraktur festgelegt. Die Mindestanforderungen sind am Standort zu erfüllen. - Im Rahmen des Nachweisverfahrens (§ 6 QSFFx-RL) ist jährlich zwischen dem 15.11. und 31.12. der Status der Erfüllung der Mindestvorgaben an die		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen zu übermitteln. Nichterfüllungen einzelner Mindestanforderungen, die mehr als 48 Stunden andauern, sind auch unterjährig unverzüglich zu melden, ebenso wie deren Wiedererfüllung. — Alle Meldungen, die im Laufe eines Jahres an die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gesendet wurden, sind bis zum 15. Februar des Folgejahres in Form einer Strukturabfrage (§ 8 QSFFx-RL) an das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTiG) zu übermitteln. Diese Daten bilden die Grundlage für die im Folgenden dargestellten Angaben."		
Nachweis_QSFFx	Nachweis zur QSFFx	0.. 1	<u>siehe 4.2.1</u>	C-6.2	
Gesamtkommentar_QSFFx	An dieser Stelle können Krankenhäuser das gesamte Kapitel C-6.2 zur Umsetzung der QSFFx-RL kommentieren.	0 .. 1	maximale Zeichenanzahl 1500	C-6.2	

4.2.1 Element <Nachweis_QSFFx>

Elternelemente: 4.2 Element <QSFFx-RL>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Abmeldung	Krankenhausstandorte, die sich nach § 6 Absatz 1 Satz 8 QSFFx-RL abmelden, müssen keine Strukturabfrage gemäß § 8 Absatz 1 Satz 1 QSFFx-RL an das IQTIG übermitteln. Für diese Standorte liegen keine Daten zur Darstellung im Qualitätsbericht vor.	1	Bei Vorhandensein des Elements ist nur folgender Wert zugelassen: "Der Standort hat sich im Lauf des Berichtsjahres von der Versorgung hüftgelenknaher Femurfrakturen gemäß § 6 Absatz 1 Satz 8 QSFFx-RL abgemeldet. Damit entfällt die Lieferpflicht für die Strukturabfrage. Für diesen Standort liegen deshalb keine Daten zur Umsetzung der QSFFx-RL vor."	C-6.2.1	
Beleg_Erfuellung_nicht_geuehrt	Krankenhausstandorte, welche die Strukturabfrage sowie die Erklärung über die Richtigkeit der Angaben bis zum Ende der Korrekturfrist zum 15. März des dem jeweiligen Erfassungsjahr folgenden Jahres nicht oder nicht vollständig übermittelt haben, sind gemäß § 8 Absatz 7 Satz 7 QSFFx-RL mit dem Hinweis „Beleg zur Erfüllung nicht (vollständig) geführt“ zu kennzeichnen.	1	Bei Vorhandensein des Elements ist nur folgender Wert zugelassen: "Aufgrund der unvollständigen Nachweisführung liegen keine Daten zur Umsetzung der QSFFx-RL vor."	C-6.2.1	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Beleg_Erfuellung_vollstaendig_gefuehrt	Beleg zur Erfüllung vollständig geführt.	1	<u>siehe 4.2.1.1</u>	C-6.2.1	
Ende Auswahlelement					

4.2.1.1 Element <Beleg_Erfuellung_vollstaendig_gefuehrt>

Elternelemente: 4.2.1 Element <Nachweis_QSFFx>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Abbildung	Anzahl der Tage, die mit der Strukturabfrage abgebildet werden.	1	Wertebereich 0 .. 366	C-6.2.1	
Erfuellung_Mindestanforderungen		1	<u>siehe 4.2.1.1.1</u>	-	

4.2.1.1.1 Element <Erfuellung_Mindestanforderungen>

Elternelemente: 4.2.1.1 Element <Beleg_Erfuellung_vollstaendig_gefuehrt>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Anzahl der Tage, für die eine Nichterfüllung mindestens einer Mindestanforderung angegeben wurde.	1	Wertebereich 0 .. 366	C-6.2.2	
Anzahl_Mindestanforderungen_Nichterfuellung	Anzahl der Mindestanforderungen, die mindestens 48 Stunden nicht erfüllt wurden.	1	Wertebereich 0 .. 24	C-6.2.2	
Allgemeine_Mindestanforderungen		1	<u>siehe 4.2.1.1.1.1</u>	-	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Spezifische_Mindestanforderungen	An dieser Stelle sind für die sechs spezifischen Mindestanforderungen jeweils die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung anzugeben.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.2</u>	C-6.2.2.2	
Mindestanforderungen_Prozessqualitaet	An dieser Stelle sind für die sieben Mindestanforderungen an die Prozessqualität jeweils die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung anzugeben.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.3</u>	C-6.2.2.3	

4.2.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen>

Elternelemente: 4.2.1.1.1 Element <Erfuellung_Mindestanforderungen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Allgemeine_Mindestanforderungen_Erfuellt_ATB	Das Vorliegen dieses Ausnahmetatbestands wird im Nachweisverfahren erfasst. Wenn zutreffend, ist dieses Element anzugeben.	0 .. 1	Bei Vorhandensein des Elements ist nur folgender Wert zugelassen: "Das Krankenhaus erfüllt die Anforderungen an ein überregionales Traumazentrum gemäß dem Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung Stand Mai 2012 und nimmt zu jeder Zeit (24 Stunden an 7 Tagen pro Woche) an der Notfallversorgung teil. Damit gelten die folgenden	C-6.2.2.1	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			Anforderungen gemäß § 3 Absätze 1 bis 4 QSFFx-RL als erfüllt:- Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie am Standort. - Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort. - Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind. - Das für die Notfallversorgung benannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil. - Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten am Patienten verfügbar. - Das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor. - Mindestens drei		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet. - Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten zur Anwendung. - Es ist ein Schockraum verfügbar. - Die 24 -stündige Verfügbarkeit von Computertomographie ist sichergestellt. - Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe."		
Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung	Wenn der Ausnahmetatbestand nicht vorliegt, sind im Folgenden die elf allgemeinen Mindestanforderungen jeweils mit den gemeldeten Tagen mit Nichterfüllung anzugeben.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.1.1</u>	-	
Ende Auswahlelement					

4.2.1.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>
Elternelemente: 4.2.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Fachabteilung_Chirurgie	Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Chirurgie am Standort.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.1.1.1</u>	C-6.2.2.1	
Fachabteilung_Innere_Medizin	Das Krankenhaus verfügt mindestens über die Fachabteilung Innere Medizin am Standort.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.1.1.2</u>	C-6.2.2.1	
Verantwortlichkeit_Notfallversorgung	Es sind jeweils eine für die Notfallversorgung verantwortliche Ärztin oder verantwortlicher Arzt und eine Pflegekraft benannt, die fachlich und organisatorisch eindeutig der Versorgung von Notfällen zugeordnet und im Bedarfsfall verfügbar sind.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.1.1.3</u>	C-6.2.2.1	
Fortbildungen_Notfallversorgung	Das für die Notfallversorgung benannte Personal nimmt regelmäßig an fachspezifischen Fortbildungen für Notfallmedizin teil.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.1.1.4</u>	C-6.2.2.1	
Verfügbarkeit	Es ist jeweils eine Fachärztin oder ein Facharzt im Gebiet Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie innerhalb von maximal 30 Minuten an der	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.1.1.5</u>	C-6.2.2.1	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
	Patientin oder am Patienten verfügbar.				
Betten_Intensivstation	Das Krankenhaus hält eine Intensivstation mit mindestens sechs Betten vor.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.1.1.6</u>	C-6.2.2.1	
Betten_Intensivstation_Beatmung	Mindestens drei Intensivtherapiebetten sind zur Versorgung beatmeter Patientinnen und Patienten ausgestattet.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.1.1.7</u>	C-6.2.2.1	
System_Behandlungspriorisierung	Es kommt ein strukturiertes und validiertes System zur Behandlungspriorisierung bei der Erstaufnahme von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten zur Anwendung.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.1.1.8</u>	C-6.2.2.1	
Schockraum	Es ist ein Schockraum verfügbar.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.1.1.9</u>	C-6.2.2.1	
Computertomographie	Die 24 -stündige Verfügbarkeit von Computertomographie ist sichergestellt.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.1.1.10</u>	C-6.2.2.1	
Weiterverlegung_Luftweg	-Es besteht die Möglichkeit der Weiterverlegung einer Notfallpatientin oder eines Notfallpatienten auf dem Luftweg in ein Krankenhaus der Basisnotfallversorgung oder einer höheren Stufe.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.1.1.11</u>	C-6.2.2.1	

4.2.1.1.1.1.1 Element <Fachabteilung_Chirurgie>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.1.2 Element <Fachabteilung_Innere_Medizin>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.1.3 Element <Verantwortlichkeit_Notfallversorgung>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.1.4 Element <Fortbildungen_Notfallversorgung>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.1.5 Element <Verfuegbarkeit>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.1.6 Element <Betten_Intensivstation>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.1.7 Element <Betten_Intensivstation_Beatmung>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.1.8 Element <System_Behandlungspriorisierung>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.1.9 Element <Schockraum>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.1.10 Element <Computertomographie>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.1.1.11 Element <Weiterverlegung_Luftweg>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.1.1 Element <Allgemeine_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.2 Element <Spezifische_Mindestanforderungen>

Elternelemente: 4.2.1.1.1 Element <Erfuellung_Mindestanforderungen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Spezifische_Mindestanforderungen_Nichterfuellung		1	<u>siehe 4.2.1.1.1.2.1</u>	-	

4.2.1.1.1.2.1 Element <Spezifische_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.2 Element <Spezifische_Mindestanforderungen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Eigenstaendige_Organisationseinheit	Die Versorgung der Patientinnen und Patienten erfolgt in einer ärztlich geleiteten Fachabteilung, die eine fachlich unabhängige, abgrenzbare und organisatorisch eigenständige Organisationseinheit am Standort des Krankenhauses ist.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.2.1.1</u>	C-6.2.2.2	
Aufsicht_Facharzt	Die Durchführung der mit den Kombinationen aus Diagnosen und Prozeduren nach Anlage 1 QSFFx-RL beschriebenen Operationen erfolgt durch oder unter Anleitung und Aufsicht einer Fachärztin oder eines Facharztes für Chirurgie, für Allgemeinchirurgie, für Orthopädie oder für Orthopädie und Unfallchirurgie.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.2.1.2</u>	C-6.2.2.2	
Arztpraesenz	Die ärztliche Versorgung in der Fachabteilung ist durch eine täglich 24-stündige Arztpräsenz im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst möglich) sichergestellt, die auch eine jederzeitige operative	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.2.1.3</u>	C-6.2.2.2	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
	Patientenversorgung gewährleistet.				
Ausstattung_Operationssaal	Die Einrichtung und Ausstattung des Operationssaals lässt sowohl osteosynthetische als auch endoprothetische Versorgungen zu. Entsprechende Implantate und Instrumente stehen jederzeit zur Verfügung.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.2.1.4</u>	C-6.2.2.2	
Geriatrische_Kompetenz	Für Patientinnen und Patienten mit positivem geriatrischen Screening ist täglich geriatrische Kompetenz für die perioperative Versorgung zu gewährleisten.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.2.1.5</u>	C-6.2.2.2	
Postoperative_Physiotherapie	Physiotherapie durch eine Physiotherapeutin oder einen Physiotherapeuten steht täglich für jede Patientin oder jeden Patienten zur Atemgymnastik und frühzeitigen Mobilisierung ab dem ersten postoperativen Tag zur Verfügung.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.2.1.6</u>	C-6.2.2.2	

4.2.1.1.1.2.1.1 Element <Eigenständige_Organisationseinheit>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.2.1 Element <Spezifische_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.2.1.2 Element <Aufsicht_Facharzt>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.2.1 Element <Spezifische_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.2.1.3 Element <Arztpraesenz>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.2.1 Element <Spezifische_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.2.1.4 Element <Ausstattung_Operationssaal>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.2.1 Element <Spezifische_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.2.1.5 Element <Geriatrische_Kompetenz>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.2.1 Element <Spezifische_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.2.1.6 Element <Postoperative_Physiotherapie>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.2.1 Element <Spezifische_Mindestanforderungen_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.3 Element <Mindestanforderungen_Prozessqualitaet>

Elternelemente: 4.2.1.1.1 Element <Erfuellung_Mindestanforderungen>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Mindestanforderungen_Prozessqualitaet_Nichterfuellung		1	<u>siehe 4.2.1.1.1.3.1</u>	-	

4.2.1.1.1.3.1 Element <Mindestanforderungen_Prozessqualitaet_Nichterfuellung>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.3 Element <Mindestanforderungen_Prozessqualitaet>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
SOP_Einwilligungsfaehigkeit	SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“.	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.3.1.1</u>	C-6.2.2.3	
SOP_Perioperative_Planung	SOP „Perioperative Planung“	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.3.1.2</u>	C-6.2.2.3	
SOP_Operationsverfahren	SOP „Operationsverfahren“	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.3.1.3</u>	C-6.2.2.3	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
SOP_Umgang_Gerinnungshemmer	SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.3.1.4</u>	C-6.2.2.3	
SOP_Patientenorientiertes_Blutmanagement	SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.3.1.5</u>	C-6.2.2.3	
SOP_Ortho-geriatrische_Versorgung	SOP „Ortho-geriatrische Versorgung“	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.3.1.6</u>	C-6.2.2.3	
SOP_Physiotherapeutische_Massnahmen	SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“	1	<u>siehe 4.2.1.1.1.3.1.7</u>	C-6.2.2.3	

4.2.1.1.1.3.1.1 Element <SOP_Einwilligungsfähigkeit>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.3.1 Element <Mindestanforderungen_Prozessqualitaet_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.3.1.2 Element <SOP_Perioperative_Planung>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.3.1 Element <Mindestanforderungen_Prozessqualitaet_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.3.1.3 Element <SOP_Operationsverfahren>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.3.1 Element <Mindestanforderungen_Prozessqualitaet_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.3.1.4 Element <SOP_Umgang_Gerinnungshemmer>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.3.1 Element <Mindestanforderungen_Prozessqualitaet_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.3.1.5 Element <SOP_Patientenorientiertes_Blutmanagement>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.3.1 Element <Mindestanforderungen_Prozessqualitaet_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.3.1.6 Element <SOP_Ortho-geriatriische_Versorgung>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.3.1 Element <Mindestanforderungen_Prozessqualitaet_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

4.2.1.1.1.3.1.7 Element <SOP_Physiotherapeutische_Massnahmen>

Elternelemente: 4.2.1.1.1.3.1 Element <Mindestanforderungen_Prozessqualitaet_Nichterfuellung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Anzahl_Tage_Nichterfuellung	Die gemeldeten Tage mit Nichterfüllung.	1	Wertebereich 0 .. 366	-	

“

3. Der Abschnitt „6.1 Element <Dokumentationsraten>“ wird durch den folgenden Abschnitt „6.1 Element <Dokumentationsraten>“ ersetzt:

„6.1 Element <Dokumentationsraten>

„Elternelemente: 6 Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich_DeQS	Eine Übersicht über alle Leistungsbereiche befindet sich in Tabelle D des Anhang 3	34	siehe 6.1.1	C-1.1	

6.1.1 Element <Leistungsbereich_DeQS>

Elternelemente: 6.1 Element <Dokumentationsraten>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Kuerzel	Kürzel des Leistungsbereichs.	1	Der Datentyp lässt nur Leistungsbereiche aus der Tabelle D des Anhangs 3 zu. Auswahlliste: "PCI_LKG", "CHE", "PNTX", "HTXM", "HTXM_MKU",	C-1.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements Leistungsbereich nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"HTXM_TX", "LTX", "LLS", "LUTX", "NLS", "HCH", "HCH_KC", "HCH_AK_CHIR", "HCH_MK_CHIR", "HCH_MK_KATH", "10/2", "18/1", "15/1", "DEK", "09/1", "09/2", "09/3", "09/4", "09/5", "09/6", "16/1", "NEO", "HEP", "HEP_WE",		

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"HEP_IMP", "17/1", "KEP", "KEP_WE", "KEP_IMP"		
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereichs.	1	maximale Zeichenanzahl 500	C-1.1	
Zaehlbereich_Von	Gibt an, ob dieser Bereich einem anderen untergeordnet ist.	0 .. 1	Der Datentyp lässt nur die Schlüssel der Zählbereiche zu. Auswahlliste: "HCH", "HTXM", "HEP", "KEP"	C-1.1	
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Fallzahl	Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll).	1	Wertebereich 0 und 4 .. 100000	C-1.1	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl 1 bis einschließlich 3 ist.	1	Kein Inhalt	C-1.1	In diesem Fall ist ebenfalls das Feld Dokumentationsrate_Datenschutz auszuwählen.
<i>Ende Auswahlelement</i>					

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Dokumentationsrate	Dokumentationsrate in Prozent (0 bis >100) (gemäß der Systematik des Verfahrens können in Leistungsbereichen Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden). Das Element ist leer anzugeben, wenn die Fallzahl = 0 ist	1	Wertebereich <i>kein Inhalt</i> und 0,00 .. 999,99 (bis zu zwei Nachkommastellen)	C-1.1	Wenn Fallzahl (Soll) = 0 ist das Feld Dokumentationsrate leer zu lassen und im Kommentarfeld zu erläutern. Wurde keine Leistung im Leistungsbereich erbracht (Soll=0 und Ist=0), ist der Kommentar „In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.“ einzufügen. Kann die Dokumentationsrate nicht errechnet werden (Soll=0 und Ist>0), ist der Kommentar „Dokumentationsrate nicht berechenbar“ einzufügen. Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist folgender Hinweis zu ergänzen: „Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet.“ (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Dokumentationsrate_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt.	1	Kein Inhalt	C-1.1	In diesem Fall ist ebenfalls das Feld Fallzahl_Datenschutz auszuwählen.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
<i>Ende Auswahlelement</i>					
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Anzahl_Datensaetze_Standort	Anzahl der dokumentierten Datensätze des Auswertungsstandortes (ohne Minimaldatensätze) im Leistungsbereich (Ist).	1	Wertebereich 0 und 4 .. 100000	C-1.1	
Anzahl_Datensaetze_Standort_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt.	1	Kein Inhalt	C-1.1	
<i>Ende Auswahlelement</i>					
Kommentar_Krankenhaus	Kommentar des Krankenhauses.	0 .. 1	maximale Zeichenanzahl 500	C-1.1	
Kommentar_DAS	Kommentar der Datenannahmestelle DeQS.	0 .. 1	Datentyp zum Element <i>Kommentar_DAS</i> welches vom Wert "maximale Zeichenanzahl 500" ist und drei Vorgabewerte definiert. Auswahlliste: "In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.", "Dokumentationsrate nicht berechenbar.",	C-1.1	Siehe Erläuterungen zu Element Fallzahl.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet."		

“

4. Der Abschnitt „6.2.1.4 Element <Ergebnis_Bewertung>“ wird durch den folgenden Abschnitt „6.2.1.4 Element <Ergebnis_Bewertung>“ ersetzt:

„6.2.1.4 Element <Ergebnis_Bewertung>

„Elternelemente: 6.2.1 Element <QS-Ergebnis>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Referenzbereich	Bundesweiter Referenzbereich dieses Qualitätsindikators.	1	maximale Zeichenanzahl 400 oder folgender Hinweis Auswahlliste: "Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs"	C-1.2	
Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr	Rechnerisch ermittelte Entwicklung des Qualitätsindikators zum vorherigen Berichtsjahr.	0 .. 1	Der Datentyp lässt nur gültige Schlüssel zur Entwicklung zu. Auswahlliste: "verschlechtert", "unverändert", "verbessert", "eingeschränkt/nicht vergleichbar"	C-1.2	Wenn für das Krankenhaus kein rechnerisches Ergebnis vorliegt, sind die Elemente <Vertrauensbereich_Krankenhaus>, <Rechnerisches_Ergebnis>, <Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr> und <Fallzahl> nicht anzugeben.

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Qualitative_Bewertung_Berichts-jahr	Hier ist die Bewertung des Stellungnahmeverfahrens gemäß plan. QI-RL oder DeQS-RL ebenso wie die nicht vorgesehene Bewertung (Kategorie N) verpflichtend darzustellen.	1	Der Datentyp lässt nur gültige Schlüssel zur Bewertung des Stellungnahmeverfahrens gemäß plan. QI-RL oder DeQS-RL zu. Auswahlliste: "N01", "N02", "N99", "R10", "H99", "U34", "U61", "U62", "U63", "U99", "A43", "A71", "A72", "A99", "D80", "D81", "D99", "S92", "S99"	C-1.2	

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
Qualitative_Bewertung_Vergleich_vorheriges_Berichtsjahr	Qualitative Bewertung des Qualitätsindikators im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht.	1	Der Datentyp lässt nur gültige Schlüssel zum Vergleich zu dem vorherigen Berichtsjahr zu. Auswahlliste: "verschlechtert", "unverändert", "verbessert", "eingeschränkt/nicht vergleichbar"	C-1.2	
Kommentar_Beauftragte_Stelle	Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene zum Ergebnis des Krankenhauses in diesem Qualitätsindikator und zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs und des Stellungnahmeverfahrens. Hier ist einer der Kommentare gemäß § 11 Absatz 8 der plan. QI-RL einzufügen.	0 .. 1	maximale Zeichenanzahl 500	C-1.2	Es ist nur der Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene zum Ergebnis des Krankenhauses in diesem Qualitätsindikator und zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs und des Stellungnahmeverfahrens zulässig. Ergeben sich in Folge der Auswirkungen der Covid-19-Pandemie Einschränkungen in der Aussagekraft oder Vergleichbarkeit der QS-Ergebnisse sind diese hier zu benennen.

- III. Nach dem „Anhang 2 für das Berichtsjahr 2024: Auswahllisten“ wird der „Anhang 3 für das Berichtsjahr 2024: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V“ gemäß **Anlage 1** zum Beschluss eingefügt.
- IV. Nach dem „Anhang 3 für das Berichtsjahr 2024: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V“ wird der „Anhang 4 für das Berichtsjahr 2024: Plausibilisierungsregeln“ gemäß **Anlage 2** zum Beschluss eingefügt.
- V. 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 18. Juni 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Anhang 3 für das Berichtsjahr 2024:

Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

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

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Tabelle A:

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

Hinweis: Die Qualitätsindikatoren zur Patientenbefragung des QS-Verfahrens Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI) (ID 56100, 56101, 56103 bis einschl. 56118) werden ohne Angabe des bundesweiten Referenzbereichs veröffentlicht. Stattdessen ist an entsprechender Stelle im Qualitätsbericht der Krankenhäuser der Hinweis „Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs“ anzugeben. Als „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“ soll die Kategorie N99 „Bewertung nicht vorgesehen“ sowie der Freitextkommentar „Zum Auswertungsjahr 2025 erfolgt nur in ausgewählten Fällen ein Stimmnahmeverfahren. Daher ist keine Beurteilung vorgesehen.“ angegeben werden.

Für die Qualitätsindikatoren ID 102001, 132003, 141800, 392011, 402011, 382006, 372006, 352007, 52315, 52324, 131802, 51186, 121800 und 111801 ist kein bundesweiter Referenzbereich festgelegt. Für sie ist ebenfalls an entsprechender Stelle im Qualitätsbericht der Krankenhäuser der Hinweis „Veröffentlichung ohne Angabe eines Referenzbereichs“ anzugeben.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, die innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56004	"Door"-Zeitpunkt oder "Balloon"-Zeitpunkt unbekannt	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten mit einem akuten Herzinfarkt, von denen unbekannt ist, ob sie innerhalb von 60 Minuten nach Ankunft im Krankenhaus den notfallmäßigen Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße erhielten

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56008	Dosis-Flächen-Produkt unbekannt	QI	Ratenbasiert	DeQS	Höhe der Belastung mit Röntgenstrahlung (Dosis-Flächen-Produkt) ist nicht bekannt
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	QI	Ratenbasiert	DeQS	Erfolgreiche Erweiterung der Herzkranzgefäße bei akutem Herzinfarkt
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	QI	Patientenbefragung – Risikoadjustierter QI	DeQS	Der geplante Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	QI	Patientenbefragung – Risikoadjustierter QI	DeQS	Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten aufgrund von spürbaren Symptomen und nachdem sie über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) oder eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplanten Operation am Herzen informiert wurden gerechtfertigt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Patientinnen und Patienten erhielten übereinstimmende Informationen vom Pflegepersonal und von Ärztinnen bzw. Ärzten und konnten bei Bedarf Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit dem Pflege- und Assistenzpersonal machten
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Erfahrungen, die Patientinnen und Patienten im Zusammenhang mit dem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung in konkreten Situationen mit den Ärztinnen und Ärzten machten
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Patientinnen und Patienten wurden vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung aufgeklärt und informiert

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Patientinnen und Patienten wurden über das Absetzen bzw. Umstellen ihrer Medikamente vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung informiert
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56108	Entscheidungsbeziehung der Patientinnen und Patienten	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen hinsichtlich des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung beteiligen
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Wartezeit im Patientenzimmer vor der Zeit im Herzkatheterlabor

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Die Ärztinnen und Ärzte haben sich vor dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung den Patientinnen und Patienten vorgestellt und das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während des geplanten Eingriffs zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung auf die Patientinnen und Patienten eingegangen
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56111	Patienteninformation nach der Prozedur	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Patientinnen und Patienten erhielten nach dem geplanten Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße bzw. der geplanten Herzkatheteruntersuchung Informationen zur weiteren Versorgung

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Patientinnen und Patienten erhielten nach einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Patientinnen und Patienten mit dringendem bzw. akutem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße erhielten Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und zum Umgang mit psychischer Belastung
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Patientinnen und Patienten mit einem Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße wurde bei einer Entlassung am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzubekommen

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben, und erhielten bei Bedarf Schmerzmittel
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	QI	Patientenbefragung – QI	DeQS	Patientinnen und Patienten haben keine Beschwerden wie Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen der Einstichstelle, über die die Herzkatheteruntersuchung oder der Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße durchgeführt wurde
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	QI	Patientenbefragung – Risikoadjustierter QI	DeQS	Patientinnen und Patienten ohne Blutansammlungen im Gewebe (keine Blutergüsse/Hämatome) nach dem geplanten Eingriff (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	QI	Patientenbefragung – Risikoadjustierter QI	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen sich durch den geplanten Eingriff zur Erweiterung der Herzkranzgefäße (PCI) die Symptome gebessert haben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Komplikationen an den Gallenwegen, die durch die Operation zur Gallenblasenentfernung verursacht wurden und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Weitere Komplikationen, die innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Infektionen, die im Zusammenhang mit der Operation zur Gallenblasenentfernung standen und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Blutungen, die eine Behandlung erforderten und innerhalb von 30 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Erneute Eingriffe aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen nach der Operation zur Gallenblasenentfernung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Weitere Komplikationen, die innerhalb eines Jahres nach der Operation zur Gallenblasenentfernung auftraten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
CHE	Cholezystektomie	Entfernung der Gallenblase	58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die innerhalb von 90 Tagen nach Operation zur Gallenblasenentfernung verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572016	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Komplikationen während oder nach der Operation
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	QI	Ratenbasiert	DeQS	Sofort nach der Transplantation nahm die Niere einer verstorbenen Organspenderin bzw. eines verstorbenen Organspenders bei der Organempfängerin bzw. dem Organempfänger ihre Funktion auf und funktionierte bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	QI	Ratenbasiert	DeQS	Sofort nach der Transplantation nahm die Niere einer lebenden Organspenderin bzw. eines lebenden Organspenders bei der Organempfängerin bzw. dem Organempfänger ihre Funktion auf und funktionierte bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die transplantierte Niere funktionierte bei der Organempfängerin bzw. dem Organempfänger 90 Tage nach der Transplantation ausreichend gut (bezogen auf Organspenden von verstorbenen Organspenderinnen und Organspendern)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die transplantierte Niere funktionierte bei der Organempfängerin bzw. dem Organempfänger 90 Tage nach der Transplantation ausreichend gut (bezogen auf Organspenden von lebenden Organspende-rinnen und Organspendern)
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Niere einer lebenden Organspenderin bzw. eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin bzw. dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Niere einer lebenden Organspenderin bzw. eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin bzw. dem Organempfänger zwei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Niere einer lebenden Organspenderin bzw. eines lebenden Organspenders funktionierte bei der Organempfängerin bzw. dem Organempfänger drei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation	TKez	Ratenbasiert	DeQS	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					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation	TKez	Ratenbasiert	DeQS	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)
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin bzw. dem Organempfänger zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus ausreichend gut
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572044	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin bzw. dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572045	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Bauchspeicheldrüse funktioniert bei der Organempfängerin bzw. dem Organempfänger zwei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572046	Qualität der Pankreastransplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Bauchspeicheldrüse funktioniert bei der Organempfängerin bzw. dem Organempfänger drei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	572047	Entfernung des Pankreastransplantats	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse musste bei der Organempfängerin bzw. dem Organempfänger wieder entfernt werden
TX-HTX	Herztransplantationen	Herztransplantation	2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-HTX	Herztransplantationen	Herztransplantation	12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)
TX-HTX	Herztransplantationen	Herztransplantation	12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)
TX-HTX	Herztransplantationen	Herztransplantation	12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	QI	Logistische Regression E	DeQS	Vorhergesagte durchschnittliche Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Patientinnen und Patienten nach dem Einsetzen eines Herzunterstützungssystems oder künstlichen Herzens im Krankenhaus versterben (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt, dauerhaft beeinträchtigt
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Funktion des Nervensystems war nach dem Einsetzen eines künstlichen Herzens, das die Funktion des gesamten Herzens ersetzt, dauerhaft beeinträchtigt
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	QI	Ratenbasiert	DeQS	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke Herzkammer unterstützt
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52390	Sepsis bei Implantation eines TAH	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines künstlichen Herzens, das die Funktion des gesamten Herzens ersetzt

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	QI	Ratenbasiert	DeQS	Fehlerhafte Funktion des eingesetzten Systems, das die linke Herzkammer unterstützt
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Fehlerhafte Funktion des eingesetzten Systems, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Fehlerhafte Funktion des eingesetzten künstlichen Herzens, das das gesamte Herz ersetzt
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende	QI	Ratenbasiert	DeQS	Komplikationen, die während oder nach der Leberspende behandelt werden mussten
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	DeQS	Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	262300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	Anzahl	DeQS	Organspenderinnen und Organspender, für die innerhalb der ersten 3 Jahre nach der Lebendspende nicht bekannt ist, ob sie leben oder verstorben sind
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	QI	Ratenbasiert	DeQS	Nach der Spende war eine Lebertransplantation bei der Spenderin bzw. dem Spender notwendig
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Lebendspende erforderlich	QI	Ratenbasiert	DeQS	Eine Lebertransplantation war innerhalb von einem Jahr nach der Spende bei der Spenderin bzw. dem Spender notwendig
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Lebendspende erforderlich	QI	Ratenbasiert	DeQS	Eine Lebertransplantation war innerhalb von zwei Jahren nach der Spende bei der Spenderin bzw. dem Spender notwendig

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	QI	Ratenbasiert	DeQS	Eine Lebertransplantation war innerhalb von drei Jahren nach der Spende bei der Spenderin bzw. dem Spender notwendig
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	12609	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Leber der Organspenderin bzw. des Organspenders funktionierte ein Jahr nach der Leberspende nur eingeschränkt
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	12613	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Leber der Organspenderin bzw. des Organspenders funktionierte zwei Jahre nach der Leberspende nur eingeschränkt
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspende	12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Leber der Organspenderin bzw. des Organspenders funktionierte drei Jahre nach der Leberspende nur eingeschränkt
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantation	2097	Tod durch operative Komplikationen	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die aufgrund von Komplikationen innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation verstorben sind

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantation	2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantation	12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantation	12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantation	12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantation	2133	Postoperative Verweildauer	QI	Ratenbasiert	DeQS	Lange Dauer des Krankenhausaufenthalts nach der Transplantation
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantation	272400	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Komplikationen während oder nach der Transplantation
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation	2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	DeQS	Organempfängerinnen und Organempfänger, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation	12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation	12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantation	12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende	51567	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	DeQS	Komplikationen während oder nach der Operation
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende	2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	DeQS	Organspenderinnen und Organspender, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende	12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	DeQS	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)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende	12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	DeQS	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von zwei Jahren nach der Nieren-spende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende	12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	DeQS	Organspenderinnen und Organspender, die innerhalb von drei Jahren nach der Nieren-spende verstorben sind (bezogen auf Organspenderinnen und Organspender, von denen bekannt war, ob sie lebten oder verstorben sind)
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende	292300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	Anzahl	DeQS	Organspenderinnen und Organspender, für die innerhalb der ersten 3 Jahre nach der Nieren-spende nicht bekannt ist, ob sie leben oder verstorben sind
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende	2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	QI	Ratenbasiert	DeQS	Eine regelmäßige Blutreinigung (Dialyse) war bei der Spenderin bzw. dem Spender nach der Transplantation notwendig

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende	12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die verbleibende Niere der Organspenderin bzw. des Organspenders funktionierte ein Jahr nach der Spende nur eingeschränkt
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende	12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die verbleibende Niere der Organspenderin bzw. des Organspenders funktionierte zwei Jahre nach der Spende nur eingeschränkt
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende	12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die verbleibende Niere der Organspenderin / des Organspenders funktionierte drei Jahre nach der Spende nur eingeschränkt
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende	51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	DeQS	Innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende hatte die Organspenderin bzw. der Organspender Eiweiß im Urin
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende	51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	DeQS	Innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende hatte die Organspenderin bzw. der Organspender Eiweiß im Urin

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspende	51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	DeQS	Innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende hatte die Organspenderin / der Organspender Eiweiß im Urin
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brustkorb geöffnet wird	382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352008	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offenchirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während des Krankenhausaufenthaltes einen Schlaganfall oder sind in Zusammenhang mit dem Eingriff verstorben. Bei dem Eingriff wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offenchirurgisch	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	11724	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offenchirurgisch	TKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	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					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	162301	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während der Operation einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit der Operation einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathterergestützt	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	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)
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51865	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathterergestützt	TKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	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)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	162304	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine akuten Beschwerden hatten, erlitten während oder nach dem Eingriff mit einem Katheter/ mit einem Schlauch (Katheter) einen Schlaganfall oder sind während des Krankenhausaufenthalts verstorben
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten, und Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden. Nicht berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstarben. Berücksichtigt werden Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 60 % verengte Halsschlagader und keine Beschwerden hatten und deren Halsschlagader auf der entgegengesetzten Körperhälfte um mehr als 75 % verengt war, sowie Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, die eine um mindestens 50 % verengte Halsschlagader und Beschwerden hatten und im Zusammenhang mit dem Eingriff einen Schlaganfall erlitten oder verstorben sind (bezogen auf Eingriffe, die mittels eines Schlauchs (Katheters) vorgenommen wurden)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen im Zusammenhang mit dem Eingriff ein Schlaganfall oder eine Durchblutungsstörung des Gehirns aufgetreten ist und die nicht von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Neurologie untersucht worden sind
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QI	Ratenbasiert	DeQS	Vor der Behandlung wurde eine Probe entnommen und feingeweblich untersucht und die Art des Tumors festgestellt
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	QI	Ratenbasiert	DeQS	Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	QI	Ratenbasiert	DeQS	Vor der Operation wurden die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust mit einem Draht markiert (bei den Neubildungen handelt es sich nicht um sehr kleine Kalkeinlagerungen, sog. Mikrokalk)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	QI	Ratenbasiert	DeQS	Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert.
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	QI	Ratenbasiert	DeQS	Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass der krankhafte Teil entfernt wurde. Dafür wurde der krankhafte Teil in der Brust, der entfernt werden soll, vor der Operation per Ultraschall mit einem Draht markiert.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	2163	Primäre Axilla-dissektion bei DCIS	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig bzw. nahezu vollständig entfernt (bezogen auf Patientinnen und Patienten, die eine Vorstufe zu einer Krebserkrankung hatten)
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QI	Ratenbasiert	DeQS	Entnahme eines oder mehrerer Lymphknoten der Achselhöhle bei einer Vorstufe zu Brustkrebs und einer Operation, bei der die betroffene Brust nicht vollständig entfernt wurde
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Entfernung der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen angebracht
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Zwischen dem Zeitpunkt, an dem der bösartige Tumor festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QI	Ratenbasiert	DeQS	Nach der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QI	Ratenbasiert	DeQS	Vor der Operation zur Entfernung eines bösartigen Tumors fand eine Konferenz statt, auf der alle wichtigen Befunde besprochen und die weitere Therapie für die Patientin oder den Patienten abgestimmt wurde. An dieser Konferenz nahmen Expertinnen und Experten der medizinischen Fachbereiche teil, die für die Diagnostik und Behandlung von Brustkrebs verantwortlich sind.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen, bei denen während einer Operation mittels Bauchspiegelung an den weiblichen Geschlechtsorganen mindestens eines der umliegenden Organe verletzt wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	QI	Ratenbasiert	DeQS	Nach der Operation an einer der beiden Eierstöcke wurde keine Untersuchung des entfernten Gewebes vorgenommen
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	QI	Ratenbasiert	DeQS	Es wurde einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes Ergebnis
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	172000_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	Ratenbasiert	DeQS	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

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	172001_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	Ratenbasiert	DeQS	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
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	Ratenbasiert	DeQS	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
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	60686	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	Ratenbasiert	DeQS	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

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	QI	Ratenbasiert	DeQS	Bei Patientinnen, die 45 Jahre und jünger waren, wurden die Eierstöcke bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch kein krankhaftes oder ein gutartiges Ergebnis
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) 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 (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 1); berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2	TKez	Quote	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es an der Oberhaut und/oder an der darunterliegenden Lederhaut zu einer Abschürfung, einer Blase, oder zu einem nicht näher bezeichneten Hautverlust. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 2)
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3	TKez	Quote	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstanden ist: Bei dem Druckgeschwür kam es zu einem Verlust aller Hautschichten, wobei das unter der Haut liegende Gewebe geschädigt wurde oder abgestorben ist. Die Schädigung kann bis zur darunterliegenden Muskelhaut (Faszie) reichen. (Dekubitalulcus Grad/Kategorie 3)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet	TKez	Quote	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Stadium des Druckgeschwürs wurde nicht angegeben.
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus) durch pflegerische Maßnahmen	52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	QI	Quote	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Stelle ein Druckgeschwür (Dekubitalulcus) entstand: Das Druckgeschwür reichte bis auf die Muskeln, Knochen oder Gelenke und hatte ein Absterben von Muskeln, Knochen oder stützenden Strukturen (z. B. Sehnen und Gelenkkapseln) zur Folge (Dekubitalulcus Grad/ Kategorie 4)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	QI	Ratenbasiert	DeQS	Die Wahl des Herzschrittmachersystems war nach den wissenschaftlichen Standards angemessen. Das betrifft Herzschrittmachersysteme, die nur in individuellen Einzelfällen eingesetzt werden sollten
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101800	Dosis-Flächen-Produkt	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	Ratenbasiert	DeQS	Durch verschiedene Messungen während der Operation wurde gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers angemessen funktionierten
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers wurden nicht berücksichtigt

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	Multiplikatives Hazardratenmodell O / E (Kohortensichtweise)	DeQS	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen, die im Zusammenhang mit der Operation auftraten und innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	Multiplikatives Hazardratenmodell O / E (Kohortensichtweise)	DeQS	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an aufgetretenen Infektionen oder infektionsbedingten Komplikationen, die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	102001	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Herzschrittmachers (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) in der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde
HSMDEF-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	111801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	121800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers werden nicht berücksichtigt
HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QI	Ratenbasiert	DeQS	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers
HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131801	Dosis-Flächen-Produkt	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei deren Operation eine erhöhte Röntgenstrahlung gemessen wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	Ratenbasiert	DeQS	Verschiedene Messungen während der Operation haben gezeigt, dass die Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) angemessen funktionierten
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Ungewollte Lageveränderungen oder Funktionsstörungen der Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	51186	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	Multiplikatives Hazardratenmodell O / E (Kohortensichtweise)	DeQS	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Sonden- oder Taschenprobleme), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	Multiplikatives Hazardratenmodell O / E (Kohortensichtweise)	DeQS	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl an Problemen im Zusammenhang mit der Operation (Infektionen oder Aggregatperforationen), die innerhalb eines Jahres zu einer erneuten Operation führten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten mit Implantation eines speziellen Schockgebers/Defibrillators (CRT), bei denen das Kabel (Sonde) der linken Herzkammer funktionsfähig positioniert wurde

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	141800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	DeQS	Patientinnen und Patienten mit Komplikationen (z. B. Infektion der Operationswunde). Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators) wurden nicht berücksichtigt
HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	QI	Ratenbasiert	DeQS	Ungewollte Lageveränderung oder Funktionsstörung der angepassten oder neu eingesetzten Kabel (Sonden) des Schockgebers (Defibrillators)
HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	TKez	Ratenbasiert	DeQS	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
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	QI	Ratenbasiert	DeQS	Zur Vorbeugung von Infektionen wurden der Mutter kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika gegeben
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	52249	Kaiserschnittgeburt	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Geburten, die per Kaiserschnitt durchgeführt wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182000_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 1	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen von erstgebärenden Müttern unter spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182300_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 2a	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182301_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 2b	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von erstgebärenden Müttern ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182002_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 3	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, mit spontanen Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182302_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 4a	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt nach Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182303_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 4b	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Reifgeborene Einlinge, die per Kaiserschnitt ohne Einleitung der Geburt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten noch kein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, ohne spontane Wehen in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182004_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 5	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern, bei denen bei vorherigen Geburten mindestens ein Kaiserschnitt durchgeführt wurde, in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182005_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 6	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die per Kaiserschnitt von erstgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182006_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 7	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die per Kaiserschnitt von mehrgebärenden Müttern in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182007_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 8	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Mehrlinge, die per Kaiserschnitt geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182008_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 9	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die per Kaiserschnitt in Querlage (quer im Mutterleib) geboren wurden

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182009_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 10	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einlinge, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen per Kaiserschnitt in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib) geboren wurden
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	QI	Ratenbasiert	DeQS	Der Zeitraum zwischen der Entscheidung einen Notfallkaiserschnitt durchzuführen und der Geburt des Kindes war länger als 20 Minuten
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (individuelle Risiken von Mutter und Kind wurden nicht berücksichtigt)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51397	Azidose bei reifen Einlingen	TKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Übersäuerung des Nabelschnurblutes bei Einlingen, die zwischen 24+0 und 36+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden (berücksichtigt wurden individuelle Risiken von Mutter und Kind)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	QI	Ratenbasiert	DeQS	Eine Kinderärztin bzw. ein Kinderarzt war bei der Geburt von Frühgeborenen anwesend
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind oder sich in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51808_51803	Verstorbene Kinder	KKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Neugeborene, die nach der Geburt verstorben sind (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51813_51803	Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	KKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Neugeborene, die sich gemessen an Atembewegungen, Puls, Grundtonus (Körperspannung), Aussehen (Hautfarbe) und Reflexerregbarkeit in einem kritischen Gesundheitszustand befanden (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51818_51803	Kinder mit Base Excess unter -16	KKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Neugeborene mit einer Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51823_51803	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	KKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Neugeborene mit einer Übersäuerung des Nabelschnurblutes (bezogen auf Neugeborene, die zwischen 37+0 und 41+6 Schwangerschaftswochen geboren wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	TKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	181801_181800	Dammrisse Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten	KKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der spontanen Geburt von Einlingen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	181802_181800	Dammrisse Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten	KKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schwere Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (schwerer Dammriss) der Mutter bei der Geburt von Einlingen, bei der eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet wurde (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182010	Kinder, die in einem Perinatalzentrum Level 2 geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QI	Ratenbasiert	DeQS	Kinder, die in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 2) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer höher spezialisierten Einrichtung (Perinatalzentrum Level 1) hätten geboren werden müssen

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GE BH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QI	Ratenbasiert	DeQS	Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) hätten geboren werden müssen
PM-GE BH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QI	Ratenbasiert	DeQS	Kinder, die in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung ohne angeschlossene Kinderklinik (Geburtsklinik) geboren wurden, aber aufgrund ihres Risikos entweder in einer spezialisierten Einrichtung für die Versorgung von Schwangeren sowie Früh- und Neugeborenen (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder in einer Einrichtung mit geburtshilflicher Abteilung mit angeschlossener Kinderklinik (perinataler Schwerpunkt) hätten geboren werden müssen

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Lebendgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	TKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51076	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Schwerwiegende Hirnblutung (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50050	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	TKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222200	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) und Operation eines posthämorrhagischen Hydrozephalus	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Schwerwiegende Hirnblutung mit Operation aufgrund einer Ansammlung von überschüssiger Flüssigkeit im Gehirn (sogenannter Wasserkopf)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Schwerwiegende Schädigung und Entzündung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	TKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schwerwiegende Schädigung und Entzündung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222400	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Schwerwiegende Schädigung des Darms (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222401	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	TKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schwerwiegende Schädigung des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222201	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) mit OP oder sonstiger invasiver Therapie einer NEK oder einer FIP/SIP	TKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schwerwiegende Schädigungen des Darms, die eine Operation oder Therapie erfordern (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	TKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	DeQS	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (individuelle Risiken der Kinder wurden nicht berücksichtigt)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	TKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Frühgeborene, die verstorben sind oder eine schwerwiegende Hirnblutung, schwerwiegende Schädigungen des Darms, der Lunge oder der Netzhaut des Auges hatten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51136_51901	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	KKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Sehr kleine Frühgeborene, die im Krankenhaus verstorben sind (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51141_51901	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	KKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schwerwiegende Hirnblutung (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51146_51901	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) oder fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	KKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schwerwiegende Schädigungen des Darms (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51156_51901	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	KKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schwerwiegende Schädigung der Lunge (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51161_51901	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	KKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Schwerwiegende Schädigung der Netzhaut des Auges (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50060	Nosokomiale Infektion	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Im Krankenhaus erworbene Infektionen (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Beatmete Kinder mit einer Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222000_50062	Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Keine Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222001_50062	Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Einmalige Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222002_50062	Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage	EKez	Ratenbasiert	DeQS	Mehrfache Behandlung der Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50063	Durchführung eines Hörtests	QI	Ratenbasiert	DeQS	Ein Hörtest wurde durchgeführt

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Sehr kleine Frühgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 Gramm oder einer Schwangerschaftsdauer unter 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Lebendgeborene, bei denen bei der Aufnahme in das Krankenhaus eine Körpertemperatur unter 36,0 °C festgestellt wurde (bezogen auf Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von mindestens 1.500 Gramm und einer Schwangerschaftsdauer von mindestens 32+0 Wochen; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Kinder)
HGV-OSFRAK	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	QI	Ratenbasiert	DeQS	Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-OSFRAK	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	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-OSFRAK	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	Logistische Regression (O/E)	DeQS	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) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-OSFRAK	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	54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Komplikationen (z. B. Schlaganfall, 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)
HGV-OSFRAK	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	54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	TKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54003	Präoperative Verweildauer	QI	Ratenbasiert	DeQS	Lange Wartezeit im Krankenhaus vor der Operation

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, bei denen Komplikationen auftraten (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde und die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfanden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Komplikationen (z. B. Blutgerinnsel, Lungenentzündungen und akute Herz-Kreislauf-Probleme), die nur indirekt mit der geplanten Operation zusammenhingen (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	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; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Komplikationen (z. B. Wundinfektionen, Blutungen oder ein Bruch der Knochen) im direkten Zusammenhang mit der Operation (bezogen auf Operationen, bei denen das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	191800_54120	Implantatassoziierte Komplikationen	KKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Komplikationen im Zusammenhang mit dem Implantat (z. B. eine Fehllage des Implantats, ein Bruch der Knochen rund um das eingesetzte Implantat oder eine Verrenkung/Auskuglung des künstlichen Hüftgelenks; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	191801_54120	Weichteilkomplikationen	KKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Komplikationen am Gewebe (z. B. eine Wundinfektion nach der Operation, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Schädigung oder Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Implantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Operationen, bei denen erstmals ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile davon ausgetauscht wurden) (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	TKez	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts verstorben sind (bezogen auf Patientinnen und Patienten, bei denen infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt wurde; berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	FUQI	Multiplikatives Hazardratenmodell O / E (Kohortensichtweise)	DeQS	Verhältnis der tatsächlichen Anzahl zur vorher erwarteten Anzahl der Patientinnen und Patienten, bei denen ein Austausch des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile notwendig 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)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl					
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Bezug zum Verfahren	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KEP	Knieendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54028	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	Logistische Regression (O/E)	DeQS	Patientinnen und Patienten, die bei der Entlassung aus dem Krankenhaus selbstständig keine 50 Meter gehen konnten (berücksichtigt wurden individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten)

(Anzahl: n = **266**)

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt

Tabelle B:

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

[leer]

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Tabelle C:

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolier- ten Koronarangiographie	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56001	Indikation zur isolierten Koronarangiographie – Anteil ohne pathologischen Befund	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56005	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten Koronarangiographien	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56006	Dosis-Flächen-Produkt bei isolierten PCI	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56007	Dosis-Flächen-Produkt bei einzeitig-PCI	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56009	Kontrastmittelmenge bei isolierten Koronarangiographien	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56010	Kontrastmittelmenge bei isolierter PCI	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56011	Kontrastmittelmenge bei Einzeitig-PCI	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56016	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	QI	DeQS
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zur Erweiterung der verengten Herzkranzgefäße (Koronararterien) und Herzkatheteruntersuchung	56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	QI	DeQS
WI-HI-A	Hygiene- und Infektions- management – amb. Ope- rieren - Verfahren in Erpro- bung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen erworben werden	1000	Hygiene- und Infektionsmanagement – ambulante Versorgung	QI	DeQS

Anhang 3 für das Berichtsjahr 2024

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
WI-HI-S	Hygiene- und Infektions- management – stat. Ope- rieren - Verfahren in Erpro- bung	Vermeidung von Wundinfektionen, die im Zusammenhang mit stationären Ope- rationen im Krankenhaus erworben wer- den	2000	Hygiene- und Infektionsmanagement – stationäre Versorgung	QI	DeQS
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - amb. Operieren – Verfah- ren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus, in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (ohne Übernachtung) stehen	1500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QI	DeQS
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - amb. Operieren – Verfah- ren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus, in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (ohne Übernachtung) stehen	1502	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implan- tat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	DeQS
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - amb. Operieren – Verfah- ren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus, in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (ohne Übernachtung) stehen	332400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramne- gativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unemp- findlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Nicht-Implantat-Ope- rationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	DeQS
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - amb. Operieren – Verfah- ren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus, in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (ohne Übernachtung) stehen	1501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach ambulanten Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QI	DeQS
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - amb. Operieren – Verfah- ren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus, in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (ohne Übernachtung) stehen	1503	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach ambulanten Operationen (Implantat- Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	DeQS
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - amb. Operieren – Verfah- ren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus, in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (ohne Übernachtung) stehen	332401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramne- gativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unemp- findlich sind (4MRGN) nach ambulanten Operationen (Implantat-Operatio- nen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	DeQS

Anhang 3 für das Berichtsjahr 2024

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - amb. Operieren – Verfah- ren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus, in einer Praxis oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (ohne Übernachtung) stehen	332000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfekti- onen (ambulante Operationen)	TKez	DeQS
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - stat. Operieren - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) stehen	2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))	QI	DeQS
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - stat. Operieren - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) stehen	2504	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implan- tat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	DeQS
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - stat. Operieren - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) stehen	342400	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramne- gativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unemp- findlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Ope- rationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez	DeQS
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - stat. Operieren - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) stehen	2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QI	DeQS
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - stat. Operieren - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) stehen	2505	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat- Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	DeQS
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - stat. Operieren - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) stehen	342401	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit multiresistenten gramne- gativen Bakterien, die gegen 4 bestimmte Gruppen von Antibiotika unemp- findlich sind (4MRGN) nach stationären Operationen (Implantat-Operatio- nen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez	DeQS
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - stat. Operieren - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) stehen	2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operati- onen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QI	DeQS

Anhang 3 für das Berichtsjahr 2024

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - stat. Operieren - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) stehen	2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operati- onen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QI	DeQS
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen - stat. Operieren - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) stehen	342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfekti- onen (stationäre Operationen)	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	QI	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Pati- enten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehand- lung bzw. Hämo(dia)filtration	QI	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehand- lung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572004	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration	QI	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572005	Dialysefrequenz pro Woche	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572006	Dialysedauer pro Woche	QI	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572007	Ernährungsstatus	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572008	Anämiemanagement	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572009	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassozierten Komplikationen	QI	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572056	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassozierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Pati- entinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572011	1-Jahres-Überleben	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572012	2-Jahres-Überleben	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572013	3-Jahres-Überleben	TKez	DeQS
NET-DIAL	Dialyse	Dialyse (Blutreinigungsverfahren bei ein- geschränkter Nierenfunktion oder Nie- renversagen)	572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez	DeQS
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentrans- plantation	QI	DeQS
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	TKez	DeQS
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	TKez	DeQS
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren-Transplantation	Pankreas- und Pankreas-Nierentrans- plantation	312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas- /Pankreas-Nieren-Transplantation	QI	DeQS

Anhang 3 für das Berichtsjahr 2024

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
TX-HTX	Herztransplantationen	Herztransplantation	252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztrans- plantation	QI	DeQS
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantation	272300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertrans- plantation	QI	DeQS
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen- Transplantationen	Lungen- und Herz-Lungen-Transplanta- tion	282300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen- /Herz-Lungen-Transplantation	QI	DeQS
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brust- korb geöffnet wird	382000	Intraprozedurale Komplikationen	QI	DeQS
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brust- korb geöffnet wird	382003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brust- korb geöffnet wird	382004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brust- korb geöffnet wird	382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	DeQS
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der der Brust- korb geöffnet wird	382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwi- schen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze einge- führt wird	372000	Intraprozedurale Komplikationen	QI	DeQS
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwi- schen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze einge- führt wird	372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwi- schen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze einge- führt wird	372003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwi- schen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze einge- führt wird	372004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwi- schen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze einge- führt wird	372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Eingriff an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt wird	372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	DeQS
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aor- tenklappe, Mitralklappe, Trikuspi- dalklappe oder Pulmonalklappe) ope- riert wird	362007	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aor- tenklappe, Mitralklappe, Trikuspi- dalklappe oder Pulmonalklappe) ope- riert wird	362008	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aor- tenklappe, Mitralklappe, Trikuspi- dalklappe oder Pulmonalklappe) ope- riert wird	362010	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aor- tenklappe, Mitralklappe, Trikuspi- dalklappe oder Pulmonalklappe) ope- riert wird	362400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aor- tenklappe, Mitralklappe, Trikuspi- dalklappe oder Pulmonalklappe) ope- riert wird	362401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Herzkranzgefäßen (Koronararterien), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	DeQS
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation, die ausschließlich die Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) betrifft und bei der der Brustkorb eröffnet wird	402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwi- schen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Ka- theter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vor- geschoben wird	392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Ta- gen	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwi- schen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Ka- theter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vor- geschoben wird	392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwi- schen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Ka- theter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vor- geschoben wird	392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwi- schen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Ka- theter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vor- geschoben wird	392008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwi- schen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Ka- theter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vor- geschoben wird	392009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwi- schen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Ka- theter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vor- geschoben wird	392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez	DeQS
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Eingriff an der Mitralklappe (Ventil zwi- schen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei dem ein Schlauch (Ka- theter) über einen kleinen Hautschnitt z. B. in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vor- geschoben wird	392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI	DeQS
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Ein- griff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	QI	DeQS
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Ein- griff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	QI	DeQS
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Ein- griff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	162300	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch	TKez	DeQS
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Ein- griff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	162302	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt	TKez	DeQS
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Ein- griff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	162303	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt	TKez	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen operativen Eingriff an der verengten Halsschlagader (Karotis)	162402	Periprozedurales Neuromonitoring	TKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QI	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	TKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	TKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232000_20 05	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232001_20 06	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232002_20 07	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	QI	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232003_20 09	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)	EKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QI	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232004_20 13	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QI	DeQS

Anhang 3 für das Berichtsjahr 2024

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232005_20 28	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	TKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232006_20 36	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle)	EKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232007_50 778	Sterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232010_50 778	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)	EKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	TKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232008_23 1900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjus- tiert)	EKez	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QI	DeQS
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Lungenentzündung, die außerhalb des Krankenhauses erworben wurde	232009_50 722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez	DeQS
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI	DeQS
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	212300_52 267	HER2-Positivitätsrate	EKez	DeQS
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	212301_52 278	HER2-Positivitätsrate	EKez	DeQS
MC	Mammachirurgie	Operation an der Brust	60659	Nachresektionsrate	QI	DeQS
HSMDEF-HSM- IMPL	Herzschrittmacher-Implan- tation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschritt- machers	101803	Leitlinienkonforme Indikation	QI	DeQS
HSMDEF-HSM- IMPL	Herzschrittmacher-Implan- tation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschritt- machers	54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	DeQS
HSMDEF-HSM- IMPL	Herzschrittmacher-Implan- tation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschritt- machers	52139	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QI	DeQS
HSMDEF-HSM- IMPL	Herzschrittmacher-Implan- tation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschritt- machers	101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	DeQS
HSMDEF-HSM- IMPL	Herzschrittmacher-Implan- tation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschritt- machers	2190	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen	FUQI	DeQS
HSMDEF-HSM- IMPL	Herzschrittmacher-Implan- tation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschritt- machers	2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hard- wareproblems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 8 Jahren	FUQI	DeQS
HSMDEF-HSM- AGGW	Herzschrittmacher-Aggre- gatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	52307	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Sig- nalamplituden	QI	DeQS
HSMDEF-DEFI- IMPL	Implantierbare Defibrilla- toren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockge- bers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50055	Leitlinienkonforme Indikation	QI	DeQS
HSMDEF-DEFI- IMPL	Implantierbare Defibrilla- toren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockge- bers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI	DeQS
HSMDEF-DEFI- IMPL	Implantierbare Defibrilla- toren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockge- bers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52131	Eingriffsdauer bei Implantationen und Aggregatwechseln	QI	DeQS

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
HSMDEF-DEFI- IMPL	Implantierbare Defibrilla- toren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockge- bers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez	DeQS
HSMDEF-DEFI- IMPL	Implantierbare Defibrilla- toren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockge- bers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	132000	Defibrillator-Implantationen ohne Folgeeingriff aufgrund eines Hardware- problems (Aggregat bzw. Sonde) innerhalb von 6 Jahren	FUQI	DeQS
HSMDEF-DEFI- AGGW	Implantierbare Defibrilla- toren - Aggregatwechsel	Austausch des Gehäuses (Aggregat) des Schockgebers (Defibrillator), der zur Be- handlung von Herzrhythmusstörungen eingesetzt wird	52321	Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Sig- nalamplituden	QI	DeQS
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	QI	DeQS
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugebore- nen	51077	Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	TKez	DeQS
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugebore- nen	50051	Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL)	TKez	DeQS
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugebore- nen	52262	Zunahme des Kopfumfangs	QI	DeQS
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femur- fraktur mit osteosyntheti- scher Versorgung	Operation infolge eines Bruchs im obern Teil des Oberschenkelknochens, bei der die gebrochenen Knochenteile durch eine metallene Verbindung fixiert werden	54050	Sturzprophylaxe	QI	DeQS
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	DeQS
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	DeQS
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	54004	Sturzprophylaxe	QI	DeQS

Anhang 3 für das Berichtsjahr 2024

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl			
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wer- tes	Bezug zum Verfahren
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Hüftgelenks	192300	Treppensteigen bei Entlassung	QI	DeQS
KEP	Knieendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen-Erstimplantation	QI	DeQS
KEP	Knieendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54021	Indikation zur unikondylären Schlittenprothese	QI	DeQS
KEP	Knieendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	DeQS
KEP	Knieendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplanta- tion	QI	DeQS
KEP	Knieendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Kompo- nentenwechsel	QI	DeQS
KEP	Knieendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplanta- tion	QI	DeQS
KEP	Knieendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Kompo- nentenwechsel	QI	DeQS
KEP	Knieendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54026	Beweglichkeit bei Entlassung	TKez	DeQS
KEP	Knieendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	202300	Treppensteigen bei Entlassung	QI	DeQS
KEP	Knieendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54127	Sterblichkeit bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation und Knieen- doprothesen-Wechsel bzw. –Komponentenwechsel	QI	DeQS
KEP	Knieendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austausch eines künstlichen Kniegelenks	54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponenten- wechsel innerhalb von 90 Tagen	FUQI	DeQS

(Anzahl: n = 173)

Tabelle D:
Übersicht über die Leistungsbereiche im Richtlinienkontext

DeQS-Richtlinie		Datenerfassung				Auswertung	
			Basis C-1.1 im Qualitätsbericht			Basis C-1.2 im Qualitätsbericht	
Verfahrensnummer	QS-Verfahren/ Leistungsbereich	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Sollstatistik (Kürzel)	Sollstatistik (Bezeichnung)	Teilmenge Zählleistungsbereich (ZLB) ¹	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)
1	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (QS PCI)	PCI	PCI_LKG	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie (LKG)	-	PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie
		PPCI	-	-	-		
3	Cholezystektomie (QS CHE)	CHE	CHE	Cholezystektomie	-	CHE	Cholezystektomie
4	Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen (QS-NET)	PNTX	PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation	-	NET-NTX	Nierentransplantation
		PNTXFU_DeQS	-	-	-	NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation
						NET-NTX	Nierentransplantation
						NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation
5	Transplantationsmedizin (QS TX)	HTXM	HTXM ²	Herztransplantation, Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen	HTXM_MKU (Herzunterstützungssysteme/ Kunstherzen)	TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen

¹ Die Summe der Zählleistungsbereiche ist jeweils mindestens so groß wie die Fallzahl des dazugehörigen Moduls

² im Ergebnisteil können alle Auswertungsmodule enthalten sein, die zum Erfassungsmodul gehören

DeQS-Richtlinie		Datenerfassung				Auswertung	
Verfahrensnummer	QS-Verfahren/ Leistungsbereich	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Basis C-1.1 im Qualitätsbericht			Basis C-1.2 im Qualitätsbericht	
			Sollstatistik (Kürzel)	Sollstatistik (Bezeichnung)	Teilmenge Zählleistungsbereich (ZLB) ¹	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)
					HTXM_TX (Herztransplantation)	HTX-HTX	Herztransplantation
		HTXFU	-	-	-		
		LTX	LTX	Lebertransplantation	-	TX-LTX	Lebertransplantation
		LTXFU	-	-	-		
		LLS	LLS	Leberlebendspende	-	TX-LLS	Leberlebendspenden
		LLSFU	-	-	-		
		LUTX	LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-transplantation	-	TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen
		LUTXFU	-	-	-		
		NLS	NLS	Nierenlebendspende	-	TX-NLS	Nierenlebendspenden
		NLSFU	-	-	-		
6	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklappen (QS KCHK)	HCH	HCH	Herzchirurgie	HCH_KC (Koronarchirurgische Operation)	KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie
					HCH_AK_CHIR (Offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe)	KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe

DeQS-Richtlinie		Datenerfassung				Auswertung	
Verfahrensnummer	QS-Verfahren/ Leistungsbereich	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Basis C-1.1 im Qualitätsbericht			Basis C-1.2 im Qualitätsbericht	
			Sollstatistik (Kürzel)	Sollstatistik (Bezeichnung)	Teilmenge Zählleistungsbereich (ZLB) ¹	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)
						KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe
					HCH_MK_CHIR (Offen-chirurgische Mitralklappeneingriffe)	KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe
					HCH_MK_KATH (Kathetergestützte Mitralklappeneingriffe)	KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Herzklappeneingriffe
7	Karotis-Revaskularisation (QS KAROTIS)	10/2	10/2	Karotis-Revaskularisation	-	KAROTIS	Karotis-Revaskularisation
9	Mammachirurgie (QS MC)	18/1	18/1	Mammachirurgie	-	MC	Mammachirurgie
10	Gynäkologische Operationen (QS GYN-OP)	15/1	15/1	Gynäkologische Operationen	-	GYN-OP	Gynäkologische Operationen
11	Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	DEK	DEK	Dekubitusprophylaxe	-	DEK	Dekubitusprophylaxe

DeQS-Richtlinie		Datenerfassung				Auswertung	
Verfahrensnummer	QS-Verfahren/ Leistungsbereich	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Basis C-1.1 im Qualitätsbericht			Basis C-1.2 im Qualitätsbericht	
			Sollstatistik (Kürzel)	Sollstatistik (Bezeichnung)	Teilmenge Zählleistungsbereich (ZLB) ¹	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)
12	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	09/1	09/1	Herzschrittmacher-Implantation	-	HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation
		09/2	09/2	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	-	HSMDEF-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel
		09/3	09/3	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	-	HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation
		09/4	09/4	Implantierbare Defibrillatoren-Implantation	-	HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation
		09/5	09/5	Implantierbare Defibrillatoren –Aggregatwechsel	-	HSMDEF-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren –Aggregatwechsel
		09/6	09/6	Implantierbare Defibrillatoren –Revision/Systemwechsel/Explantation	-	HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren –Revision/Systemwechsel/Explantation
13	Perinatalmedizin (QS PM)	16/1	16/1	Geburtshilfe	-	PM-GEBH	Geburtshilfe
		NEO	NEO	Neonatologie	-	PM-NEO	Neonatologie

DeQS-Richtlinie		Datenerfassung				Auswertung	
Verfahrensnummer	QS-Verfahren/ Leistungsbereich	Erfassung (Spezifikationsmodul)	Basis C-1.1 im Qualitätsbericht			Basis C-1.2 im Qualitätsbericht	
			Sollstatistik (Kürzel)	Sollstatistik (Bezeichnung)	Teilmenge Zählleistungsbereich (ZLB) ¹	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)
14	Hüftgelenkversorgung (QS HGV)	HEP	HEP	Hüftendoprothesenversorgung	HEP_WE (Hüftendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel) HEP_IMP (Hüftendoprothetik: Hüftendoprothesenimplantation)	HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung
		17/1	17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	-	HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung
15	Knieendoprothesenversorgung (QS KEP)	KEP	KEP	Knieendoprothesenversorgung	KEP_WE (Knieendoprothetik: Wechsel und Komponentenwechsel)	KEP	Knieendoprothesenversorgung
					KEP_IMP (Knieendoprothetik: Knieendoprothesenimplantation)		

Inkrafttreten er

Anhang 4 für das Berichtsjahr 2024: Plausibilisierungsregeln

Abschnitt 1: Allgemeines.....	6
1. Hintergrund	6
2. Grundsätzliches zur Umsetzung.....	6
3. Darstellung der Regeln	7
4. Weitere verwendete Begriffe und ihre Definition	8
Abschnitt 2: Plausibilisierungsregeln	9
Prüfklasse: Hart	9
Regel 5: Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger	9
Regel 6: Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger.....	11
Regel 7: Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger	13
Regel 8: Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	14
Regel 9: Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	15
Regel 10: Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger	16
Regel 11: Anzahl der operationstechnischen Assistenz	17
Regel 12: Anzahl der medizinischen Fachangestellten	19
Regel 21: Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärztinnen und Belegärzte (A-Teil)	20
Regel 22: Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Belegärzte (A-Teil)	22
Regel 23: Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	24
Regel 24: Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil).....	26

Regel 25: Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger (A-Teil).....	28
Regel 26: Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil).....	30
Regel 27: Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger (A-Teil)	32
Regel 28: Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	34
Regel 29: Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger (A-Teil).....	36
Regel 30: Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	38
Regel 31: Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (A-Teil)	40
Regel 32: Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil).....	42
Regel 33: Anzahl der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (A-Teil)	44
Regel 34: Anzahl der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	46
Regel 35: Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (A-Teil).....	48
Regel 36: Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	50
Regel 37: Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger (A-Teil).....	52
Regel 38: Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil).....	54
Regel 39: Anzahl der operationstechnischen Assistenz (A-Teil)	56
Regel 40: Anzahl der operationstechnischen Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil).....	58
Regel 41: Anzahl der medizinischen Fachangestellten (A-Teil).....	60
Regel 42: Anzahl der medizinischen Fachangestellten ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	62
Regel 43: Anzahl der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.) (A-Teil)	64
Regel 44: Anzahl der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (A-Teil)	66
Regel 45: Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (A-Teil)	68
Regel 46: Anzahl der Kinder-/ Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/ Jugendlichenpsychotherapeuten (A-Teil)	70
Regel 47: Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (A-Teil)	72
Regel 48: Anzahl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (A-Teil).....	74

Regel 49: Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik (A-Teil)	76
Regel 50: Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik (A-Teil)	78
Regel 51: Anzahl des speziellen therapeutischen Personals (A-Teil)	80
Regel 58: Angabe einer Begründung bei Nichterreichen der Mindestmenge	82
Regel 59: Mindestmengen: Prüfung der Angaben zu den Leistungsmengen	85
Regel 60: Berechtigung zur Leistungserbringung.....	87
Regel 63: Nein-Angaben bei der Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr	89
Regel 64: Prüfung der Angabe zur Teilnahme an der Notfallstufe bzw. der Spezialversorgung	92
Regel 65: Prüfung der Angabe von mindestens einer Notfallstufe	94
Regel 66: Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.....	96
Regel 67: Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (A-Teil)	97
Regel 68: Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	99
Regel 69: Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc.	101
Regel 70: Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. (A-Teil).....	102
Regel 71: Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	104
Regel 72: Vorhandensein der spezifischen Angaben für Qualitätsindikatoren	106
Regel 73: Nicht-Vorhandensein der spezifischen Angaben für Qualitätsindikatoren.....	107
Regel 74: Abgleich des rechnerischen Ergebnisses mit der Grundgesamtheit und den beobachteten Werten außer E/N-Indikatoren.....	108
Regel 75: Angabe des rechnerischen Ergebnisses bei O/E-Indikatoren.....	110
Regel 76: Angabe des rechnerischen Ergebnisses außer O/E-Indikatoren	112
Regel 78: Mindestmengen: Nicht-Vorhandensein des Leistungsbereichs bei Null-Angaben zu im Berichtsjahr erreichten Leistungsmengen zur Prognosedarlegung	114
Regel 79: Abgleich der vollstationären Fallzahl im A-Teil mit Kontrollsumme aus B-Teilen.....	116
Regel 80: Abgleich der teilstationären Fallzahl im A-Teil mit Kontrollsumme aus B-Teilen	117
Regel 84: Nicht-Angabe des rechnerischen Ergebnisses bei nicht abgeschlossener qualitativer Bewertung.....	118

Regel 85: Abgleich der standortidentifizierenden Daten im Dateinamen und im Qualitätsbericht	120
Regel 86: Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur erstmaligen oder erneuten Erbringung einer Leistung	121
Regel 87: Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur Erteilung einer Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch die Landesbehörden	123
Regel 88: Anzahl der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten	125
Regel 89: Anzahl der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten (A-Teil)	127
Regel 90: Anzahl der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	129
Prüfklasse: Weich	131
Regel 2: Zulässige OPS-Codes	131
Regel 3: Zulässige ICD-10-GM-Codes	133
Regel 13: Anzahl der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.)	134
Regel 14: Anzahl der Klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen	136
Regel 15: Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	138
Regel 16: Anzahl der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten	140
Regel 17: Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit	142
Regel 18: Anzahl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	144
Regel 19: Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	146
Regel 20: Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	148
Regel 52: Prüfung der UTF-8 Zeichenkodierung	150
Regel 55: Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Allgemeinstationen	151
Regel 56: Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Intensivstationen	152
Regel 57: Abgleich OPS und Angaben zur Mindestmengenregelung	154
Regel 61: Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	156
Regel 62: Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur bestätigten Prognose	158

Regel 77: Mindestmengen: Vorhandensein des Leistungsbereichs bei Angaben zu im Berichtsjahr erreichten Leistungsmengen zur Prognosedarlegung	160
Regel 82: Abgleich der Dokumentationsraten mit den QS-Ergebnissen.....	162
Regel 83: Abgleich der QS-Ergebnisse mit den Dokumentationsraten.....	163
Prüfklasse: Pilot.....	164
Regel 81: Abgleich der Summen der voll- und teilstationären Fallzahlen in B-Teilen mit Kontrollsummen (obere und untere Grenze) zu den Hauptdiagnosen aus B-Teil	164

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Abschnitt 1: Allgemeines

1. Hintergrund

Die Plausibilisierung der Daten gemäß § 9 Qb-R 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 der Qb-R entsprechen.

Die Schemaprüfung gemäß § 9 Absatz 1 Qb-R ist der Plausibilisierung vorangestellt und prüft im Wesentlichen Format- und Wertebereiche innerhalb der XML-Struktur. Damit bleiben mögliche inhaltliche Inkonsistenzen oder Auffälligkeiten unentdeckt. Ziel der Plausibilisierung gemäß § 9 Absatz 2 Qb-R ist es, dass möglichst viele dieser Unstimmigkeiten noch vor dem Upload der Berichtsteile bei der Annahmestelle Qb durch ihre jeweilige übermittelnde Stelle geprüft und beseitigt werden können.

Hierzu wird vom G-BA ein internetbasierter Plausibilisierungsdienst bereitgestellt. Dieser Dienst ist technisch in den Annahmeprozess der Annahmestelle Qb integriert. Um die Plausibilisierung bereits während der Datenerfassung zu ermöglichen, ist der Plausibilisierungsdienst für die übermittelnden Stellen im Zeitraum gemäß § 9 Absatz 2 Satz 2 Qb-R zugänglich.

2. 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 Plausibilisierungsregeln. Dies erfolgt in dem vorliegenden Anhang 4 der Qb-R gemäß den Vorgaben in § 9 Qb-R.

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.

3. Darstellung der Regeln

Die tabellarische Darstellung der Regeln in Abschnitt 2 dieses Anhangs 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 nachvollziehbarer Kurzname, der eine erste Vorstellung von der Art der Prüfung vermittelt.

Berichtsteil

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

Prüfklasse und Folgen des Nichthandelns

Es werden gemäß § 9 Absatz 3 Qb-R drei Prüfklassen unterschieden:

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

„**hart**“: Die übermittelnde Stelle erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Die Annahme des Berichtsteils durch die Annahmestelle Qb 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 übermittelnde Stelle erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Sie entscheidet selbst, ob eine Korrektur der Daten notwendig ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle Qb 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.

Regelkategorie

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

Beschreibung

Eine kurze, nicht technische Verbal-Darstellung des Plausibilisierungsziels.

Fehlermeldung

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

Handlungsanweisungen

Basierend auf der Fehlermeldung erhält die übermittelnde Stelle 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 der 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.

4. 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 eine eindeutige Kennzeichnung eines bestimmten XML-Elementes in der XML-Datei. XML-Elemente werden in Fehlermeldungen verwendet, um die eindeutigen Fehlerstellen zu referenzieren.

Abschnitt 2: Plausibilisierungsregeln

Prüfklasse: Hart

Regel 5: Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger	
Berichtsteil	A-11.2, B-X.11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger aller Fachabteilungen ist.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.
Handlungsanweisung	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.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Gesundheit

	<i>skrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter <i>>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheitskrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 6: Anzahl der Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwäger	
Berichtsteil	A-11.2, B-X.11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwäger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwäger aller Fachabteilungen ist.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwäger" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwäger. Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Gesundheits_Kinderkrankenschwäger/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<
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 7: Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger	
Berichtsteil	A-11.2, B-X.11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger aller Fachabteilungen ist.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Altenpflegerinnen und Altenpfleger" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.
Handlungsanweisung	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.
Implementierungsvorschrift	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<

Regel 8: Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	
Berichtsteil	A-11.2, B-X.11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten aller Fachabteilungen ist.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.
Handlungsanweisung	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.
Implementierungsvorschrift	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<

Regel 9: Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	
Berichtsteil	A-11.2, B-X.11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer aller Fachabteilungen ist.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Pflegehelferinnen und Pflegehelfer" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.
Handlungsanweisung	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.
Implementierungsvorschrift	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<

Regel 10: Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger	
Berichtsteil	A-11.2, B-X.11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Hebammen aller Fachabteilungen ist.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Hebammen und Entbindungspfleger" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Hebammen und Entbindungspfleger. Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Hebammen_Entbindungspfleger/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_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<

Regel 11: Anzahl der operationstechnischen Assistenz	
Berichtsteil	A-11.2, B-X.11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	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.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Operationstechnischen Assistenz" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.
Handlungsanweisung	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.
Implementierungsvorschrift	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<
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 12: Anzahl der medizinischen Fachangestellten	
Berichtsteil	A-11.2, B-X.11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der medizinischen Fachangestellten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der medizinischen Fachangestellten aller Fachabteilungen ist.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Medizinischen Fachangestellten" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der medizinischen Fachangestellten. Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Medizinische_Fachangestellte/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/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK<

Regel 21: Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärztinnen und Belegärzte (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärzte mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärztinnen und Belegärzte ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	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.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/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.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 22: Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Belegärzte (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	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.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	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.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert

	>Qualitaetsbericht/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 >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 23: Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Ärztinnen und Ärzten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ärztinnen und Ärzten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Ärztinnen und Ärzte ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Bescha

	<i>eftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> wird mit dem Wert <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Beschäftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i> ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 24: Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Fachärztinnen und Fachärzten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Fachärztinnen und Fachärzten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Fachärztinnen und Fachärzte ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert

	>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachärzte/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachärzte/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachärzte/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt

Regel 25: Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	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
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	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.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftig

	ungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK < wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK < summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK < ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 26: Anzahl der Gesundheitskrankenschwestern und Gesundheitskrankenschwäger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskrankenschwestern und Gesundheitskrankenschwägern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskrankenschwestern und Gesundheitskrankenschwägern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheits_Krankenschwäger< entsprechen in Summe nicht >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheits_Krankenschwäger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskrankenschwestern und Gesundheitskrankenschwäger ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.

Implementie- rungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fach_abteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fach_abteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fach_abteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
---------------------------------	--

Regel 27: Anzahl der Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwäger (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwägern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwägern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheits_Kinderkrankenschwäger< entsprechen in Summe nicht >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheits_Kinderkrankenschwäger/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwäger muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert

	>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 28: Anzahl der Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwäger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwägern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwägern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheits_Kinderkrankenschwäger< entsprechen in Summe nicht >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheits_Kinderkrankenschwäger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwäger ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit

	und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementie- rungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

Regel 29: Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Altenpflegerinnen und Altenpflegern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Altenpflegerinnen und Altenpfleger muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuord

	nung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 30: Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Altenpflegerinnen und Altenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Altenpflegerinnen und Altenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Altenpflegerinnen und Altenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.

Implementie- rungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
---------------------------------	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 31: Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverha

	eltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 32: Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungs_zuordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.

Implementie- rungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungs- uordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungs- uordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungs- uordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
---------------------------------	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 33: Anzahl der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert

	>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Beschaefigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 34: Anzahl der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Krankenpflegehelferinnen und Krankenpflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.

Implementie- rungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilun gszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilun gszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilun gszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
---------------------------------	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 35: Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegehelferinnen und Pflegehelfern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis

	/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 36: Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegehelferinnen und Pflegehelfern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegehelferinnen und Pflegehelfern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.

Implementie- rungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
---------------------------------	--

Regel 37: Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Hebammen und Entbindungspfleger mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Hebammen und Entbindungspfleger ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Hebammen und Entbindungspfleger muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert

	>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 38: Anzahl der Hebammen und Entbindungspfleger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Hebammen und Entbindungspfleger ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Hebammen und Entbindungspfleger ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Hebammen und Entbindungspfleger ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.

Implementie- rungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
---------------------------------	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 39: Anzahl der operationstechnischen Assistenz (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe operationstechnischer Assistenz mit direktem Beschäftigungsverhältnis und operationstechnische Assistenz ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der operationstechnischen Assistenz muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert

	>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 40: Anzahl der operationstechnischen Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe der operationstechnischen Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und operationstechnischer Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der operationstechnischen Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.

Implementie- rungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
---------------------------------	---

Regel 41: Anzahl der medizinischen Fachangestellten (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von medizinischen Fachangestellten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und medizinischen Fachangestellten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der medizinischen Fachangestellten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert

	>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Beschaef-tigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 42: Anzahl der medizinischen Fachangestellten ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von medizinischen Fachangestellten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und medizinischen Fachangestellten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der medizinischen Fachangestellten ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.

Implementie- rungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fac habteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fac habteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fac habteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
---------------------------------	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 43: Anzahl der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.) (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.3.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.) mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.) ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Diplom_Psychologen/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.) muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert

	>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 44: Anzahl der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.3.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit direktem Beschäftigungsverhältnis und klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Klinische_Neuropsychologen/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert

	>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Beschaefigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Beschaefigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 45: Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.3.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychologische_Psychotherapeuten/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert

	>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK < wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK K< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 46: Anzahl der Kinder-/ Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/ Jugendlichenpsychotherapeuten (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.3.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Kinder-/ Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/ Jugendlichenpsychotherapeuten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Kinder-/ Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Jugendlichenpsychotherapeuten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaefligungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaefligungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Jugendlichenpsychotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert

	>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 47: Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.3.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal

	<i>/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> wird mit dem Wert <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i> ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 48: Anzahl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.3.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Ergotherapeuten/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem

	Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 49: Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.3.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Physiotherapeuten/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal

	<i>/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> wird mit dem Wert <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i> ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 50: Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.3.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	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 Vollkräfte
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Sozialpaedagogen/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3.1. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal

	<i>/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert</i> <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert</i> <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.</i>
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 51: Anzahl des speziellen therapeutischen Personals (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.4
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	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 Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personale rfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.4. Der Wert Anzahl Vollkräfte des speziellen therapeutischen Personals für den SP-Schlüssel <Datenplatzhalter> muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personale

	<i>rfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> wird mit dem Wert <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personale rfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personale rfassung/Anzahl_VK<</i> ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 58: Angabe einer Begründung bei Nichterreichen der Mindestmenge	
Berichtsteil	C-5.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)
Beschreibung	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass eine Begründung angegeben ist, wenn die jeweilige Mindestmenge eines Leistungsbereichs nicht erreicht wird.
Fehlermeldung	• Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (20) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (25) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (26) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (15) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (25) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" 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 Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegegewicht von < 1250 g" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (25) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie)" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (50) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben. • Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Leistungsbereich "Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen" gemäß Mm-R wurde die geforderte Mindestmenge (40) nicht erbracht und es wurde keine Begründung aus der Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" angegeben.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben der Mindestmenge in C-5.1 fehlerfrei in den Bericht übernommen wurden. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, ist eine Begründung gemäß Auswahlliste "Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Begründungen bei Nichterreichen der Mindestmenge" anzugeben.
Implementierungsvorschrift	• Es wird geprüft, ob der Wert <Datenplatzhalter_Leistungsbereich> unter >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung< vorhanden ist. Wenn dieser existiert, wird in diesem Pfad der Wert der Mindestmenge in >Erbrachte_Menge< ausgelesen. Ist dieser Wert kleiner als die definierte Mindestmenge (<Datenplatzhalter_Mindestmenge>)

	wird geprüft, ob ein Wert in >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Begründung/MM_Schlüssel< existiert. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden. • Folgende <Datenplatzhalter_Leistungsbereich> : <Datenplatzhalter_Mindestmenge> sind zu kombinieren und einzeln zu implementieren: • Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende) : 20 • Nierentransplantation (inklusive Lebendspende) : 25 • Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene : 26 • Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene : 15 • Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen : 25 • Kniegelenk-Totalendoprothesen: 50 • Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegegewicht kleiner 1250 g: 25 • Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) : 50 • Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen : 40
--	---

Regel 59: Mindestmengen: Prüfung der Angaben zu den Leistungsmengen	
Berichtsteil	C-5.1, C-5.2.1a
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Ist-gleich-Regel
Beschreibung	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-5.2.1a (im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge) übereinstimmen.
Fehlermeldung	Der Wert für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.1 in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Erbrachte_Menge< stimmt nicht mit dem Wert in Kapitel C-5.2.1a in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr< überein.
Handlungsanweisung	Werden für einen Leistungsbereich Leistungsmengen sowohl für das Berichtsjahr als auch für die Prognoseermittlung angegeben, muss in Abschnitt C-5.2.1a (im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge zur Prognoseermittlung) exakt derselbe 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.
Implementierungsvorschrift	Auslesen aller Werte in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung<. Abgleich dieser Liste mit den Werten in

	>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Bezeichnung<. Wenn ein Wert (Leistungsbereich gemäß Mm-R) in beiden Pfaden vorkommt, so werden die Werte >Leistungsbereich/Erbrachte_Menge< und >Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Leistungsmenge_Berichtsjahr< verglichen. Stimmen diese nicht exakt überein, so gilt der Test als fehlgeschlagen.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 60: Berechtigung zur Leistungserbringung	
Berichtsteil	C-5.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)
Beschreibung	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass bei einer Angabe von "Ja" bei der Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr (C-5.2.1) mindestens eines der Elemente C-5.2.1a - C-5.2.1c mit "Ja" beantwortet wurde.
Fehlermeldung	Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungs_berechtigung_Prognosejahr< ist der Standort im Prognosejahr zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch wurde keines der Elemente C-5.2.1a bis C-5.2.1c mit "Ja" beantwortet.
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie, ob Ihre Angaben für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R unter C-5.2.1a bis C-5.2.1c korrekt sind. Sollte keines dieser Elemente mit "Ja" beantwortet werden, prüfen Sie bitte Ihre Angabe unter C-5.2.1, da der Standort in diesem Fall nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt wäre.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungs_berechtigung_Prognosejahr< wird ausgelesen. Ist die Angabe "Ja", werden die Angaben in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< und >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmali

	ge_oder_erneute_Erbringung< und >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung< geprüft. Entspricht nicht mindestens eine der Eingaben einem "Ja", gilt der Test als fehlgeschlagen.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 63: Nein-Angaben bei der Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr	
Berichtsteil	C-5.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)
Beschreibung	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass bei der Auswahl von "Nein" bei der Berechtigung zur Leistungserbringung im Prognosejahr (C-5.2.1) die Angaben in den Kapiteln C-5.2.1a - C-5.2.1c verneint sind.
Fehlermeldung	• Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungs_berechtigung_Prognosejahr<</i> ist der Standort im Prognosejahr nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<</i> "Ja" angegeben. • Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungs_berechtigung_Prognosejahr<</i> ist der Standort im Prognosejahr nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmali_ge_oder_erneute_Erbringung<</i> "Ja" angegeben. • Laut Ihrer Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1 in <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungs</i>

	berechtigung_Prognosejahr< ist der Standort im Prognosejahr nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung< "Ja" angegeben.
Handlungsanweisung	• Wenn der Standort nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt ist, muss in Kapitel C-5.2.1a "Nein" angegeben werden. Bitte prüfen Sie Ihre Eingabe in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<. • Wenn der Standort nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt ist, muss in Kapitel C-5.2.1b "Nein" angegeben werden. Bitte prüfen Sie Ihre Eingabe in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmalige_oder_erneute_Erbringung<. • Wenn der Standort nicht zur Leistungserbringung im Prognosejahr berechtigt ist, muss in Kapitel C-5.2.1c "Nein" angegeben werden. Bitte prüfen Sie Ihre Eingabe in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung<.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungsberechtigung_Prognosejahr< wird ausgelesen. Ist die Angabe "Nein", werden die Angaben in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< und

	>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmalige_oder_erneute_Erbringung< und >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung< geprüft. Wird bei mindestens einem dieser Elemente "Ja" angegeben, dann gilt der Test als nicht bestanden.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 64: Prüfung der Angabe zur Teilnahme an der Notfallstufe bzw. der Spezialversorgung	
Berichtsteil	A-14.1, A-14.3
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel
Beschreibung	Diese Regel überprüft, ob bei einer Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung gemäß den Regelungen zu den Notfallstrukturen mindestens eine Angabe zur Teilnahme an einer Notfallstufe oder zur Teilnahme an dem Modul der Spezialversorgung vorliegt.
Fehlermeldung	Sie haben das Element >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung< ausgewählt, jedoch weder eine Angabe zur Zuordnung zu einer Notfallstufe unter >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe< noch wird unter >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt/Tatbestand_Spezialversorgung< eine Angabe gemacht.
Handlungsanweisung	Wenn das Element >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung< ausgewählt wurde, muss mindestens ein Element unter >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe< oder unter >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt/Tatbestand_Spezialversorgung<

	ng < vorhanden sein. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und ergänzen Sie ggf. fehlende Elemente.
Implementie- rungsvorschrift	Es wird nach dem Element >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung< gesucht. Tritt das Element auf wird geprüft, ob mindestens eines der Elemente >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe< oder >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfüllt/Tatbestand_Spezialversorgu ng< vorhanden ist. Ansonsten gilt der Test als nicht bestanden.

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 65: Prüfung der Angabe von mindestens einer Notfallstufe	
Berichtsteil	A-14.1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel
Beschreibung	Die Regel überprüft, dass bei der Teilnahme an einer Notfallstufe mindestens eine der Stufen Basisnotfallversorgung (Stufe 1), Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) oder Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3) angegeben wird.
Fehlermeldung	Ausweislich Ihrer Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zur Teilnahme am gestuften System der Notfallversorgung unter >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet< ist Ihr Krankenhaus einer Stufe der Notfallversorgung zugeordnet. Jedoch liegen keine Angaben zu mindestens einer Stufe der Notfallversorgung vor.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in Kapitel A-14.1 und geben Sie mindestens eine der drei Notfallstufen: Basisnotfallversorgung (Stufe 1), Erweiterte Notfallversorgung (Stufe 2) oder Umfassende Notfallversorgung (Stufe 3) an.
Implementierungsvorschrift	Es wird nach dem Element >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet< gesucht. Tritt das Element auf wird geprüft, ob mindestens eines der Elemente >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Basisnotfallversorgung_Stufe_1< oder >Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Erweiterte_Notfallversorgung_Stufe_2< oder

	>Qualitätsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Umfassende_Notfallversorgung_Stufe_3< vorhanden ist. Ansonsten gilt der Test als nicht bestanden.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 66: Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner	
Berichtsteil	A-11.2, B-X.11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner aller Fachabteilungen ist.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Pflegefachpersonen" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Pflegefachpersonen/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/Pflegefachpersonen/Personalerfassung/Anzahl_VK<

Regel 67: Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen/Personalerfassung/Beschaeftigungsver

	haeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 68: Anzahl der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen und Pflegefachmännern ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen/Personalerfassung_ohne_Fachabteilung_szuordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.

Implementie- rungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen/Personalerfassung_ohne_Fachabteilung_szuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen/Personalerfassung_ohne_Fachabteilung_szuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen/Personalerfassung_ohne_Fachabteilung_szuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
---------------------------------	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 69: Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc.	
Berichtsteil	A-11.2, B-X.11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. aller Fachabteilungen ist.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Pflegefachpersonen B.Sc." des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Pflegefachpersonen_BSc/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/Pflegefachpersonen_BSc/Personalerfassung/Anzahl_VK<

Regel 70: Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen_BSc/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen_BSc/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen_BSc/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert

	>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachpersonen_BSc/Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegefachpersonen_BSc/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 71: Anzahl der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen_BSc/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen_BSc/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Pflegefachfrauen B.Sc. und Pflegefachmänner B.Sc. ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.

Implementie- rungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen_BSc/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen_BSc/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen_BSc/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
---------------------------------	---

Regel 72: Vorhandensein der spezifischen Angaben für Qualitätsindikatoren	
Berichtsteil	C-1.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass für einen Qualitätsindikator Angaben zur qualitativen Bewertung des Ergebnisses gemacht werden.
Fehlermeldung	Das Element >Ergebnis_Bewertung< ist nicht vorhanden, obwohl es sich bei dem QS-Ergebnis <Datenplatzhalter_Ergebnis_ID> um einen Qualitätsindikator handelt.
Handlungsanweisung	Wenn es sich bei dem angegebenen QS-Ergebnis um einen Qualitätsindikator handelt, müssen Angaben zur qualitativen Bewertung des Ergebnisses gemacht werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel.
Implementierungsvorschrift	Für jedes QS-Ergebnis unter >Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/QS-Ergebnis< wird das Element >Art_des_Wertes< ausgelesen. Ist der Wert = "QI" wird überprüft, ob das Element >Ergebnis_Bewertung< vorhanden ist. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn das Element >Ergebnis_Bewertung< nicht vorhanden ist.

Regel 73: Nicht-Vorhandensein der spezifischen Angaben für Qualitätsindikatoren	
Berichtsteil	C-1.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass für QS-Ergebnisse, welche keine Qualitätsindikatoren sind, keine Angaben zu den Ergebnissen der qualitativen Bewertung gemacht werden.
Fehlermeldung	Bei dem QS-Ergebnis <Datenplatzhalter_Ergebnis_ID> handelt es sich nicht um einen Qualitätsindikator, jedoch wurden Angaben zu den Ergebnissen der qualitativen Bewertung gemacht.
Handlungsanweisung	Wenn es sich bei dem QS-Ergebnis nicht um einen Qualitätsindikator handelt, dürfen keine Angaben zu den Ergebnissen der qualitativen Bewertung gemacht werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel.
Implementierungsvorschrift	Für jedes QS-Ergebnis unter >Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/QS-Ergebnis< wird das Element >Art_des_Wertes< ausgelesen. Ist der Wert nicht = "QI" wird überprüft, ob das Element >Ergebnis_Bewertung< vorhanden ist. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn das Element >Ergebnis_Bewertung< vorhanden ist.

Regel 74: Abgleich des rechnerischen Ergebnisses mit der Grundgesamtheit und den beobachteten Werten außer E/N-Indikatoren	
Berichtsteil	C-1.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, ob für ein QS-Ergebnis, welches auf der Liste des IQTIG als O/E-Indikator oder Rate gekennzeichnet ist, dass wenn das rechnerische Ergebnis > "0" ist und kein Datenschutz vorliegt, die Grundgesamtheit und die Anzahl der beobachteten Ereignisse auch > "0" sind.
Fehlermeldung	Ausweislich Ihrer Angaben zum QS-Ergebnis <Datenplatzhalter_Ergebnis_ID> , bei welchem es sich um einen O/E-Indikator oder eine Rate handelt, ist das rechnerische Ergebnis größer als "0", jedoch wurden keine Angaben zur Grundgesamtheit sowie zu den beobachteten Ereignissen gemacht.
Handlungsanweisung	Wenn das rechnerische Ergebnis eines QS-Ergebnisses, bei welchem es sich um einen O/E-Indikator oder eine Rate handelt, größer als "0" ist und kein Datenschutz vorliegt, müssen die Werte der Grundgesamtheit sowie zu den beobachteten Ereignissen auch größer als "0" sein. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel.
Implementierungsvorschrift	Für jedes QS-Ergebnis unter >Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/QS-Ergebnis< wird der Wert unter >Ergebnis_ID< ausgelesen. Ist dieser Wert in der Liste des IQTIG als Rate oder O/E gekennzeichnet, wird nach dem Vorhandensein des Elements >Fallzahl_Datenschutz< gesucht. Ist das Element nicht vorhanden, wird der Wert unter

	>Rechnerisches_Ergebnis< ausgelesen. Ist dieser Wert > "0", werden die Werte unter >Fallzahl/Grundgesamtheit< und >Fallzahl/Beobachtete_Ereignisse< ausgelesen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn die Werte nicht > "0" sind.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 75: Angabe des rechnerischen Ergebnisses bei O/E-Indikatoren	
Berichtsteil	C-1.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, ob für ein QS-Ergebnis, welches auf der Liste des IQTIG als O/E-Indikator gekennzeichnet ist, das rechnerische Ergebnis angegeben wird, wenn Fälle erbracht wurden und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist.
Fehlermeldung	Bei dem QS-Ergebnis <Datenplatzhalter_Ergebnis_ID> handelt es sich um einen O/E-Indikator, jedoch wurden keine Angaben zum rechnerischen Ergebnis gemacht, obwohl Fälle erbracht worden sind und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist.
Handlungsanweisung	Wenn es sich bei dem QS-Ergebnis um einen O/E-Indikator handelt, müssen Angaben zum rechnerischen Ergebnis gemacht werden, wenn Fälle erbracht wurden - auch wenn der Datenschutz greift - und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel.
Implementierungsvorschrift	Für jedes QS-Ergebnis unter >Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/QS-Ergebnis< wird der Wert unter >Ergebnis_ID< ausgelesen. Ist dieser Wert in der Liste des IQTIG als O/E-Indikator gekennzeichnet, wird nach dem Vorhandensein der Elemente >Fallzahl< oder >Fallzahl_Datenschutz<, sowie >Ergebnis_Bewertung/Qualitative_Bewertung_Berichtsjahr< ungleich "S92" und "N01" gesucht. Der Test gilt als

	fehlgeschlagen, wenn eines dieser Elemente vorhanden ist, aber das Element > Rechnerisches_Ergebnis < nicht angegeben wurde.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 76: Angabe des rechnerischen Ergebnisses außer O/E-Indikatoren	
Berichtsteil	C-1.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, ob für ein QS-Ergebnis, welches auf der Liste des IQTIG nicht als O/E-Indikator gekennzeichnet ist, das rechnerische Ergebnis angegeben wird, wenn Fälle erbracht wurden und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist.
Fehlermeldung	Bei dem QS-Ergebnis <Datenplatzhalter_Ergebnis_ID> handelt es sich nicht um einen O/E-Indikator, jedoch wurden keine Angaben zum rechnerischen Ergebnis gemacht, obwohl Fälle erbracht worden sind, der Datenschutz nicht greift und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist.
Handlungsanweisung	Wenn es sich bei dem QS-Ergebnis nicht um einen O/E-Indikator handelt, müssen Angaben zum rechnerischen Ergebnis gemacht werden, sofern Fälle erbracht wurden, der Datenschutz nicht greift und die qualitative Bewertung abgeschlossen ist. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel.
Implementierungsvorschrift	Für jedes QS-Ergebnis unter >Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/QS-Ergebnis< wird der Wert unter >Ergebnis_ID< ausgelesen. Ist dieser Wert in der Liste des IQTIG nicht als O/E-Indikator gekennzeichnet, wird nach dem Vorhandensein des Elements >Fallzahl< , sowie >Ergebnis_Bewertung/Qualitative_Bewertung_Berichtsjahr< ungleich "S92" und "N01" gesucht. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn eines dieser Elemente vorhanden ist, aber das Element

	> Rechnerisches_Ergebnis < nicht angegeben wurde.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 78: Mindestmengen: Nicht-Vorhandensein des Leistungsbereichs bei Null-Angaben zu im Berichtsjahr erreichten Leistungsmengen zur Prognosedarlegung	
Berichtsteil	C-5.1, C-5.2.1a
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass wenn im Kapitel C-5.2.1a für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich gemäß Mm-R eine Leistungsmenge gleich "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge angegeben wurde, keine Angabe für diesen Leistungsbereich im Kapitel C-5.1 vorhanden ist.
Fehlermeldung	Für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R wurde in Kapitel C-5.2.1a unter >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr< eine Leistungsmenge von "0" angegeben, jedoch liegen Angaben zu diesem Leistungsbereich in C-5.1 unter >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich< vor.
Handlungsanweisung	Wenn für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich im Kapitel C-5.2.1a eine Angabe gleich "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge zur Prognosedarlegung angegeben wird, darf dieser Leistungsbereich im Kapitel C-5.1 nicht angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben.
Implementierungsvorschrift	Auslesen aller Werte in >Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr< . Ist ein Wert gleich "0" angegeben, wird nach dem entsprechenden Leistungsbereich in allen Werten unter

	> Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich < gesucht. Wird der Leistungsbereich gefunden, gilt der Test als fehlgeschlagen.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 79: Abgleich der vollstationären Fallzahl im A-Teil mit Kontrollsumme aus B-Teilen	
Berichtsteil	A-10, B-X.5
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Summe der vollstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen in den Kapiteln B-X.5 der Anzahl der vollstationären Fallzahl des Krankenhauses in Kapitel A-10 entspricht.
Fehlermeldung	Die Summe <Datenplatzhalter> der vollstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen in den Kapiteln B-X.5 entspricht nicht der in Kapitel A-10 angegebenen vollstationären Fallzahl <Datenplatzhalter> des Krankenhauses.
Handlungsanweisung	Die Summe der vollstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen muss dem Wert der vollstationären Fallzahl des Krankenhauses entsprechen. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingaben in den Kapiteln B-X.5 und A-10.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird der Wert unter >Fallzahlen_OE/Vollstationaere_Fallzahl< ausgelesen. Alle Werte werden summiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn die Summe nicht dem Wert unter >Qualitätsbericht/Fallzahlen/Vollstationaere_Fallzahl< entspricht.

Regel 80: Abgleich der teilstationären Fallzahl im A-Teil mit Kontrollsumme aus B-Teilen	
Berichtsteil	A-10, B-X.5
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Summe der teilstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen in den Kapiteln B-X.5 der Anzahl der teilstationären Fallzahl des Krankenhauses in Kapitel A-10 entspricht.
Fehlermeldung	Die Summe <Datenplatzhalter> der teilstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen in den Kapiteln B-X.5 entspricht nicht der in Kapitel A-10 angegebenen teilstationären Fallzahl <Datenplatzhalter> des Krankenhauses.
Handlungsanweisung	Die Summe der teilstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen muss dem Wert der teilstationären Fallzahl des Krankenhauses entsprechen. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingaben in den Kapiteln B-X.5 und A-10.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird der Wert unter >Fallzahlen_OE/Teilstationaere_Fallzahl< ausgelesen. Alle Werte werden summiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn die Summe nicht dem Wert unter >Qualitätsbericht/Fallzahlen/Teilstationaere_Fallzahl< entspricht.

Regel 84: Nicht-Angabe des rechnerischen Ergebnisses bei nicht abgeschlossener qualitativer Bewertung	
Berichtsteil	C-1.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, ob für ein QS-Ergebnis das rechnerische Ergebnis, der Vertrauensbereich (Krankenhaus) und die Fallzahl nicht angegeben wird, wenn die qualitative Bewertung noch nicht abgeschlossen ist.
Fehlermeldung	Für das QS-Ergebnis <Datenplatzhalter_Ergebnis_ID> wurden Angaben zum rechnerischen Ergebnis, zum Vertrauensbereich (Krankenhaus) oder zur Fallzahl gemacht, obwohl die qualitative Bewertung noch nicht abgeschlossen ist.
Handlungsanweisung	Für QS-Ergebnisse dürfen keine Angaben zum rechnerischen Ergebnis, zum Vertrauensbereich (Krankenhaus) und zur Fallzahl gemacht werden, wenn die qualitative Bewertung noch nicht abgeschlossen ist. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel.
Implementierungsvorschrift	Für jedes QS-Ergebnis unter >Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/QS-Ergebnis< wird nach dem Vorhandensein des Elements >Ergebnis_Bewertung/Qualitative_Bewertung_Berichtsjahr< gleich "S92" gesucht. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn dieses Element vorhanden ist, aber eines der Elemente >Rechnerisches_Ergebnis<, >Vertrauensbereich_Krankenhaus< oder >Fallzahl< bzw.

	> Fallzahl_Datenschutz < angegeben wurde.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 85: Abgleich der standortidentifizierenden Daten im Dateinamen und im Qualitätsbericht	
Berichtsteil	XML-Datei, A-1
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel
Beschreibung	Diese Regel überprüft, ob die standortidentifizierenden Daten (IK-Nummer und Standortnummer) im Dateinamen mit Angaben im Qualitätsbericht übereinstimmen.
Fehlermeldung	Die standortidentifizierenden Daten (IK-Nummer und Standortnummer) im Dateinamen stimmen nicht mit den Angaben im Kapitel A-1 überein.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie, ob Ihre Angaben zur IK-Nummer und Standortnummer in Kapitel A-1 korrekt sind.
Implementierungsvorschrift	Auslesen der Werte aus der Datei unter >Qualitätsbericht/Krankenhaus/Mehrere_Standorte/Standortkontaktdaten/IK< und >Qualitätsbericht/Krankenhaus/Mehrere_Standorte/Standortkontaktdaten/Standortnummer< bzw. unter >Qualitätsbericht/Krankenhaus/Ein_Standort/Krankenhauskontaktdaten/IK< und >Qualitätsbericht/Krankenhaus/Ein_Standort/Krankenhauskontaktdaten/Standortnummer< sowie der IK-Nummer und der Standortnummer im Dateinamen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn einer der Werte des Dateinamens, nicht mit den Werten in der Datei übereinstimmt.

Regel 86: Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur erstmaligen oder erneuten Erbringung einer Leistung	
Berichtsteil	C-5.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)
Beschreibung	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass Angaben zur erstmaligen oder erneuten Erbringung einer Leistung (Kapitel C-5.2.1b) nur dann erfolgen, wenn in Kapitel C-5.2.1a (Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen) "Nein" ausgewählt wurde.
Fehlermeldung	• Laut Ihren Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R wurden Angaben in Kapitel C-5.2.1b in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmalige_oder_erneute_Erbringung< gemacht. Jedoch wurde in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< "Ja" oder "Rechtsstreit anhängig" angegeben. • Laut Ihren Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R wurden keine Angaben in Kapitel C-5.2.1b in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmalige_oder_erneute_Erbringung< gemacht. Jedoch wurde in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< "Nein" angegeben.
Handlungsanweisung	In Kapitel C-5.2.1b dürfen nur dann Angaben erfolgen, wenn in Kapitel C-5.2.1a "Nein" angegeben wurde. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in

	>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< und in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmali ge_oder_erneute_Erbringung<.
Implementie- rungsvorschrift	Auslesen des Wertes >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< und Suche nach dem Vorhandensein des Elements >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmali ge_oder_erneute_Erbringung<. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn entweder der Wert "Ja" oder "Rechtsstreit anhängig" entspricht und das Element vorhanden ist oder der Wert "Nein" entspricht und das Element nicht vorhanden ist.

Regel 87: Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur Erteilung einer Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch die Landesbehörden	
Berichtsteil	C-5.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)
Beschreibung	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass Angaben zur Erteilung einer Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch die Landesbehörden (Kapitel C-5.2.1c) nur dann erfolgen, wenn in Kapitel C-5.2.1a (Ergebnis der Prognoseprüfung der Landesverbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen) "Nein" oder "Rechtsstreit anhängig" ausgewählt wurde.
Fehlermeldung	• Laut Ihren Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R wurden Angaben in Kapitel C-5.2.1c in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung< gemacht. Jedoch wurde in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< "Ja" angegeben. • Laut Ihren Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R wurden keine Angaben in Kapitel C-5.2.1c in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung< gemacht. Jedoch wurde in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< "Nein" oder "Rechtsstreit anhängig" angegeben.

Handlungsanweisung	In Kapitel C-5.2.1c dürfen nur dann Angaben erfolgen, wenn in Kapitel C-5.2.1a "Nein" oder "Rechtsstreit anhängig" angegeben wurde. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< und in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung<.
Implementierungsvorschrift	Auslesen des Wertes >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< und Suche nach dem Vorhandensein des Elements >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung<. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn entweder der Wert "Ja" entspricht und das Element vorhanden ist oder der Wert "Nein" oder "Rechtsstreit anhängig" entspricht und das Element nicht vorhanden ist.

Regel 88: Anzahl der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten	
Berichtsteil	A-11.2, B-X.11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten aller Fachabteilungen ist.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "anästhesietechnischen Assistenz" des Krankenhauses wird durch die Summe <Datenplatzhalter> aller Organisationseinheiten überschritten.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten. Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekräfte/Anaesthesietechnische_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/Anästhesietechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 89: Anzahl der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Anaesthesietechnische_Assistenz/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Anaesthesietechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Der Wert

	>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Anaesthesietechnische_Assistenz/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Anaesthesietechnische_Assistenz/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Anaesthesietechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 90: Anzahl der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Anaesthesietechnische_Assistenz/< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Anaesthesietechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit

	und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis entsprechen.
Implementie- rungsvorschrift	Der Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Anaesthesietechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Anaesthesietechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Anaesthesietechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

Prüfklasse: Weich

Regel 2: Zulässige OPS-Codes	
Berichtsteil	B-X.7
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Überprüfung von Listenelementangaben unter Vorgaben des BfArM
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die angegebenen OPS-Codes valide sind und in der entsprechenden Liste von OPS-Codes enthalten sind.
Fehlermeldung	• 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.
Handlungsanweisung	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.
Implementierungsvorschrift	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 BfArM vorgegebenen gültigen OPS-Codes des aktuellen Berichtsjahres (https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2024/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.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 3: Zulässige ICD-10-GM-Codes	
Berichtsteil	B-X.6
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Überprüfung von Listenelementangaben unter Vorgaben des BfArM
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die angegebenen ICD-Codes (mit Anpassungen für Deutschland) valide sind und in der entsprechenden Liste von ICD-Codes enthalten sind.
Fehlermeldung	• 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.
Handlungsanweisung	Es sind ausschließlich Elemente des ICD-Kataloges des zugehörigen Berichtsjahres und bei Überliegern des Vorjahres erlaubt. Bitte prüfen Sie den ICD-Code <Datenplatzhalter> und ersetzen Sie ihn ggf. durch einen gültigen ICD-Code.
Implementierungsvorschrift	Es wird nach allen Elementen >Hauptdiagnosen/Hauptdiagnose/ICD_10< unter >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< gesucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den durch das BfArM vorgegebenen gültigen ICD-Codes des aktuellen Berichtsjahres (https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/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.

Regel 13: Anzahl der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.)	
Berichtsteil	A-11.3.1, B-X.11.3
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.) in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.) aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.)" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.) aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3.1 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.). Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< müssen in der Summe dem Wert in A-11.3.1 entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewähltes_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_V

	<i>K</i>< angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK</i>< entspricht.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 14: Anzahl der Klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen	
Berichtsteil	A-11.3.1, B-X.11.3
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3.1 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen. Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< müssen in der Summe dem Wert in A-11.3.1 entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewähltes_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Klinische_Neuropsychologen/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_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK< entspricht.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 15: Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	
Berichtsteil	A-11.3.1, B-X.11.3
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3.1 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< müssen in der Summe dem Wert in A-11.3.1 entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewähltes_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Psychologische_Psychotherapeuten/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_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK< entspricht.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 16: Anzahl der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten	
Berichtsteil	A-11.3.1, B-X.11.3
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3.1 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< müssen in der Summe dem Wert in A-11.3.1 entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewähltes_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personale

	<i>rfassung/Anzahl_VK</i>< angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand nicht exakt dem angegebenen Wert unter <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK</i>< entspricht.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 17: Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit	
Berichtsteil	A-11.3.1, B-X.11.3
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung" während Tätigkeit in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3.1 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung. Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< müssen in der Summe dem Wert in A-11.3.1 entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/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_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_während_Tätigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK< entspricht.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 18: Anzahl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	
Berichtsteil	A-11.3.1, B-X.11.3
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3.1 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten. Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< müssen in der Summe dem Wert in A-11.3.1 entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewähltes_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Ergotherapeuten/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_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK< entspricht.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 19: Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	
Berichtsteil	A-11.3.1, B-X.11.3
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3.1 sowie B-X.11.3 bezüglich der Angabe der Anzahl der Vollkräfte der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten. Die Werteangaben in den >Organisationseinheiten/Fachabteilungen< müssen in der Summe dem Wert in A-11.3.1 entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewähltes_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Physiotherapeuten/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_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK< entspricht.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 20: Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	
Berichtsteil	A-11.3.1, B-X.11.3
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in Psychiatrie und Psychosomatik insgesamt der Summe der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen entspricht.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen" in Psychiatrie und Psychosomatik entspricht insgesamt nicht der Summe <Datenplatzhalter> der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen aller psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen.
Handlungsanweisung	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.3.1 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-11.3.1 entsprechen.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung< wird überprüft, ob der Wert >Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Personelle_Ausstattung/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/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_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Sozialpädagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK< entspricht.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 52: Prüfung der UTF-8 Zeichenkodierung	
Berichtsteil	XML-Datei
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Prüfung gemäß der Qb-R
Beschreibung	Diese Regel überprüft gemäß Qb-R, dass jegliche in den Berichten enthaltene Zeichen eine gültige UTF-8 Zeichenkodierung aufweisen.
Fehlermeldung	In Ihrer geprüften XML-Datei wurde das Zeichen <Datenplatzhalter_Index_Zeichen> in Zeile <Datenplatzhalter> gefunden, welches nicht der UTF-8 Zeichenkodierung entspricht.
Handlungsanweisung	In Ihrer geprüften XML-Datei befinden sich ungültige Zeichen, die gemäß der Qb-R der strukturierten Qualitätsberichte nicht zulässig sind. Bitte senden Sie diesen Qualitätsbericht mit dieser Fehlermeldung an Ihren Softwarehersteller.
Implementierungsvorschrift	Jedes in der gelieferten XML-Datei befindliche Zeichen wird auf die Gültigkeit im UTF/-8 Zeichensatzraum überprüft. Hierzu kann die Apache Bibliothek Commons IO oder die Funktionalitäten des Betriebssystems verwendet werden.

Regel 55: Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Allgemeinstationen	
Berichtsteil	A-12.3.2.4
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Abgleich mit Vorjahreswerten
Beschreibung	Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Allgemeinstationen den halben (13 ml/Patiententag) bzw. doppelten (52 ml/Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.
Fehlermeldung	• Ausweislich Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie weniger als die Hälfte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (weniger als 13 ml/Patiententag) • Ausweislich Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie mehr als das Doppelte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (mehr als 52 ml/Patiententag)
Handlungsanweisung	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.
Implementierungsvorschrift	Der Wert des Händedesinfektionsmittelverbrauchs der Allgemeinstationen wird ausgelesen: >Qualitätsbericht/Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung/Weitere Informationen Hygiene/Händedesinfektion/Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben/Händedesinfektionsmittelverbrauch Allgemeinstationen<. Dieser Wert wird mit dem Median der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen verglichen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der im Bericht angegebene Wert den halben (13 ml/Patiententag) bzw. doppelten (52 ml/Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet.

Regel 56: Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Intensivstationen	
Berichtsteil	A-12.3.2.4
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Abgleich mit Vorjahreswerten
Beschreibung	Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Händedesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen den halben (57 ml/Patiententag) bzw. doppelten (228 ml/Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.
Fehlermeldung	• Ausweislich Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie weniger als die Hälfte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (weniger als 57 ml/Patiententag) • Ausweislich Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen <Datenplatzhalter> verbrauchen Sie mehr als das Doppelte an Händedesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (mehr als 228 ml/Patiententag)
Handlungsanweisung	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.
Implementierungsvorschrift	Der Wert des Händedesinfektionsmittelverbrauchs der Intensivstationen wird ausgelesen: >Qualitätsbericht/Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung/Weitere Informationen Hygiene/Händedesinfektion/Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde erhoben/Händedesinfektionsmittelverbrauch Intensivstationen<. Dieser Wert wird mit dem Median der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Händedesinfektionsmittelverbrauch auf

	Intensivstationen verglichen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der im Bericht angegebene Wert den halben (57 ml/Patiententag) bzw. doppelten (228 ml/Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 57: Abgleich OPS und Angaben zur Mindestmengenregelung	
Berichtsteil	B-X.7, C-5.1
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass bei Angabe eines OPS-Codes eines mindestmengenrelevanten Leistungsbereichs gemäß der Anlage der Mm-R 2023 (ausschließlich Leistungsbereiche "Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)", "Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)", "Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene" und "Kniegelenk-Totalendoprothesen") entsprechende Angaben zur Umsetzung der Mindestmengenregelung (C-5.1) erfolgen.
Fehlermeldung	In Ihren Angaben in Ihrem Qualitätsbericht zu den durchgeführten Prozeduren in den Fachabteilungen finden sich mindestmengenrelevante OPS-Kodes gemäß Mm-R für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter> . Jedoch liegen keine Angaben unter C-5.1 Mindestmengen vor.
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie, ob für den mindestmengenrelevanten Leistungsbereich <Datenplatzhalter> entsprechend der dokumentierten mindestmengenrelevanten OPS-Kodes <Datenplatzhalter_für OPS-Codes> Angaben im Kapitel C-5.1 des Qualitätsberichts zu erfolgen haben und ergänzen Sie dort ggf. Ihre Angaben.
Implementierungsvorschrift	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 OPS-Listen gemäß der Anlage der Mm-R (https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3099/Mm-R_2023-

	02-16_iK-2023-01-01.pdf vom 01.01.2023) zu den Leistungsbereichen "Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende)", "Nierentransplantation (inklusive Lebendspende)", "Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene", "Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene" und "Kniegelenk-Totalendoprothesen" verglichen. Wenn ein oder mehrere im Qualitätsbericht angegebene OPS-Kodes auf einer OPS-Liste gemäß der Anlage der Mm-R gefunden wurde, wird die Gesamtanzahl des entsprechenden OPS-Kodes aus den Elementen >Prozeduren/Verpflichtende_Angabe/Prozedur/Anzahl< und >Prozeduren/Freiwillige_Angabe/Prozedur/Anzahl< berechnet. Wenn die Gesamtanzahl mindestens 1 beträgt, wird überprüft, ob ein Eintrag des jeweiligen Leistungsbereiches unter >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich/Bezeichnung< zu finden ist. Ist dieser Eintrag nicht vorhanden, dann gilt der Test als fehlgeschlagen.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 61: Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	
Berichtsteil	C-5.2
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)
Beschreibung	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass bei der Erteilung einer Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§136b Absatz 5 SGB V) (Kapitel C-5.2.1c) in Kapitel C-5.2.1a (Prüfung durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen) sowie Kapitel C-5.2.1b (Erstmalige oder erneute Erbringung einer Leistung (§ 6 Mm-R)) "Nein" bzw. "Rechtstreit anhängig" angegeben wurde.
Fehlermeldung	• Laut Ihrer Angabe zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1c in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung< haben die Landesbehörden eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§136b Absatz 5 SGB V) erteilt. Jedoch wurde in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< "Ja" angegeben. • Laut Ihrer Angabe zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1c in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung< haben die Landesbehörden eine Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung (§136b Absatz 5 SGB V) erteilt. Jedoch wurde in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmalig

	ge_oder_erneute_Erbringung < "Ja" angegeben.
Handlungsanweisung	• Wenn die Eingabe in C-5.2.1c "Ja" entspricht, darf in Kapitel C-5.2.1a nur "Nein" oder "Rechtstreit anhängig" angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<. • Wenn die Eingabe in C-5.2.1c "Ja" entspricht, darf in Kapitel C-5.2.1b nur "Nein" angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmalige_oder_erneute_Erbringung<.
Implementierungsvorschrift	Auslesen des Wertes >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden<. Wenn der Wert "Ja" entspricht, dann werden die Angaben in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< und >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmalige_oder_erneute_Erbringung< überprüft. Wurde mindestens eine dieser Angaben mit "Ja" beantwortet, gilt der Test als fehlgeschlagen.

Regel 62: Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur bestätigten Prognose	
Berichtsteil	C-5.2
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel (kapitelintern)
Beschreibung	Diese Regel überprüft für jeden Leistungsbereich gemäß Mm-R, dass wenn die Werte der im Berichtsjahr erreichten Leistungsmenge oder der in den letzten zwei Quartalen des Berichtsjahres und den ersten zwei Quartalen des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres erreichten Leistungsmenge jeweils größer oder gleich der Mindestmenge sind, bei der bestätigten Prognose in Kapitel C-5.2.1a "Ja" ausgewählt wurde.
Fehlermeldung	Laut Ihren Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R in Kapitel C-5.2.1a sind die beiden Werte in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr< oder >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Q3_4_Q1_2_Leistungsmenge< jeweils größer oder gleich der Mindestmenge. Jedoch wurde bei der bestätigten Prognose in Kapitel C-5.2.1a nicht "Ja" angegeben.
Handlungsanweisung	Sind der Wert der erreichten Leistungsmengen des Berichtsjahres oder der Wert der letzten zwei Quartale des Berichtsjahres und der ersten zwei des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres größer oder gleich den Mindestmengen, ist davon auszugehen, dass bei der bestätigten Prognose "Ja" angegeben werden muss. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe.
Implementierungsvorschrift	• Es wird geprüft, ob die Angaben in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr< oder

	>Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Q3_4_Q1_2_Leistungsmenge< jeweils größer oder gleich der Mindestmenge des jeweiligen Leistungsbereichs unter >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Bezeichnung< sind. Trifft dies zu, wird die Eingabe in >Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognoseprüfung_Landesverbände/Prüfung_Landesverbände< ausgelesen. Entspricht die Angabe nicht "Ja", gilt der Test als fehlgeschlagen. • Folgende <Datenplatzhalter_Leistungsbereich> : <Datenplatzhalter_Mindestmenge> sind zu kombinieren: • Lebertransplantation (inklusive Teilleber-Lebendspende) : 20 • Nierentransplantation (inklusive Lebendspende) : 25 • Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus für Erwachsene : 26 • Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas für Erwachsene : 20 • Allogene Stammzelltransplantation bei Erwachsenen : 40 • Kniegelenk-Totalendoprothesen: 50 • Versorgung von Früh- und Reifgeborenen mit einem Aufnahmegegewicht kleiner 1250 g : 25 • Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) : 100 • Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen : 75 • Herztransplantation : 10
--	--

Regel 77: Mindestmengen: Vorhandensein des Leistungsbereichs bei Angaben zu im Berichtsjahr erreichten Leistungsmengen zur Prognosedarlegung	
Berichtsteil	C-5.1, C-5.2.1a
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass wenn im Kapitel C-5.2.1a für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich gemäß Mm-R (außer Herztransplantation) eine Leistungsmenge größer "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge angegeben wurde, auch eine Angabe für diesen Leistungsbereich im Kapitel C-5.1 vorhanden sein sollte.
Fehlermeldung	Für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R wurde in Kapitel C-5.2.1a unter >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr< eine Leistungsmenge größer "0" angegeben, jedoch liegen keine Angaben zu diesem Leistungsbereich in C-5.1 unter >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich< vor.
Handlungsanweisung	Wenn für einen mindestmengenrelevanten Leistungsbereich (außer Herztransplantation) im Kapitel C-5.2.1a eine Angabe größer "0" für die im Berichtsjahr erreichte Leistungsmenge zur Prognosedarlegung angegeben wird, sollte dieser Leistungsbereich auch im Kapitel C-5.1 angegeben werden. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben.
Implementierungsvorschrift	Auslesen aller Werte in >Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Leistungsmenge_Berichtsjahr<. Ist ein Wert größer "0" angegeben, wird nach dem entsprechenden Leistungsbereich in allen Werten unter

	> Qualitätsbericht/Qualitätssicherung/Mindestmengen/Leistungsbereich < gesucht. Wird der Leistungsbereich nicht gefunden, gilt der Test als fehlgeschlagen. Der Leistungsbereich "Herztransplantation" ist nicht zu berücksichtigen.
--	---

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger

Regel 82: Abgleich der Dokumentationsraten mit den QS-Ergebnissen	
Berichtsteil	C-1.1, C-1.2
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass bei Vorhandensein von Angaben zu einem Leistungsbereich in Kapitel C-1.1 auch Angaben zu einem zugehörigen Auswertungsmodul in Kapitel C-1.2 erwartet werden.
Fehlermeldung	Für den Leistungsbereich <Datenplatzhalter> wurden dokumentierte Datensätze des Auswertungsstandortes in Kapitel C-1.1 erhoben, jedoch wurden keine Angaben zu mindestens einem zugehörigen Auswertungsmodul in Kapitel C-1.2 erfasst.
Handlungsanweisung	Wenn für einen Leistungsbereich in Kapitel C-1.1 die Anzahl der dokumentierten Datensätze des Standortes größer "0" ist oder der Datenschutz greift, dann müssen für mindestens ein zugehöriges Auswertungsmodul in Kapitel C-1.2 ebenfalls Angaben erfolgen. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in den Kapiteln C-1.1 und C-1.2.
Implementierungsvorschrift	Für jeden Leistungsbereich unter >Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Dokumentationsraten/Leistungsbereich_DeQS< wird überprüft, ob der Wert unter >Anzahl_Datensaetze_Standort< größer "0" ist oder das Element >Anzahl_Datensaetze_Standort_Datenschutz< vorhanden ist. Wenn ja, wird nach mindestens einem zugehörigen Auswertungsmodul unter >Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/QS-Ergebnis/Kuerzel_Leistungsbereich< gesucht. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn nicht mindestens ein zugehöriges Auswertungsmodul gefunden wird.

Regel 83: Abgleich der QS-Ergebnisse mit den Dokumentationsraten	
Berichtsteil	C-1.1, C-1.2
Prüfklasse	Weich
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass bei Vorhandensein von Angaben zu einem Auswertungsmodul in Kapitel C-1.2 auch Angaben zu dem zugehörigen Leistungsbereich in Kapitel C-1.1 erwartet werden.
Fehlermeldung	Für das Auswertungsmodul <Datenplatzhalter> wurden Ergebnisse in Kapitel C-1.2 dokumentiert, jedoch wurden für den zugehörigen Leistungsbereich in Kapitel C-1.1 keine Datensätze des Auswertungsstandortes ausgewiesen.
Handlungsanweisung	Wenn für ein Auswertungsmodul in Kapitel C-1.2 Ergebnisse dokumentiert wurden, dann muss für den zugehörigen Leistungsbereich in Kapitel C-1.1 die Anzahl der Datensätze für diesen Standort größer "0" sein oder der Datenschutz greift. Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben in den Kapiteln C-1.1 und C-1.2.
Implementierungsvorschrift	Auslesen aller Auswertungsmodule >Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Ergebnis/QS-Ergebnis/Kuerzel_Leistungsbereich<. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der zugehörige Leistungsbereich unter >Datengestuetzte_Qualitaetssicherung/Dokumentationsraten/Leistungsbereich_DeQS< nicht vorhanden ist oder der Wert des Leistungsbereichs unter >Anzahl_Datensaetze_Standort< gleich "0" ist oder das Element >Anzahl_Datensaetze_Standort_Datenschutz< nicht vorhanden ist.

Prüfklasse: Pilot

Regel 81: Abgleich der Summen der voll- und teilstationären Fallzahlen in B-Teilen mit Kontrollsummen (obere und untere Grenze) zu den Hauptdiagnosen aus B-Teil	
Berichtsteil	B-X.5, B-X.6
Prüfklasse	Pilot
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Summe der voll- und teilstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen in den Kapiteln B-X.5 der Anzahl der Hauptdiagnosen nach ICD-10 in Kapitel B-X.6 entsprechen.
Fehlermeldung	Die Summe der voll- und teilstationären Fallzahlen der unten aufgeführten Organisationseinheiten/Fachabteilungen im Kapitel B-X.5 ist jeweils entweder kleiner als die untere oder größer als die obere Grenze der Summe an Hauptdiagnosen, die sich aus den in Kapitel B-X.6 angegebenen Hauptdiagnosen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung ergeben. Die untere Grenze der Summe an Hauptdiagnosen entspricht der Summe der Fallzahlen + 1 * (Anzahl der Angabe „Datenschutz“). Die obere Grenze der Summe an Hauptdiagnosen entspricht der Summe der Fallzahlen + 3 * (Anzahl der Angabe „Datenschutz“). Die beiden Grenzen ergeben sich aus dem datenschutzrechtlichen Umgang mit kleinen Fallzahlen im Qualitätsbericht: Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 wird anstatt der Fallzahl die Angabe „Datenschutz“ im Qualitätsbericht veröffentlicht.
Handlungsanweisung	Für jede Organisationseinheit/Fachabteilung darf die Summe der angegebenen voll- und teilstationären Fallzahl nicht kleiner sein als die untere Grenze und nicht größer sein als die obere Grenze der Summe an dokumentierten Hauptdiagnosen nach ICD-10. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingaben in den Kapiteln B-<X>.5 und B-<X>.6.
Implementierungsvorschrift	Für jede Fachabteilung > Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung < wird zunächst der Wert unter

	>Fallzahlen_OE/Vollstationaere_Fallzahl< sowie >Fallzahlen_OE/Teilstationaere_Fallzahl< ausgelesen. Die beiden Werte werden addiert. Anschließend werden für jede Fachabteilung/Organisationseinheit die Werte unter >Hauptdiagnosen/Hauptdiagnose/Fallzahl< summiert sowie die Anzahl des Auftretens des Elements >Hauptdiagnosen/Hauptdiagnose/Fallzahl_Datenschutz< gezählt. Aus der berechneten Summe der Fallzahlen und der berechneten Anzahl des Datenschutzelements wird eine untere ($[\text{Summe der Fallzahl}] + 1 * [\text{Anzahl Datenschutzelement}]$) und eine obere Grenze ($[\text{Summe der Fallzahl}] + 3 * [\text{Anzahl Datenschutzelement}]$) berechnet. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn für mindestens eine Fachabteilung/Organisationseinheit, die Summe der voll- und teilstationären Fallzahl kleiner der unteren oder größer der oberen Grenze ist.
--	--

Inkrafttreten erfolgt nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger