

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 2025

Vom 18. Juni 2026

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 18. Juni 2026 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser (Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 16. April 2026 (BAnz AT 06.05.2026 B4) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Die „Anlage für das Berichtsjahr 2025: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts“ wird wie folgt geändert:

1. In Kapitel „B-[X].6 Durchgeführte Prozeduren nach OPS“ wird der letzte Absatz durch den folgenden Absatz ersetzt:

„Es werden nur die OPS-Ziffern der voll- und teilstationären Fälle berücksichtigt, die auch in Kapitel A-10 gezählt werden. OPS-Ziffern, die im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen oder im Rahmen einer Hybrid-DRG (Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V) erfasst wurden, sind hier nicht anzugeben. Verbringungsleistungen sind nicht vom beauftragenden Krankenhaus darzustellen, da sie nicht von diesem unmittelbar durchgeführt wurden. Im Qualitätsbericht des beauftragten Krankenhauses hingegen können sie an entsprechender Stelle aufgenommen werden.“

2. Das Kapitel „B-[X].7 Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)“ wird durch das folgende Kapitel „B-[X].7 Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)“ ersetzt:

„B-[X].7 Leistungen der speziellen sektorengleichen Vergütung nach § 115f SGB V (Hybrid-DRG)

Hier sind die Hauptdiagnosen und die durchgeführten Prozeduren der als Hybrid-DRG abgerechneten Fälle anzugeben.

Es sind die Hauptdiagnosen nach ICD-10 der Fälle anzugeben, die der jeweiligen Organisationseinheit/Fachabteilung in Kapitel B-[X].4 zugeordnet sind. Die ICD-Ziffern sind endstellig und mit Fallzahl (Zahl > 0) anzugeben.

Es sind die Prozeduren mit ihrer jeweiligen OPS-Ziffer anzugeben. Die Häufigkeit einer OPS-Ziffer in einer Fachabteilung ergibt sich daraus, wie oft die entsprechende Prozedur von der Fachabteilung im Berichtsjahr erbracht wurde. Die OPS-Zählung erfolgt demnach immer bei der Fachabteilung, die die Leistung erbracht hat. Die OPS-Ziffern sind endstellig anzugeben.

Die Angaben erfolgen gemäß der jeweils für das Berichtsjahr geltenden Fassung des Leistungskatalogs (der Anlage 1 des Vertrags gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit der Vereinbarung gemäß § 115f Absatz 2 Satz 2 SGB V (Hybrid-DRG-Vereinbarung)).

Es ist die jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche ICD-10-GM-Version beziehungsweise der jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche OPS-Katalog zu verwenden. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern die amtliche ICD-10-GM-Version beziehungsweise der amtliche OPS-Katalog des Vorjahres zugrunde gelegt werden.“

II. Der „Anhang 1 für das Berichtsjahr 2025: Datensatzbeschreibung“ wird wie folgt geändert:

1. Das Element „3.15.1.7.1.1 Element <Prozedur> Elternelemente: 3.15.1.7.1 Element <Freiwillige_Angabe>, 3.15.1.7.2 Element <Verpflichtende_Angabe>“ wird durch das folgende Element „3.15.1.7.1.1 Element <Prozedur> Elternelemente: 3.15.1.7.1 Element <Freiwillige_Angabe>, 3.15.1.7.2 Element <Verpflichtende_Angabe>“ ersetzt:

„3.15.1.7.1.1 Element <Prozedur>

Elternelemente: 3.15.1.7.1 Element <Freiwillige_Angabe>, 3.15.1.7.2 Element <Verpflichtende_Angabe>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
OPS_301	OPS 301 Ziffer.	1	OPS 4- bis 6-stellig / Format: X-XXX[.XX]	B-X.6	Die OPS-Ziffern sind hier gemäß Anlage endstellig anzugeben. Es ist der jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche OPS-Katalog zu verwenden. Abweichend hiervon kann für die Abbildung von Überliegern der amtliche OPS-Katalog des Vorjahres zugrunde gelegt werden.
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Anzahl	Absolute Anzahl.	1	Wertebereich: 4 .. 100000	B-X.6	Die Häufigkeit einer OPS-Ziffer in einer Fachabteilung ergibt sich daraus, wie oft die entsprechende Prozedur von der Fachabteilung im Berichtsjahr

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
					erbracht wurde. Die OPS-Zählung erfolgt demnach immer bei der Fachabteilung, die die Leistung erbracht hat.
Anzahl_Datenschutzhutz		1	Kein Inhalt	-	
Ende Auswahlelement					

“

2. Das Element „3.15.1.8.2.1 Element <Prozeduren_Hybrid_DRG> Elternelemente: 3.15.1.8 Element <Leistungen_Hybrid_DRG>“ wird durch das folgende Element „3.15.1.8.2.1 Element <Prozeduren_Hybrid_DRG> Elternelemente: 3.15.1.8 Element <Leistungen_Hybrid_DRG>“ ersetzt:

„3.15.1.8.2.1 Element <Prozeduren_Hybrid_DRG>

Elternelemente: 3.15.1.8 Element <Leistungen_Hybrid_DRG>

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
OPS_301	OPS 301 Ziffer der Hybrid-DRG.	1	OPS 4- bis 6-stellig / Format: X-XXX[.XX]	B-X.7	Die OPS-Ziffern sind endstellig anzugeben. Die Angaben erfolgen gemäß der jeweils für das Berichtsjahr geltenden Fassung des Leistungskatalogs (der Anlage 1 des Vertrags gemäß § 115f Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V in Verbindung mit der Vereinbarung gemäß § 115f Absatz 2 Satz 2 SGB V (Hybrid-DRG-Vereinbarung)). (!) Dies wird nicht von der Schema-Datei überprüft. Es ist der jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche OPS-Katalog zu verwenden. Abweichend hiervon kann für

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
					die Abbildung von Überliegern der amtliche OPS-Katalog des Vorjahres zugrunde gelegt werden.
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Anzahl	Absolute Anzahl.	1	Wertebereich: 4 .. 100000	B-X.7	Die Häufigkeit einer OPS-Ziffer in einer Fachabteilung ergibt sich daraus, wie oft die entsprechende Prozedur von der Fachabteilung im Berichtsjahr erbracht wurde. Die OPS-Zählung erfolgt demnach immer bei der Fachabteilung, die die Leistung erbracht hat.
Anzahl_Datenschutzhutz		1	Kein Inhalt	-	
<i>Ende Auswahlelement</i>					

“

3. Das Element „6.1 Element <Dokumentationsraten> Elternelemente: 6 Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung>“ wird durch das folgende Element „6.1 Element <Dokumentationsraten> Elternelemente: 6 Element <Datengestuetzte_Qualitaetssicherung>“ 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	30	<u>siehe 6.1.1</u>	C-1.1	

“

4. Das Element „6.1.1 Element <Leistungsbereich_DeQS> Elternelemente: 6.1 Element <Dokumentationsraten>“ wird durch das folgende Element „6.1.1

Element <Leistungsbereich_DeQS> Elternelemente: 6.1 Element
<Dokumentationsraten>“ ersetzt:

„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", "HTXM_TX", "LTX", "LLS", "LUTX", "NLS", "HCH", "HCH_KC", "HCH_AK_KATH", , "HCH_AK_CHIR", "HCH_MK_CHIR", , "HCH_MK_KATH", , "10/2", "18/1", "15/1", "DEK", "09/1", "09/3", "09/4", "09/6", "16/1", "NEO", "HEP", "HEP_WE", "HEP_IMP",	C-1.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements Leistungsbereich nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
			"17/1"		
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"	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 Dokumentations rate_Datenschutz auszuwählen.
<i>Ende Auswahlelement</i>					
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Dokumentations rate	Dokumentations rate 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 Dokumentations rate 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.“

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
					einzufragen. Kann die Dokumentations rate nicht errechnet werden (Soll=0 und Ist>0), ist der Kommentar „Dokumentation srate nicht berechenbar“ einzufragen. Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist folgender Hinweis zu ergänzen: „Die Dokumentations rate wurde krankenhausbez ogen berechnet.“ (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Dokumentations rate_Datenschut z	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_Datensch utz auszuwählen.
<i>Ende Auswahlelement</i>					
<i>Beginn Auswahlelement</i>					
Anzahl_Datensa etze_Standort	Anzahl der dokumentierten Datensätze des Auswertungssta ndortes (ohne Minimaldatensät ze) im Leistungsbereich (Ist).	1	Wertebereich 0 und 4 .. 100000	C-1.1	
Anzahl_Datensa etze_Standort_D atenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt.	1	Kein Inhalt	C-1.1	
<i>Ende Auswahlelement</i>					

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Form	Nr.	Hinweis
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.", "Die Dokumentationsrate wurde krankenhausbezogen berechnet."	C-1.1	Siehe Erläuterungen zu Element Fallzahl.

“

- III. Nach dem „Anhang 2 für das Berichtsjahr 2025: Auswahllisten“ wird der aus dem **Anhang 1** zu diesem Beschluss ersichtliche „Anhang 3 für das Berichtsjahr 2025: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V“ eingefügt.
- IV. Nach dem „Anhang 3 für das Berichtsjahr 2025: Qualitätsindikatoren und Kennzahlen aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V“ wird der aus dem **Anhang 2** zu diesem Beschluss ersichtliche „Anhang 4 für das Berichtsjahr 2025: Plausibilisierungsregeln“ 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 2026

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

Anhang 3 für das Berichtsjahr 2025:

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

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 S99 „Sonstiges“ sowie der Freitextkommentar „Für das Erfassungsjahr 2025 ist keine Veröffentlichung der Beurteilung vorgesehen.“ angegeben werden.

Hinweis: Für die Qualitätsindikatoren (ID 392011, 402011, 382006, 372006, 352007 und 192300) 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56003	"Door-to-balloon"-Zeit bis 60 Minuten bei Erst-PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt	QI	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten erhielten innerhalb von 60 Minuten nach der Ankunft im Krankenhaus den Notfalleingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße. Die Patientinnen und Patienten hatten zuvor einen akuten Herzinfarkt mit vollständigem Verschluss eines Herzkranzgefäßes.
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56014	Erreichen des wesentlichen Interventionsziels bei PCI mit der Indikation ST-Hebungsinfarkt oder Nicht-ST-Hebungsinfarkt	QI	Ratenbasiert	Das Erweitern der Herzkranzgefäße war bei den Patientinnen und Patienten mit einem Herzinfarkt erfolgreich.
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56100	Symptomatische Indikation aus Patientensicht bei elektiver PCI	QI	Patientenbefragung – Risikoadjustierter QI/Kennzahl	Der geplante Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße war aus Sicht der Patientinnen und Patienten erforderlich, weil sie vorher Beschwerden hatten. Zum Beispiel: Schmerzen und ein Engegefühl im Brustkorb oder Kurzatmigkeit bei geringer körperlicher Belastung. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56101	Indikation aus Patientensicht bei elektiver Koronarangiografie	QI	Patientenbefragung – Risikoadjustierter QI/Kennzahl	Die geplante Herzkatheteruntersuchung war aus Sicht der Patientinnen und Patienten erforderlich, weil sie vorher Beschwerden hatten. Zum Beispiel: Schmerzen und ein Engegefühl im Brustkorb oder Kurzatmigkeit bei geringer körperlicher Belastung. Die Patientinnen und Patienten wurden vor der Herzkatheteruntersuchung informiert über eine mögliche Erweiterung der Herzkranzgefäße, eine geplante Bypass-Operation oder eine andere geplante Operation am Herzen. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56103	Prozessbegleitende Koordination der Versorgung	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Die Patientinnen und Patienten erhielten vom Pflegepersonal und von den Ärztinnen und Ärzten übereinstimmende Informationen. Die Patientinnen und Patienten konnten Angehörige oder andere Vertrauenspersonen zu Gesprächen mit Ärztinnen und Ärzten hinzuziehen, wenn sie das wollten. Die Patientinnen und Patienten hatten eine Herzkatheteruntersuchung oder einen Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße.
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56104	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation des Pflege- und Assistenzpersonals	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Die Patientinnen und Patienten machten im Umgang mit dem Pflege- und Assistenzpersonal gute Erfahrungen. Die Patientinnen und Patienten hatten eine Herzkatheteruntersuchung oder einen Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße.
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56105	Prozessbegleitende Interaktion und Kommunikation der Ärztinnen und Ärzte	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Die Patientinnen und Patienten machten im Umgang mit den Ärztinnen und Ärzten gute Erfahrungen. Die Patientinnen und Patienten hatten eine Herzkatheteruntersuchung oder einen Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56106	Patienteninformation vor der elektiven Prozedur	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Die Patientinnen und Patienten wurden aufgeklärt und informiert, bevor sie eine geplante Herzkatheteruntersuchung oder einen geplanten Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße hatten.
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56107	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente vor der elektiven Prozedur	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Die Patientinnen und Patienten wurden vor der Untersuchung oder dem Eingriff darüber informiert, dass sie ihre Medikamente absetzen oder umstellen müssen. Die Patientinnen und Patienten hatten eine geplante Herzkatheteruntersuchung oder einen geplanten Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße.
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56108	Entscheidungsbeteiligung der Patientinnen und Patienten	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Die Patientinnen und Patienten konnten sich an Entscheidungen beteiligen, die mit der Herzkatheteruntersuchung oder dem Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße zusammenhängen.
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56109	Organisation der Wartezeiten vor der elektiven Prozedur	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Die Wartezeit im Patientenhemd vor dem Herzkatheterlabor war kurz. Die Patientinnen und Patienten warteten auf eine geplante Herzkatheteruntersuchung oder einen geplanten Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56110	Interaktion und Kommunikation während der elektiven Prozedur	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Die Ärztinnen und Ärzte haben sich den Patientinnen und Patienten vor der Untersuchung oder dem Eingriff persönlich vorgestellt. Das Pflege- und Assistenzpersonal sowie die Ärztinnen und Ärzte sind während der Untersuchung oder des Eingriffs beruhigend auf die Patientinnen und Patienten eingegangen und haben den Ablauf erklärt. Die Patientinnen und Patienten hatten eine geplante Herzkatheteruntersuchung oder einen geplanten Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße.
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56111	Patienteninformation nach der Prozedur	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Die Patientinnen und Patienten erhielten nach der Untersuchung oder dem Eingriff Informationen zum Ergebnis und zum weiteren Vorgehen. Die Patientinnen und Patienten hatten eine geplante Herzkatheteruntersuchung oder einen geplanten Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße.
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56112	Informationen zum Absetzen oder Umstellen der Medikamente nach einer PCI	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Die Patientinnen und Patienten erhielten nach dem Eingriff Informationen darüber, ob sie ihre Medikamente absetzen oder wie sie ihre Medikamente umstellen sollen. Die Patientinnen und Patienten hatten einen Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße.
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56113	Informationen zu Rehabilitationsmöglichkeiten und Umgang mit psychischer Belastung bei dringender bzw. akuter PCI	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Die Patientinnen und Patienten erhielten Informationen darüber, wie eine Rehabilitation möglich ist und wie sie mit belastenden Gefühlen umgehen können. Die Patientinnen und Patienten hatten einen dringend notwendigen oder einen akuten Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56114	Angebot der Medikamentenmitgabe bei einer Entlassung an einem Wochenende oder Feiertag bei einer PCI	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Den Patientinnen und Patienten wurde beim Entlassen aus dem Krankenhaus am Wochenende oder einem Feiertag angeboten, die benötigten Medikamente oder ein Rezept mitzunehmen. Die Patientinnen und Patienten hatten einen Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße.
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56115	Unbehandelte Schmerzen in der Nachbeobachtung	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Die Patientinnen und Patienten wurden in der Zeit unmittelbar nach der Untersuchung oder dem Eingriff regelmäßig gefragt, ob sie Schmerzen haben. Sie erhielten Schmerzmittel, wenn sie Schmerzmittel benötigten. Die Patientinnen und Patienten hatten eine Herzkatheteruntersuchung oder einen Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße.
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56116	Sensibilitätsstörungen an den Gliedmaßen der Punktionsstelle	QI	Patientenbefragung – QI/Kennzahl	Die Patientinnen und Patienten hatten keine Beschwerden an der Einstichstelle. Zum Beispiel: Kribbeln, Schmerzen oder Taubheitsgefühle an den Gliedmaßen. Die Patientinnen und Patienten hatten eine Herzkatheteruntersuchung oder einen Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße.
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56117	Vermeidung schmerzhafter und / oder bewegungseinschränkender Hämatome bei der elektiven Prozedur	QI	Patientenbefragung – Risikoadjustierter QI/Kennzahl	Die Patientinnen und Patienten hatten keine Blutergüsse, die Schmerzen verursachten oder ihre Bewegung einschränkten. Die Patientinnen und Patienten hatten eine geplante Herzkatheteruntersuchung oder einen geplanten Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PCI	Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße und Herzkatheteruntersuchung	56118	Verbesserung der Symptomschwere bei elektiver PCI	QI	Patientenbefragung – Risikoadjustierter QI/Kennzahl	Die Beschwerden der Patientinnen und Patienten besserten sich nach dem geplanten Eingriff zum Erweitern der Herzkranzgefäße. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
CHE	Cholezystektomie	Entfernen der Gallenblase	58000	Operationsbedingte Gallenwegskomplikationen innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	Komplikationen an den Gallenwegen traten während der Operation zum Entfernen der Gallenblase oder innerhalb von 30 Tagen nach der Operation auf. Zum Beispiel: Verletzungen der Gallenwege oder das Durchtrennen oder der Verschluss des Hauptgallengangs. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
CHE	Cholezystektomie	Entfernen der Gallenblase	58004	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	Komplikationen traten innerhalb von 30 Tagen nach dem Entfernen der Gallenblase auf. Zum Beispiel: Blutgerinnsel in Gefäßen, in der Lunge oder im Gehirn, Lungenentzündung, Darmverschluss, Herzinfarkt oder Schlaganfall. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
CHE	Cholezystektomie	Entfernen der Gallenblase	58002	Eingriffsspezifische Infektionen innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	Infektionen traten innerhalb von 30 Tagen nach dem Entfernen der Gallenblase auf. Zum Beispiel: Bauchfellentzündung, Eiteransammlung im Lebergewebe oder Blutvergiftung (Sepsis). Die Infektionen hingen mit der Operation zusammen. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
CHE	Cholezystektomie	Entfernen der Gallenblase	58003	Interventionsbedürftige Blutungen innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	Blutungen traten innerhalb von 30 Tagen nach dem Entfernen der Gallenblase auf. Die Patientinnen und Patienten mussten deswegen behandelt werden. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
CHE	Cholezystektomie	Entfernen der Gallenblase	58001	Reintervention aufgrund von Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	Ein erneuter Eingriff war notwendig, weil innerhalb von 90 Tagen nach dem Entfernen der Gallenblase Komplikationen auftraten. Zum Beispiel: Verletzungen des Gallengangs oder der Blutgefäße oder Blutungen. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
CHE	Cholezystektomie	Entfernen der Gallenblase	58005	Weitere postoperative Komplikationen innerhalb eines Jahres	QI	Logistische Regression (O/E)	Komplikationen traten innerhalb eines Jahres nach dem Entfernen der Gallenblase auf. Zum Beispiel: Eingeweidebruch (Hernie) oder Verwachsungen. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
CHE	Cholezystektomie	Entfernen der Gallenblase	58006	Sterblichkeit innerhalb von 90 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben innerhalb von 90 Tagen nach dem Entfernen der Gallenblase. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572016	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierentransplantation	QI	Ratenbasiert	Schwere Komplikationen bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger traten während der Nierentransplantation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Blutungen, Verletzungen des Harnleiters, Infektionen oder Blutvergiftung (Sepsis).

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572017	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger verstarben im Krankenhaus während oder nach der Nierentransplantation.
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572018	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch ein Jahr nach der Nierentransplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie ein Jahr nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572019	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch zwei Jahre nach der Nierentransplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie zwei Jahre nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572020	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch drei Jahre nach der Nierentransplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie drei Jahre nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572021	5-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch fünf Jahre nach der Nierentransplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie fünf Jahre nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572022	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	QI	Ratenbasiert	Die transplantierte Niere funktionierte sofort nach der Transplantation bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger. Die Niere funktionierte bis zum Entlassen aus dem Krankenhaus. Die Niere stammte von einer verstorbenen Organspenderin oder einem verstorbenen Organspender.
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572023	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	QI	Ratenbasiert	Die transplantierte Niere funktionierte sofort nach der Transplantation bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger. Die Niere funktionierte bis zum Entlassen aus dem Krankenhaus. Die Niere stammte von einer lebenden Organspenderin oder einem lebenden Organspender.
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572024	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach postmortaler Organspende)	QI	Ratenbasiert	Die transplantierte Niere funktionierte bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger 90 Tage nach der Transplantation ausreichend gut. Die Niere stammte von einer verstorbenen Organspenderin oder einem verstorbenen Organspender.
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572025	Qualität der Transplantatfunktion 90 Tage nach Nierentransplantation (nach Lebendspende)	QI	Ratenbasiert	Die transplantierte Niere funktionierte bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger 90 Tage nach der Transplantation ausreichend gut. Die Niere stammte von einer lebenden Organspenderin oder einem lebenden Organspender.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572026	Qualität der Transplantatfunktion 1 Jahr nach Nierentransplantation	TKez	Ratenbasiert	Die transplantierte Niere funktionierte bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut.
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572027	Qualität der Transplantatfunktion 2 Jahre nach Nierentransplantation	TKez	Ratenbasiert	Die transplantierte Niere funktionierte bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger zwei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut.
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572028	Qualität der Transplantatfunktion 3 Jahre nach Nierentransplantation	TKez	Ratenbasiert	Die transplantierte Niere funktionierte bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger drei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut.
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572029	Qualität der Transplantatfunktion 5 Jahre nach Nierentransplantation	TKez	Ratenbasiert	Die transplantierte Niere funktionierte bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger fünf Jahre nach der Transplantation ausreichend gut.
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572032	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation	QI	Ratenbasiert	Die transplantierte Niere hörte innerhalb eines Jahres nach der Transplantation auf zu funktionieren. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob die Niere ein Jahr nach der Transplantation funktionierte oder nicht.)
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572033	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation	TKez	Ratenbasiert	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von zwei Jahren nach der Transplantation auf zu funktionieren. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob die Niere zwei Jahre nach der Transplantation funktionierte oder nicht.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572034	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation	TKez	Ratenbasiert	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von drei Jahren nach der Transplantation auf zu funktionieren. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob die Niere drei Jahre nach der Transplantation funktionierte oder nicht.)
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572035	Transplantatversagen innerhalb von 5 Jahren nach Nierentransplantation	TKez	Ratenbasiert	Die transplantierte Niere hörte innerhalb von fünf Jahren nach der Transplantation auf zu funktionieren. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob die Niere fünf Jahre nach der Transplantation funktionierte oder nicht.)
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation	572036	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger verstarben im Krankenhaus während oder nach der Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation.
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation	572037	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch ein Jahr nach der Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie ein Jahr nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation	572039	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch zwei Jahre nach der Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie zwei Jahre nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation	572041	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch drei Jahre nach der Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie drei Jahre nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation	572043	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	QI	Ratenbasiert	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger beim Entlassen aus dem Krankenhaus ausreichend gut.
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation	572044	Qualität der Pankreas-transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	TKez	Ratenbasiert	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger ein Jahr nach der Transplantation ausreichend gut.
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation	572045	Qualität der Pankreas-transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	TKez	Ratenbasiert	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin oder 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation	572046	Qualität der Pankreas-transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	TKez	Ratenbasiert	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse funktionierte bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger drei Jahre nach der Transplantation ausreichend gut.
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nieren-Transplantation	Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspeicheldrüsen-Nieren-Transplantation	572047	Entfernung des Pankreas-transplantats	QI	Ratenbasiert	Die transplantierte Bauchspeicheldrüse musste bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger wieder entfernt werden.
TX-HTX	Herztransplantationen	Herztransplantationen	2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger verstarben im Krankenhaus während oder nach der Herztransplantation.
TX-HTX	Herztransplantationen	Herztransplantationen	12253	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch ein Jahr nach der Herztransplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie ein Jahr nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)
TX-HTX	Herztransplantationen	Herztransplantationen	12269	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch zwei Jahre nach der Herztransplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie zwei Jahre nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-HTX	Herztransplantationen	Herztransplantationen	12289	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch drei Jahre nach der Herztransplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie drei Jahre nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Einsetzen von Herzunterstützungssystemen oder Kunstherzen	251800	Sterblichkeit im Krankenhaus nach Implantation eines Herzunterstützungssystems	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben im Krankenhaus während oder nach der Operation. Bei der Operation wurde ein Herzunterstützungssystem eingesetzt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Einsetzen von Herzunterstützungssystemen oder Kunstherzen	251801	Sterberisiko nach Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunstherzens	QI	Logistische Regression E	Das ist die Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Patientinnen und Patienten im Krankenhaus während oder nach der Operation versterben. Bei der Operation wird ein Herzunterstützungssystem oder ein künstliches Herz eingesetzt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Einsetzen von Herzunterstützungssystemen oder Kunstherzen	52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	QI	Ratenbasiert	Störungen des Nervensystems traten auf. Zum Beispiel: Durchblutungsstörung im Gehirn, Schlaganfall oder Koma. Bei der Operation wurde ein System eingesetzt, das die linke Herzkammer unterstützt.
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Einsetzen von Herzunterstützungssystemen oder Kunstherzen	52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	TKez	Ratenbasiert	Störungen des Nervensystems traten auf. Zum Beispiel: Durchblutungsstörung im Gehirn, Schlaganfall oder Koma. Bei der Operation wurde ein System eingesetzt, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Einsetzen von Herzunterstützungssystemen oder Kunstherzen	52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	TKez	Ratenbasiert	Störungen des Nervensystems traten auf. Zum Beispiel: Durchblutungsstörung im Gehirn, Schlaganfall oder Koma. Bei der Operation wurde ein künstliches Herz eingesetzt, das die Funktion des gesamten Herzens ersetzt.
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Einsetzen von Herzunterstützungssystemen oder Kunstherzen	52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	QI	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten hatten eine Blutvergiftung (Sepsis). Bei der Operation wurde ein System eingesetzt, das die linke Herzkammer unterstützt.
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Einsetzen von Herzunterstützungssystemen oder Kunstherzen	52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	TKez	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten hatten eine Blutvergiftung (Sepsis). Bei der Operation wurde ein System eingesetzt, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt.
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Einsetzen von Herzunterstützungssystemen oder Kunstherzen	52390	Sepsis bei Implantation eines TAH	TKez	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten hatten eine Blutvergiftung (Sepsis). Bei der Operation wurde ein künstliches Herz eingesetzt, das die Funktion des gesamten Herzens ersetzt.
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Einsetzen von Herzunterstützungssystemen oder Kunstherzen	52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	QI	Ratenbasiert	Das eingesetzte System funktionierte nicht richtig. Bei der Operation wurde ein System eingesetzt, das die linke Herzkammer unterstützt.
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Einsetzen von Herzunterstützungssystemen oder Kunstherzen	52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	TKez	Ratenbasiert	Das eingesetzte System funktionierte nicht richtig. Bei der Operation wurde ein System eingesetzt, das die linke und rechte Herzkammer unterstützt.
TX-MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunstherzen	Einsetzen von Herzunterstützungssystemen oder Kunstherzen	52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	TKez	Ratenbasiert	Das eingesetzte künstliche Herz funktionierte nicht richtig. Bei der Operation wurde ein künstliches Herz eingesetzt, 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspenden	2128	Intra- und postoperative behandlungsbedürftige Komplikationen bei Leberlebendspende	QI	Ratenbasiert	Komplikationen traten bei der Organspenderin oder dem Organspender während der Leberspende oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Komplikationen an den Gallenwegen, Blutgerinnsel in der Lunge oder Blutgerinnsel in einer tiefen Vene im Bein oder Becken, das den Blutfluss behindert. Die Komplikationen mussten behandelt werden.
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspenden	2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	Die Organspenderinnen und Organspender verstarben im Krankenhaus während oder nach der Leberspende.
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspenden	12296	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	QI	Ratenbasiert	Die Organspenderinnen und Organspender verstarben innerhalb eines Jahres nach der Leberspende. (Die Berechnung bezieht nur Organspenderinnen und Organspender mit ein, von denen bekannt war, ob sie ein Jahr nach der Leberspende lebten oder verstorben sind.)
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspenden	12308	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	QI	Ratenbasiert	Die Organspenderinnen und Organspender verstarben innerhalb von zwei Jahren nach der Leberspende. (Die Berechnung bezieht nur Organspenderinnen und Organspender mit ein, von denen bekannt war, ob sie zwei Jahre nach der Leberspende lebten oder verstorben sind.)
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspenden	12324	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	Ratenbasiert	Die Organspenderinnen und Organspender verstarben innerhalb von drei Jahren nach der Leberspende. (Die Berechnung bezieht nur Organspenderinnen und Organspender mit ein, von denen bekannt war, ob sie drei Jahre nach der Leberspende lebten oder verstorben sind.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspenden	262300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	QI	Anzahl	Ein, zwei oder drei Jahre nach der Leber-spende war nicht bekannt, ob die Organ-spendeinnen und Organspender lebten oder verstorben sind.
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspenden	2127	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender erforderlich	QI	Ratenbasiert	Eine Lebertransplantation war bei der Or-ganspenderin oder dem Organspender nach der Leberspende notwendig.
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspenden	12549	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebend-spende erforderlich	QI	Ratenbasiert	Eine Lebertransplantation war bei der Or-ganspenderin oder dem Organspender in-nerhalb eines Jahres nach der Leberspende notwendig.
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspenden	12561	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebend-spende erforderlich	QI	Ratenbasiert	Eine Lebertransplantation war bei der Or-ganspenderin oder dem Organspender in-nerhalb von zwei Jahren nach der Leber-spende notwendig.
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspenden	12577	Lebertransplantation bei Spenderin bzw. beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebend-spende erforderlich	QI	Ratenbasiert	Eine Lebertransplantation war bei der Or-ganspenderin oder dem Organspender in-nerhalb von drei Jahren nach der Leber-spende notwendig.
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspenden	12609	Beeinträchtigte Leber-funktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	QI	Ratenbasiert	Die Leber der Organspenderin oder des Or-ganspenders funktionierte ein Jahr nach der Leberspende nur eingeschränkt.
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspenden	12613	Beeinträchtigte Leber-funktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Leberlebend-spende)	QI	Ratenbasiert	Die Leber der Organspenderin oder des Or-ganspenders funktionierte zwei Jahre nach der Leberspende nur eingeschränkt.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-LLS	Leberlebendspenden	Leberlebendspenden	12617	Beeinträchtigte Leberfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	QI	Ratenbasiert	Die Leber der Organspenderin oder des Organspenders funktionierte drei Jahre nach der Leberspende nur eingeschränkt.
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantationen	2097	Tod durch operative Komplikationen	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger verstarben, weil Komplikationen innerhalb von 24 Stunden nach der Lebertransplantation auftraten. Zum Beispiel: Schlaganfall, Herzinfarkt, Blutungen oder die transplantierte Leber funktionierte nicht oder nur vorübergehend bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger.
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantationen	2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger verstarben im Krankenhaus während oder nach der Lebertransplantation.
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantationen	12349	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch ein Jahr nach der Lebertransplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie ein Jahr nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantationen	12365	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch zwei Jahre nach der Lebertransplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie zwei Jahre nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantationen	12385	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch drei Jahre nach der Lebertransplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie drei Jahre nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantationen	2133	Postoperative Verweildauer	QI	Ratenbasiert	Der Krankenhausaufenthalt nach der Lebertransplantation dauerte lange.
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantationen	272400	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Lebertransplantation	QI	Ratenbasiert	Komplikationen traten bei der Organempfängerin oder dem Organempfänger während der Lebertransplantation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Blutungen oder Infektionen.
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantationen	2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger verstarben im Krankenhaus während oder nach der Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation.
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantationen	12397	1-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch ein Jahr nach der Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie ein Jahr nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantationen	12413	2-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch zwei Jahre nach der Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie zwei Jahre nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen-Transplantationen	Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantationen	12433	3-Jahres-Überleben bei bekanntem Status	QI	Ratenbasiert	Die Organempfängerinnen und Organempfänger lebten mindestens noch drei Jahre nach der Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation. (Die Berechnung bezieht nur Organempfängerinnen und Organempfänger mit ein, von denen bekannt war, ob sie drei Jahre nach der Transplantation lebten oder verstorben sind.)
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspenden	51567	Intra- oder postoperative Komplikationen bei Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	Komplikationen traten bei der Organspende oder dem Organspender während der Nierenspende oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Blutungen oder es war eine erneute Operation notwendig.
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspenden	2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Ratenbasiert	Die Organspenderinnen und Organspender verstarben im Krankenhaus während oder nach der Nierenspende.
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspenden	12440	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	Die Organspenderinnen und Organspender verstarben innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende. (Die Berechnung bezieht nur Organspenderinnen und Organspender mit ein, von denen bekannt war, ob sie ein Jahr nach der Nierenspende lebten oder verstorben sind.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspenden	12452	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	Die Organspenderinnen und Organspender verstarben innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende. (Die Berechnung bezieht nur Organspenderinnen und Organspender mit ein, von denen bekannt war, ob sie zwei Jahre nach der Nierenspende lebten oder verstorben sind.)
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspenden	12468	Tod der Spenderin bzw. des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	Die Organspenderinnen und Organspender verstarben innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende. (Die Berechnung bezieht nur Organspenderinnen und Organspender mit ein, von denen bekannt war, ob sie drei Jahre nach der Nierenspende lebten oder verstorben sind.)
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspenden	292300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	Anzahl	Ein, zwei oder drei Jahre nach der Nierenspende war nicht bekannt, ob die Organspenderinnen und Organspender lebten oder verstorben sind.
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspenden	2138	Dialyse bei Lebendspenderin bzw. beim Lebendspender erforderlich	QI	Ratenbasiert	Eine regelmäßige Blutwäsche (Dialyse) war bei der Organspenderin oder dem Organspender nach der Nierenspende notwendig.
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspenden	12636	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	QI	Ratenbasiert	Die verbleibende Niere der Organspenderin oder des Organspenders funktionierte ein Jahr nach der Nierenspende nur eingeschränkt.
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspenden	12640	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	QI	Ratenbasiert	Die verbleibende Niere der Organspenderin oder des Organspenders funktionierte zwei Jahre nach der Nierenspende nur eingeschränkt.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspenden	12644	Eingeschränkte Nierenfunktion der Spenderin bzw. des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	QI	Ratenbasiert	Die verbleibende Niere der Organspenderin oder des Organspenders funktionierte drei Jahre nach der Nierenspende nur eingeschränkt.
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspenden	51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	Die Organspenderin oder der Organspender hatte Eiweiß im Urin innerhalb eines Jahres nach der Nierenspende. Eiweiß im Urin kann ein Anzeichen dafür sein, dass die Niere nicht mehr richtig funktioniert.
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspenden	51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	Die Organspenderin oder der Organspender hatte Eiweiß im Urin innerhalb von zwei Jahren nach der Nierenspende. Eiweiß im Urin kann ein Anzeichen dafür sein, dass die Niere nicht mehr richtig funktioniert.
TX-NLS	Nierenlebendspenden	Nierenlebendspenden	51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	QI	Ratenbasiert	Die Organspenderin oder der Organspender hatte Eiweiß im Urin innerhalb von drei Jahren nach der Nierenspende. Eiweiß im Urin kann ein Anzeichen dafür sein, dass die Niere nicht mehr richtig funktioniert.
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) bei geöffnetem Brustkorb	382001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach der Operation an der Herzklappe (Aortenklappe) bei geöffnetem Brustkorb. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) bei geöffnetem Brustkorb	382002	Tiefe Wundheilungsstörung oder Mediastinitis innerhalb von 90 Tagen	TKez	Ratenbasiert	Die Wunde im Inneren des Brustkorbs heilte nicht oder nur langsam oder es kam zu einer Entzündung des Bindegewebes zwischen den beiden Lungenflügeln innerhalb von 90 Tagen nach der Operation an der Herzklappe (Aortenklappe) bei geöffnetem Brustkorb.
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) bei geöffnetem Brustkorb	382006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben im Krankenhaus während oder nach der Operation an der Herzklappe (Aortenklappe) bei geöffnetem Brustkorb. (Die Berechnung berücksichtigt 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 geöffnetem Brustkorb	382007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben innerhalb von 30 Tagen nach der Operation an der Herzklappe (Aortenklappe) bei geöffnetem Brustkorb. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brustwarze eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	372006	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben im Krankenhaus während oder nach der Operation an der Herzklappe (Aortenklappe). Die Operation wurde mit einem Schlauch (Katheter) durchgeführt. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352001	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach der Operation an den Herzkranzgefäßen. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Die Wunde im Inneren des Brustkorbs heilte nicht oder nur langsam oder es kam zu einer Entzündung des Bindegewebes zwischen den beiden Lungenflügeln innerhalb von 90 Tagen nach der Operation an den Herzkranzgefäßen.
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koronararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352007	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben im Krankenhaus während oder nach der Operation an den Herzkranzgefäßen. (Die Berechnung berücksichtigt 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)	Die Patientinnen und Patienten verstarben innerhalb von 30 Tagen nach der Operation an den Herzkranzgefäßen. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) bei geöffnetem Brustkorb	402003	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach der Operation an der Herzklappe (Mitralklappe) bei geöffnetem Brustkorb. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) bei geöffnetem Brustkorb	402011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben im Krankenhaus während oder nach der Operation an der Herzklappe (Mitralklappe) bei geöffnetem Brustkorb. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) bei geöffnetem Brustkorb	402012	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben innerhalb von 30 Tagen nach der Operation an der Herzklappe (Mitralklappe) bei geöffnetem Brustkorb. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt zum Beispiel 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)	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen nach der Operation an der Herzklappe (Mitralklappe). Die Operation wurde mit einem Schlauch (Katheter) durchgeführt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt zum Beispiel in der Leiste eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392011	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben im Krankenhaus während oder nach der Operation an der Herzklappe (Mitralklappe). Die Operation wurde mit einem Schlauch (Katheter) durchgeführt. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Hautschnitt zum Beispiel 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)	Die Patientinnen und Patienten verstarben innerhalb von 30 Tagen nach der Operation an der Herzklappe (Mitralklappe). Die Operation wurde mit einem Schlauch (Katheter) durchgeführt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	162400	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose	QI	Ratenbasiert	Die Operation war aus medizinischen Gründen erforderlich, da eine oder beide Halsschlagadern um mehr als die Hälfte verengt waren. Die Patientinnen und Patienten hatten vor der Operation keine Beschwerden.
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	162401	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose	QI	Ratenbasiert	Die Operation an der verengten Halsschlagader war aus medizinischen Gründen erforderlich. Die Patientinnen und Patienten hatten vor der Operation Beschwerden. Zum Beispiel: Durchblutungsstörung im Auge oder im Gehirn, Sehverlust, Bewusstseinsverlust oder Lähmung einer Körperhälfte.
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation	QI	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall im Zusammenhang mit der Operation an der verengten Halsschlagader oder verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Die Halsschlagader auf der operierten Körperseite oder auf beiden Körperseiten war verengt. Die Patientinnen und Patienten hatten vor der Operation keine Beschwerden. Bei der Operation wurde gleichzeitig das verengte Herzkranzgefäß überbrückt (Bypass).

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	11704	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall im Zusammenhang mit der Operation an der verengten Halsschlagader oder verstarben während des Krankenhausaufenthalts. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	11724	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - offen-chirurgisch	TKez	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten hatten einen schweren Schlaganfall im Zusammenhang mit der Operation an der verengten Halsschlagader oder verstarben während des Krankenhausaufenthalts. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	162301	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall im Zusammenhang mit der Operation an der verengten Halsschlagader oder verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Die Halsschlagader auf der operierten Körperseite oder auf beiden Körperseiten war verengt. Die Patientinnen und Patienten hatten vor der Operation keine Beschwerden.
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall im Zusammenhang mit der Operation an der verengten Halsschlagader oder verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Die Halsschlagader auf der operierten Körperseite war verengt. Die Halsschlagader auf der anderen Körperseite war nicht stark verengt. Die Patientinnen und Patienten hatten vor der Operation keine Beschwerden.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall im Zusammenhang mit der Operation an der verengten Halsschlagader oder verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Die Halsschlagadern waren auf beiden Körperseiten verengt. Die Patientinnen und Patienten hatten vor der Operation keine Beschwerden.
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	TKez	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall im Zusammenhang mit der Operation an der verengten Halsschlagader oder verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Die Halsschlagader auf der operierten Körperseite oder auf beiden Körperseiten war verengt. Die Patientinnen und Patienten hatten vor der Operation Beschwerden. Zum Beispiel: Durchblutungsstörung im Auge oder im Gehirn, Sehverlust, Bewusstseinsverlust oder Lähmung einer Körperhälfte.
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	51873	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - katheter-gestützt	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall im Zusammenhang mit der Operation an der verengten Halsschlagader oder verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Die Operation wurde mit einem Schlauch (Katheter) durchgeführt. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	51865	Schwere periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus - kathetergestützt	TKez	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten hatten einen schweren Schlaganfall im Zusammenhang mit der Operation an der verengten Halsschlagader oder verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Die Operation wurde mit einem Schlauch (Katheter) durchgeführt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	162304	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall im Zusammenhang mit der Operation an der verengten Halsschlagader oder verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Die Operation wurde mit einem Schlauch (Katheter) durchgeführt. Die Halsschlagader auf der operierten Körperseite oder auf beiden Körperseiten war verengt. Die Patientinnen und Patienten hatten vor der Operation keine Beschwerden.
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall im Zusammenhang mit der Operation an der verengten Halsschlagader oder verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Die Operation wurde mit einem Schlauch (Katheter) durchgeführt. Die Halsschlagader war auf der operierten Körperseite verengt. Die Halsschlagader auf der anderen Körperseite war nicht stark verengt. Die Patientinnen und Patienten hatten vor der Operation keine Beschwerden.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall im Zusammenhang mit der Operation an der verengten Halsschlagader oder verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Die Operation wurde mit einem Schlauch (Katheter) durchgeführt. Die Halsschlagadern waren auf beiden Körperseiten verengt. Die Patientinnen und Patienten hatten vor der Operation keine Beschwerden.
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	TKez	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten hatten einen Schlaganfall im Zusammenhang mit der Operation an der verengten Halsschlagader oder verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Die Operation wurde mit einem Schlauch (Katheter) durchgeführt. Die Halsschlagader auf der operierten Körperseite oder auf beiden Körperseiten war verengt. Die Patientinnen und Patienten hatten vor der Operation Beschwerden. Zum Beispiel: Durchblutungsstörung im Auge oder im Gehirn, Sehverlust, Bewusstseinsverlust oder Lähmung einer Körperhälfte.
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Halsschlagader	161800	Postprozedurale fachneurologische Untersuchung	QI	Ratenbasiert	Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Erkrankungen des Nervensystems (Neurologie) untersuchte die Patientinnen und Patienten nach der Operation an der verengten Halsschlagader.
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	QI	Ratenbasiert	Vor der Behandlung wurde eine Gewebeprobe entnommen und untersucht. Anhand der Gewebeprobe wurde die Art des Tumors in der Brust festgestellt.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	212000	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Mikrokalk ohne Herdbefund	QI	Ratenbasiert	Die nicht tastbaren Neubildungen mit kleinen Kalkablagerungen (Mikrokalk) in der Brust wurden vor der Operation mit einem Draht markiert.
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	212001	Präoperative Drahtmarkierung nicht palpabler Befunde mit Herdbefund	QI	Ratenbasiert	Die nicht tastbaren Neubildungen in der Brust wurden vor der Operation mit einem Draht markiert.
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	QI	Ratenbasiert	Vor der Operation wurde das krankhafte Gewebe in der Brust, das entfernt werden soll, per Röntgenaufnahme mit einem Draht markiert. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass das krankhafte Gewebe entfernt wurde.
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	QI	Ratenbasiert	Vor der Operation wurde das krankhafte Gewebe in der Brust, das entfernt werden soll, per Ultraschall mit einem Draht markiert. Während der Operation wurde das entnommene Gewebe mittels einer Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung kontrolliert, um sicherzugehen, dass das krankhafte Gewebe entfernt wurde.
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	2163	Primäre Axilladisektion bei DCIS	TKez	Ratenbasiert	Die Lymphknoten in der Achselhöhle wurden vollständig oder nahezu vollständig entfernt. Die Patientinnen und Patienten hatten eine Vorstufe zu Brustkrebs.
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	QI	Ratenbasiert	Einer oder mehrere Lymphknoten in der Achselhöhle wurden entfernt. Die Patientinnen und Patienten hatten eine Vorstufe zu Brustkrebs. Bei der Operation wurde die betroffene Brust nicht vollständig entfernt.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	QI	Ratenbasiert	Das Entfernen der Wächterlymphknoten war aus medizinischen Gründen erforderlich. Über die Wächterlymphknoten lässt sich bestimmen, ob und wie weit sich die Brustkrebserkrankung ausgebreitet hat.
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	QI	Ratenbasiert	Zwischen dem Zeitpunkt, an dem die bösartige Neubildung in der Brust festgestellt wurde, und der erforderlichen Operation lagen weniger als 7 Tage. Somit hatten Patientinnen und Patienten nicht genug Zeit, sich über die Erkrankung zu informieren, um sich an Entscheidungen zur den unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten zu beteiligen.
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	211800	Postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz bei primärem invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QI	Ratenbasiert	Nach der Brustkrebsoperation fand eine Tumorkonferenz statt. Daran nahmen Expertinnen und Experten aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen teil. Die Expertinnen und Experten haben die Befunde besprochen und die weitere Behandlung der Patientinnen und Patienten abgestimmt.
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	212400	Prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz bei invasivem Mammakarzinom oder DCIS	QI	Ratenbasiert	Vor der Behandlung der Brustkrebserkrankung fand eine Tumorkonferenz statt. Daran nahmen Expertinnen und Experten aus verschiedenen medizinischen Fachbereichen teil. Die Expertinnen und Experten haben die Befunde besprochen und die weitere Behandlung der Patientinnen und Patienten abgestimmt.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Operationen an den Eileitern oder Eierstöcken (gynäkologische Operationen)	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	QI	Logistische Regression (O/E)	Mindestens eines der umliegenden Organe wurde während der Operation an den Eileitern oder Eierstöcken verletzt. Die Operation wurde mittels Bauchspiegelung durchgeführt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen.)
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Operationen an den Eileitern oder Eierstöcken (gynäkologische Operationen)	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	QI	Ratenbasiert	Nach der Operation an einem der beiden Eierstöcke wurde versäumt, eine Untersuchung des entfernten Gewebes vorzunehmen.
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Operationen an den Eileitern oder Eierstöcken (gynäkologische Operationen)	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	QI	Ratenbasiert	Einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter wurde bei der Operation entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch keine krankhafte Veränderung.
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Operationen an den Eileitern oder Eierstöcken (gynäkologische Operationen)	172000_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen bis 45 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	Ratenbasiert	Einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter wurde bei der Operation entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch keine krankhafte Veränderung. Die Patientinnen waren jünger als 46 Jahre.
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Operationen an den Eileitern oder Eierstöcken (gynäkologische Operationen)	172001_10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe bei Patientinnen ab 46 und bis 55 Jahre ohne pathologischen Befund	EKez	Ratenbasiert	Einer der beiden Eierstöcke oder Eileiter wurde bei der Operation entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch keine krankhafte Veränderung. Die Patientinnen waren 46 bis 55 Jahre alt.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Operationen an den Eileitern oder Eierstöcken (gynäkologische Operationen)	60685	Beidseitige Ovariectomie bei Patientinnen bis 45 Jahre und Operation am Ovar oder der Adnexe mit Normalbefund oder benigner Histologie	QI	Ratenbasiert	Beide Eierstöcke wurden bei der Operation an den Eierstöcken und/oder Eileitern entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch keine krankhaften Veränderungen oder hatte ein gutartiges Ergebnis. Die Patientinnen waren jünger als 46 Jahre.
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Operationen an den Eileitern oder Eierstöcken (gynäkologische Operationen)	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	Beide Eierstöcke wurden bei der Operation an den Eierstöcken und/oder Eileitern entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte jedoch keine krankhaften Veränderungen oder hatte ein gutartiges Ergebnis. Die Patientinnen waren 46 bis 55 Jahre alt.
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Operationen an den Eileitern oder Eierstöcken (gynäkologische Operationen)	612	Organerhaltung bei Operationen am Ovar bei Patientinnen bis 45 Jahre	QI	Ratenbasiert	Die Eierstöcke wurden bei der Operation nicht entfernt. Die Gewebeuntersuchung nach der Operation zeigte keine krankhaften Veränderungen oder hatte ein gutartiges Ergebnis. Die Patientinnen waren jünger als 46 Jahre.
GYN-OP	Gynäkologische Operationen	Operationen an den Eileitern oder Eierstöcken (gynäkologische Operationen)	52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	QI	Ratenbasiert	Die Patientinnen hatten länger als 24 Stunden einen Blasenkatheter nach der Operation an den Eileitern oder Eierstöcken.
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus)	52009	Stationär erworbener Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Stadium/Kategorie 1)	QI	Logistische Regression (O/E)	Ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Körperstelle. Die Berechnung bezieht nur Patientinnen und Patienten mit ein, deren Haut dabei beschädigt oder zerstört war (Stadium 2, 3 oder 4) oder bei denen das genaue Stadium des Druckgeschwürs nicht angegeben war. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus)	52326	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 2	TKez	Quote	Ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Körperstelle. Die oberen Hautschichten waren beschädigt. Eine Blase oder eine Abschürfung entstand auf der Haut (Stadium 2).
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus)	521801	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 3	TKez	Quote	Ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Körperstelle. Alle Hautschichten waren zerstört. Die tiefe offene Wunde reichte bis zur Muskulatur unter der Haut. Das unter der Haut liegende Gewebe war bei manchen Patientinnen und Patienten abgestorben (Stadium 3).
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus)	521800	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie nicht näher bezeichnet	TKez	Quote	Ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Körperstelle. Das genaue Stadium des Druckgeschwürs war nicht angegeben.
DEK	Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs (Dekubitus)	52010	Stationär erworbener Dekubitalulcus Stadium/Kategorie 4	QI	Quote	Ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstand während des Krankenhausaufenthalts an mindestens einer Körperstelle. Die Haut und ein großer Teil des umliegenden Gewebes waren zerstört und abgestorben. Muskeln, Sehnen und Knochen waren sichtbar (Stadium 4)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Einsetzen eines Herzschrittmachers	54143	Wahl eines Einkammersystems bei Patientinnen und Patienten ohne permanentes Vorhofflimmern	QI	Ratenbasiert	Ein Herzschrittmacher mit einem Einkammersystem wurde eingesetzt, obwohl die Patientinnen und Patienten kein ständiges Vorhofflimmern hatten. Ein solcher Herzschrittmacher sollte bei den meisten Patientinnen und Patienten nicht eingesetzt werden, weil dadurch Beschwerden auftreten können. Zum Beispiel: Schwindel, Ohnmachtsanfälle oder eine Herzschwäche. Nur in Einzelfällen kann ein solcher Herzschrittmacher aus medizinischen Gründen erforderlich sein.
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Einsetzen eines Herzschrittmachers	52305	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	QI	Ratenbasiert	Verschiedene Messungen während der Operation zeigten, dass die Kabel (Sonden) des Herzschrittmachers gut funktionierten. Bei der Operation wurde ein Herzschrittmacher eingesetzt.
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Einsetzen eines Herzschrittmachers	101801	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	Komplikationen traten während der Operation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Wundinfektionen. Bei der Operation wurde ein Herzschrittmacher eingesetzt. (Die Berechnung berücksichtigt nicht Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Herzschrittmachers.)
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Einsetzen eines Herzschrittmachers	52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Kabel (Sonden) haben sich nach dem Einsetzen eines Herzschrittmachers verschoben oder abgelöst oder funktionierten nicht richtig. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Einsetzen eines Herzschrittmachers	51191	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben im Krankenhaus. Es wurde ein Herzschrittmacher eingesetzt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Einsetzen eines Herzschrittmachers	2194	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	Multiplikatives Hazardratenmodell O / E (Kohortensichtweise)	Eine erneute Operation war innerhalb eines Jahres notwendig, weil nach dem Einsetzen eines Herzschrittmachers Probleme an den Kabeln (Sonden) oder der Muskeltasche auftraten. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Einsetzen eines Herzschrittmachers	2195	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	Multiplikatives Hazardratenmodell O / E (Kohortensichtweise)	Eine erneute Operation war innerhalb eines Jahres notwendig, weil nach dem Einsetzen eines Herzschrittmachers Infektionen auftraten oder der Herzschrittmacher das umliegende Gewebe oder die Haut durchbohrt hat. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HSMDEF-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	Reparatur, Austauschen oder Entfernen eines Herzschrittmachers	51404	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben im Krankenhaus. Es wurde ein Herzschrittmacher repariert, ausgetauscht oder entfernt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Einsetzen eines Defibrillators zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50055	Leitlinienkonforme Indikation	QI	Ratenbasiert	Das Einsetzen des Defibrillators war aus medizinischen Gründen erforderlich.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Einsetzen eines Defibrillators zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	131802	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	Komplikationen traten während der Operation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Wundinfektionen. Bei der Operation wurde ein Defibrillator eingesetzt. (Die Berechnung berücksichtigt nicht Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Defibrillators.)
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Einsetzen eines Defibrillators zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Kabel (Sonden) haben sich nach dem Einsetzen eines Defibrillators verschoben oder abgelöst oder funktionierten nicht richtig. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Einsetzen eines Defibrillators zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	132001	Prozedurassoziierte Probleme (Sonden- bzw. Taschenprobleme) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	Multiplikatives Hazardratenmodell O / E (Kohortensichtweise)	Eine erneute Operation war innerhalb eines Jahres notwendig, weil nach dem Einsetzen eines Defibrillators Probleme an den Kabeln (Sonden) oder der Muskeltasche auftraten. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Einsetzen eines Defibrillators zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	132002	Infektionen oder Aggregatperforationen als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres	FUQI	Multiplikatives Hazardratenmodell O / E (Kohortensichtweise)	Eine erneute Operation war innerhalb eines Jahres notwendig, weil nach dem Einsetzen eines Defibrillators Infektionen auftraten oder der Defibrillator das umliegende Gewebe oder die Haut durchbohrt hat. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HSMDEF-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Einsetzen eines Defibrillators zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	132003	Implantation der linksventrikulären Sonde bei CRT-Implantation	QI	Ratenbasiert	Das Kabel (Sonde) an der linken Herzkammer wurde beim Einsetzen eines speziellen Defibrillators (CRT) richtig angebracht, sodass der Defibrillator vollständig funktionierte.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Austauschen oder Entfernen eines Defibrillators zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	151800	Nicht sondenbedingte Komplikationen (inklusive Wundinfektionen)	QI	Ratenbasiert	Komplikationen traten während der Operation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Wundinfektionen. Bei der Operation wurde ein Defibrillator repariert, ausgetauscht oder entfernt. (Die Berechnung berücksichtigt nicht Komplikationen an den Kabeln (Sonden) des Defibrillators.)
HSMDEF-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	Reparatur, Austauschen oder Entfernen eines Defibrillators zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	51196	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben im Krankenhaus. Es wurde ein Defibrillator repariert, ausgetauscht oder entfernt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	TKez	Ratenbasiert	Die Mütter bekamen vor der Geburt Kortison, weil sich eine Frühgeburt ankündigte. Die Mütter mussten bereits 2 Tage vor der Geburt in das Krankenhaus aufgenommen worden sein.
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	50045	Perioperative Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	QI	Ratenbasiert	Die Mütter bekamen kurz vor oder kurz nach einer Kaiserschnittgeburt Antibiotika, um Infektionen vorzubeugen.
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	52249	Kaiserschnittgeburt	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Geburten fanden per Kaiserschnitt statt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Mütter und Kinder.)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182000_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 1	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden unter spontanen Wehen geboren. Sie befanden sich in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib). Sie wurden reif geboren und waren Einlinge. Die Mütter hatten zuvor keine Kinder geboren.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182300_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 2a	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden per Kaiserschnitt ohne spontane Wehen geboren. Sie befanden sich in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib). Sie wurden reif geboren und waren Einlinge. Die Geburt wurde eingeleitet. Die Mütter hatten zuvor keine Kinder geboren.
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182301_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 2b	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden per Kaiserschnitt ohne spontane Wehen geboren. Sie befanden sich in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib). Sie wurden reif geboren und waren Einlinge. Die Geburt wurde nicht eingeleitet. Die Mütter hatten zuvor keine Kinder geboren.
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182002_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 3	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden per Kaiserschnitt mit spontanen Wehen geboren. Sie befanden sich in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib). Sie wurden reif geboren und waren Einlinge. Die Mütter hatten zuvor bereits Kinder ohne Kaiserschnitt geboren.
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182302_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 4a	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden per Kaiserschnitt ohne spontane Wehen geboren. Sie befanden sich in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib). Sie wurden reif geboren und waren Einlinge. Die Geburt wurde eingeleitet. Die Mütter hatten zuvor bereits Kinder ohne Kaiserschnitt geboren.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182303_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 4b	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden per Kaiserschnitt ohne spontane Wehen geboren. Sie befanden sich in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib). Sie wurden reif geboren und waren Einlinge. Die Geburt wurde nicht eingeleitet. Die Mütter hatten zuvor bereits Kinder ohne Kaiserschnitt geboren.
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182004_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 5	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden per Kaiserschnitt geboren. Sie befanden sich in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib). Sie wurden reif geboren und waren Einlinge. Die Mütter hatten zuvor bereits mindestens einen Kaiserschnitt.
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182005_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 6	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden per Kaiserschnitt geboren. Sie befanden sich in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib). Sie waren Einlinge. Die Mütter hatten zuvor keine Kinder geboren.
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182006_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 7	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden per Kaiserschnitt geboren. Sie befanden sich in Beckenendlage (mit dem Becken nach unten im Mutterleib). Sie waren Einlinge. Die Mütter hatten zuvor bereits Kinder geboren.
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182007_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 8	EKez	Ratenbasiert	Die Mehrlinge wurden per Kaiserschnitt geboren.
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182008_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 9	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden per Kaiserschnitt geboren. Sie befanden sich in Querslage (quer im Mutterleib). Sie waren Einlinge.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182009_52249	Robson-Klassifikation - Ebene 10	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden per Kaiserschnitt geboren. Sie befanden sich in Schädellage (mit dem Kopf nach unten im Mutterleib). Sie wurden früh geboren und waren Einlinge.
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	QI	Ratenbasiert	Zwischen der Entscheidung für einen Notfallkaiserschnitt und der Geburt des Kindes verging zu viel Zeit (mehr als 20 Minuten).
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	321	Azidose bei reifen Einlingen (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen hatten eine Übersäuerung des Nabelschnurblutes. Sie wurden reif geboren und waren Einlinge. (Die Berechnung berücksichtigt nicht die individuellen Risiken der Mütter und Kinder.)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51397	Azidose bei reifen Einlingen	TKez	Logistische Regression (O/E)	Die Neugeborenen hatten eine Übersäuerung des Nabelschnurblutes. Sie wurden reif geboren und waren Einlinge. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Mütter und Kinder.)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51831	Azidose bei frühgeborenen Einlingen	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Neugeborenen hatten eine Übersäuerung des Nabelschnurblutes. Sie wurden früh geboren und waren Einlinge. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Mütter und Kinder.)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	318	Anwesenheit eines Pädia- ters bei Frühgeburten	QI	Ratenbasiert	Eine Kinderärztin oder ein Kinderarzt war bei den Geburten von Frühgeborenen anwesend.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GE BH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Neugeborenen verstarben nach der Geburt oder befanden sich – gemessen an Atmung, Puls, Muskelspannung, Hautfarbe und Reflexen – in einem kritischen Gesundheitszustand oder hatten eine Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel) oder eine Übersäuerung des Nabelschnurblutes. Die Kinder wurden reif geboren. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Mütter und Kinder.)
PM-GE BH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51808_51803	Verstorbene Kinder	KKez	Logistische Regression (O/E)	Die Neugeborenen verstarben im Krankenhaus nach der Geburt. Die Kinder wurden reif geboren. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Mütter und Kinder.)
PM-GE BH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51813_51803	Kinder mit 5-Minuten-Apgar unter 5	KKez	Logistische Regression (O/E)	Die Neugeborenen befanden sich – gemessen an Atmung, Puls, Muskelspannung, Hautfarbe und Reflexen – in einem kritischen Gesundheitszustand. Die Kinder wurden reif geboren. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Mütter und Kinder.)
PM-GE BH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51818_51803	Kinder mit Base Excess unter -16	KKez	Logistische Regression (O/E)	Die Neugeborenen hatten eine Störung des Säure-Basen-Haushalts im Blut (Basenmangel). Die Kinder wurden reif geboren. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Mütter und Kinder.)
PM-GE BH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51823_51803	Kinder mit Azidose (pH < 7,00)	KKez	Logistische Regression (O/E)	Die Neugeborenen hatten eine Übersäuerung des Nabelschnurblutes. Die Kinder wurden reif geboren. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Mütter und Kinder.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	181800	Qualitätsindex zum Dammriss Grad IV	TKez	Logistische Regression (O/E)	Es kam zu einer schweren Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (Dammriss Grad 4) bei Müttern während der Geburt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Mütter und Kinder.)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	181801_181800	Dammrisse Grad IV bei spontanen Einlingsgeburten	KKez	Logistische Regression (O/E)	Es kam zu einer schweren Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (Dammriss Grad 4) bei Müttern während der Geburt von Einlingen. Die Geburt fand ohne operative oder instrumentelle Hilfe (wie Kaiserschnitt, Saugglocke oder Zange) statt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Mütter und Kinder.)
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	181802_181800	Dammrisse Grad IV bei vaginal-operativen Einlingsgeburten	KKez	Logistische Regression (O/E)	Es kam zu einer schweren Verletzung des Schließmuskels und der Darmschleimhaut (Dammriss Grad 4) bei Müttern während der Geburt von Einlingen. Bei der Geburt wurde zum Beispiel eine Saugglocke oder eine Geburtszange verwendet. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Mütter und Kinder.)
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	Die Kinder hätten aufgrund ihres Risikos in einem anderen Krankenhaus geboren werden müssen, das speziell auf die Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen mit dem höchsten Risiko ausgerichtet ist (Perinatalzentrum 1). Die Geburt fand jedoch in einem Krankenhaus statt, das weniger gut für die Versorgung dieser Kinder ausgestattet ist (Perinatalzentrum Level 2).

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182011	Kinder, die in einer Klinik mit perinatalem Schwerpunkt geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QI	Ratenbasiert	Die Kinder hätten aufgrund ihres Risikos in einem anderen Krankenhaus geboren werden müssen, das speziell auf die Versorgung von Schwangeren und Früh- und Neugeborenen ausgerichtet ist (Perinatalzentrum Level 1 oder 2). Die Geburt fand jedoch in einem Krankenhaus statt, das weniger gut für die Versorgung dieser Kinder ausgestattet ist (sogenannter perinataler Schwerpunkt).
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	182014	Kinder, die in einer Geburtsklinik geboren wurden, aber in einer höheren Versorgungsstufe hätten geboren werden müssen	QI	Ratenbasiert	Die Kinder hätten aufgrund ihres Risikos in einem anderen Krankenhaus geboren werden müssen, das speziell auf die Versorgung von Schwangeren und Früh- und Neugeborenen ausgerichtet ist (Perinatalzentrum Level 1 oder 2) oder zumindest eine geburts-hilfliche Abteilung mit Zugang zu einer Kinderklinik hat (sogenannter perinataler Schwerpunkt). Die Geburt fand jedoch in einem Krankenhaus statt, das weniger gut für die Versorgung dieser Kinder ausgestattet ist (sogenannte Geburtsklinik).
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51070	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen verstarben im Krankenhaus. Die Kinder waren aufgrund bestimmter Merkmale vorbelastet. (Die Berechnung berücksichtigt nicht die individuellen Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222402	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risiko-Lebendgeborenen	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Neugeborenen verstarben im Krankenhaus. Die Kinder waren aufgrund bestimmter Merkmale vorbelastet. (Die Berechnung berücksichtigt die individuellen Risiken der Kinder.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51832	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	Die sehr kleinen Frühgeborenen verstarben im Krankenhaus. (Die Berechnung berücksichtigt nicht die individuellen Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51837	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	TKez	Logistische Regression (O/E)	Die sehr kleinen Frühgeborenen verstarben im Krankenhaus. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine schwere Blutung im Gehirn. Bei den Kindern wurde ein Ultraschall am Kopf durchgeführt. (Die Berechnung berücksichtigt nicht die individuellen Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50050	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	TKez	Logistische Regression (O/E)	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine schwere Blutung im Gehirn. Bei den Kindern wurde ein Ultraschall am Kopf durchgeführt. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine schwere Blutung im Gehirn und mussten aufgrund einer Ansammlung von Flüssigkeit im Gehirn operiert werden.
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine schwere Entzündung des Magen-Darm-Traktes. (Die Berechnung berücksichtigt nicht die individuellen Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51843	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK)	TKez	Logistische Regression (O/E)	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine schwere Entzündung des Magen-Darm-Traktes. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222400	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP) (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine Lochbildung in der Darmwand. (Die Berechnung berücksichtigt nicht die individuellen Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222401	Fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	TKez	Logistische Regression (O/E)	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine Lochbildung in der Darmwand. (Die Berechnung berücksichtigt 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)	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine schwere Entzündung des Magen-Darm-Traktes oder eine Lochbildung in der Darmwand und mussten deswegen operiert oder behandelt werden. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine chronische Lungenerkrankung und benötigten zusätzlichen Sauerstoff im Alter von 36 Wochen nach der letzten Menstruation der Mutter. (Die Berechnung berücksichtigt nicht die individuellen Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50053	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	TKez	Logistische Regression (O/E)	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine chronische Lungenerkrankung und benötigten zusätzlichen Sauerstoff im Alter von 36 Wochen nach der letzten Menstruation der Mutter. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) (rohe Rate)	TKez	Ratenbasiert	Die Frühgeborenen hatten eine schwere Schädigung der Netzhaut im Auge. Bei den Kindern wurde eine augenärztliche Untersuchung durchgeführt, um Veränderungen der Netzhaut im Auge frühzeitig zu erkennen. (Die Berechnung berücksichtigt nicht die individuellen Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50052	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	TKez	Logistische Regression (O/E)	Die Frühgeborenen hatten eine schwere Schädigung der Netzhaut im Auge. Bei den Kindern wurde eine augenärztliche Untersuchung durchgeführt, um Veränderungen der Netzhaut im Auge frühzeitig zu erkennen. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Frühgeborenen verstarben im Krankenhaus oder hatten eine schwere Blutung im Gehirn, eine schwere Entzündung des Magen-Darm-Traktes oder eine schwere Schädigung der Netzhaut im Auge oder sie hatten eine chronische Lungenerkrankung und benötigten zusätzlichen Sauerstoff im Alter von 36 Wochen nach der letzten Menstruation der Mutter. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51136_51901	Sterblichkeit im Krankenhaus bei sehr kleinen Frühgeborenen	KKez	Logistische Regression (O/E)	Die sehr kleinen Frühgeborenen verstarben im Krankenhaus. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51141_51901	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH)	KKez	Logistische Regression (O/E)	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine schwere Blutung im Gehirn. Bei den Kindern wurde ein Ultraschall am Kopf durchgeführt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
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)	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine schwere Entzündung des Magen-Darm-Traktes oder eine Lochbildung in der Darmwand. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51156_51901	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	KKez	Logistische Regression (O/E)	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine chronische Lungenerkrankung und benötigten zusätzlichen Sauerstoff im Alter von 36 Wochen nach der letzten Menstruation der Mutter. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	51161_51901	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP)	KKez	Logistische Regression (O/E)	Die Frühgeborenen hatten eine schwere Schädigung der Netzhaut im Auge. Bei den Kindern wurde eine augenärztliche Untersuchung durchgeführt, um Veränderungen der Netzhaut im Auge frühzeitig zu erkennen. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50060	Nosokomiale Infektion	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Frühgeborenen hatten eine Blutvergiftung (Sepsis) oder eine Lungenentzündung. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)
PM-NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50062	Pneumothorax unter oder nach Beatmung	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Neugeborenen wurden beatmet und hatten eine Ansammlung von Luft oder Flüssigkeit zwischen Lunge und Brustwand. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222000_50062	Keine Punktion oder Drainage des Pneumothorax	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden beatmet und hatten eine Ansammlung von Luft oder Flüssigkeit zwischen Lunge und Brustwand. Es war jedoch nicht erforderlich, eine Nadel oder einen Schlauch in den Brustkorb einzuführen, um die Luft oder Flüssigkeit abzuleiten.
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222001_50062	Behandlung des Pneumothorax mit Einmalpunktion	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden beatmet und hatten eine Ansammlung von Luft oder Flüssigkeit zwischen Lunge und Brustwand. Deswegen wurde einmalig eine Nadel in den Brustkorb eingeführt, um die Luft oder Flüssigkeit abzuleiten.
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	222002_50062	Behandlung des Pneumothorax mit mehreren Punktionen oder Pleuradrainage	EKez	Ratenbasiert	Die Neugeborenen wurden beatmet und hatten eine Ansammlung von Luft oder Flüssigkeit zwischen Lunge und Brustwand. Deswegen wurde mehrmals eine Nadel oder ein Schlauch in den Brustkorb eingeführt, um die Luft oder Flüssigkeit abzuleiten.
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50063	Durchführung eines Hörtests	QI	Ratenbasiert	Ein Hörtest wurde bei den Frühgeborenen durchgeführt.
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50069	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei sehr kleinen Frühgeborenen	QI	Logistische Regression (O/E)	Die sehr kleinen Frühgeborenen hatten eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius bei der Aufnahme auf die versorgende Station im Krankenhaus. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen	50074	Aufnahmetemperatur unter 36,0 °C bei Risiko-Lebendgeborenen	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Neugeborenen hatten eine Körpertemperatur unter 36 Grad Celsius bei der Aufnahme auf die versorgende Station im Krankenhaus. Die Kinder hatten bei der Geburt keinen Sauerstoff- und Durchblutungsmangel, der mit einem Unterkühlen des Körpers einherging. Die Kinder waren aufgrund bestimmter Merkmale vorbelastet. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Kinder.)
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkels, bei der die gebrochenen Knochenteile zum Beispiel mit Schrauben, Nägeln, Drähten oder Metallplatten verbunden werden, um wieder zusammenwachsen zu können	54030	Präoperative Verweildauer	QI	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten mussten zu lange im Krankenhaus auf die Operation warten. Bei Patientinnen und Patienten, die keine gerinnungshemmenden Medikamente einnahmen, erfolgte die Operation später als 24 Stunden nach der Aufnahme ins Krankenhaus. Bei Patientinnen und Patienten, die gerinnungshemmende Medikamente einnahmen, erfolgte die Operation später als 48 Stunden nach der Aufnahme ins Krankenhaus. Nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkels wurden bei der Operation die gebrochenen Knochenteile zum Beispiel mit Schrauben, Nägeln, Drähten oder Metallplatten verbunden, um wieder zusammenwachsen zu können.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl				
Leistungsbereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes	Berechnungsart	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkels, bei der die gebrochenen Knochenteile zum Beispiel mit Schrauben, Nägeln, Drähten oder Metallplatten verbunden werden, um wieder zusammenwachsen zu können	54033	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten waren beim Entlassen aus dem Krankenhaus nicht in der Lage, mit oder ohne Gehhilfe zu gehen. Vor dem Bruch waren sie dazu noch in der Lage. Nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkels wurden bei der Operation die gebrochenen Knochenteile zum Beispiel mit Schrauben, Nägeln, Drähten oder Metallplatten verbunden, um wieder zusammenwachsen zu können. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkels, bei der die gebrochenen Knochenteile zum Beispiel mit Schrauben, Nägeln, Drähten oder Metallplatten verbunden werden, um wieder zusammenwachsen zu können	54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	Logistische Regression (O/E)	Komplikationen traten während der Operation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Wundinfektionen, Blutungen oder Knochenbruch. Nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkels wurden bei der Operation die gebrochenen Knochenteile zum Beispiel mit Schrauben, Nägeln, Drähten oder Metallplatten verbunden, um wieder zusammenwachsen zu können. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkels, bei der die gebrochenen Knochenteile zum Beispiel mit Schrauben, Nägeln, Drähten oder Metallplatten verbunden werden, um wieder zusammenwachsen zu können	54042	Allgemeine Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	Logistische Regression (O/E)	Komplikationen traten während der Operation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Schlaganfall, Lungenentzündung oder Blutgerinnsel. Nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkels wurden bei der Operation die gebrochenen Knochenteile zum Beispiel mit Schrauben, Nägeln, Drähten oder Metallplatten verbunden, um wieder zusammenwachsen zu können. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Operation nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkels, bei der die gebrochenen Knochenteile zum Beispiel mit Schrauben, Nägeln, Drähten oder Metallplatten verbunden werden, um wieder zusammenwachsen zu können	54046	Sterblichkeit bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	TKez	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkels wurden bei der Operation die gebrochenen Knochenteile zum Beispiel mit Schrauben, Nägeln, Drähten oder Metallplatten verbunden, um wieder zusammenwachsen zu können. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	54003	Präoperative Verweildauer	QI	Ratenbasiert	Die Patientinnen und Patienten mussten zu lange im Krankenhaus auf die Operation warten. Die Operation erfolgte später als 48 Stunden nach der Aufnahme ins Krankenhaus. Nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkelknochens wurde bei der Operation ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt.
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	QI	Logistische Regression (O/E)	Komplikationen traten während der Operation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Blutgerinnsel, Lungenentzündung oder akute Herz-Kreislauf-Probleme. Nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkelknochens wurde bei der Operation ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	Logistische Regression (O/E)	Komplikationen traten während der Operation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Blutgerinnsel, Lungenentzündung oder akute Herz-Kreislauf-Probleme. Bei der geplanten Operation wurde erstmalig ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Logistische Regression (O/E)	Komplikationen traten während der Operation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Blutgerinnsel, Lungenentzündung oder akute Herz-Kreislauf-Probleme. Bei der Operation wurden das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	QI	Logistische Regression (O/E)	Komplikationen traten während der Operation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Wundinfektionen, Blutungen oder Knochenbruch. Nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkelknochens wurde bei der Operation ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI	Logistische Regression (O/E)	Komplikationen traten während der Operation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Wundinfektionen, Blutungen oder Knochenbruch. Bei der geplanten Operation wurde erstmalig ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Logistische Regression (O/E)	Komplikationen traten während der Operation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Wundinfektionen, Blutungen oder Knochenbruch. Bei der Operation wurden das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	191800_54120	Implantatassoziierte Komplikationen	KKez	Logistische Regression (O/E)	Komplikationen traten am Knochen oder am künstlichen Hüftgelenk während der Operation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: ein Knochenbruch rund um das künstliche Hüftgelenk, oder das künstliche Hüftgelenk war verrenkt oder ausgekugelt. Bei der Operation wurden das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	191801_54120	Weichteilkomplikationen	KKez	Logistische Regression (O/E)	Komplikationen am Gewebe traten während der Operation oder während des anschließenden Krankenhausaufenthalts auf. Zum Beispiel: Wundinfektionen, Absterben von Gewebe an den Wundrändern, Verletzung eines Blutgefäßes, Nervenschaden, Nachblutung oder Blutansammlungen in der Wunde. Bei der Operation wurden das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile ausgetauscht. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	54012	Gehunfähigkeit bei Entlassung	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten waren beim Entlassen aus dem Krankenhaus nicht in der Lage, mit oder ohne Gehhilfe zu gehen. Vor dem Bruch oder bei der Aufnahme ins Krankenhaus waren sie dazu noch in der Lage. Bei der Operation wurde ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile wurden ausgetauscht. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	192300	Kein Treppensteigen bei Entlassung	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten waren beim Entlassen aus dem Krankenhaus nicht in der Lage, mit oder ohne Hilfe Treppen zu steigen. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus waren sie dazu noch in der Lage. Bei der geplanten Operation wurde ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile wurden ausgetauscht. (Die Berechnung berücksichtigt 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	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	54013	Sterblichkeit bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation und Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben während des Krankenhausaufenthalts. Bei der geplanten Operation wurde ein künstliches Hüftgelenk eingesetzt oder das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile wurden ausgetauscht. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	191914	Sterblichkeit bei einer hüftgelenknahen Femurfraktur	TKez	Logistische Regression (O/E)	Die Patientinnen und Patienten verstarben während des Krankenhausaufenthalts nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkelknochens. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversorgung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	10271	Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel innerhalb von 90 Tagen	FUQI	Multiplikatives Hazardratenmodell O / E (Kohortensichtweise)	Das künstliche Hüftgelenk oder einzelne Teile mussten innerhalb von 90 Tagen nach dem Einsetzen ausgetauscht werden. (Die Berechnung berücksichtigt individuelle Risiken der Patientinnen und Patienten.)

(Anzahl: n = 258)

Tabelle B:

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

[leer]

Tabelle C:

Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren bzw. Kennzahlen

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzge- fäße und Herzkatheteruntersuchung	56000	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven Korona- rangiographie (isoliert oder einzeitig)	QI
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzge- fäße und Herzkatheteruntersuchung	56012	Therapiebedürftige Blutungen und punktionsnahe Komplikationen innerhalb von 7 Tagen	QI
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzge- fäße und Herzkatheteruntersuchung	56018	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit isolierter Koronarangiographie	QI
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzge- fäße und Herzkatheteruntersuchung	56020	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit PCI	QI
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzge- fäße und Herzkatheteruntersuchung	56022	MACCE innerhalb von 7 Tagen bei Patientinnen und Patienten mit Erst-PCI bei ST-Hebungsinfarkt	QI
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzge- fäße und Herzkatheteruntersuchung	56024	30-Tage-Sterblichkeit bei PCI (8. bis 30. postprozeduraler Tag)	QI
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzge- fäße und Herzkatheteruntersuchung	56026	1-Jahres-Sterblichkeit bei PCI (31. bis 365. postprozeduraler Tag)	TKez
PCI	Perkutane Koronarinter- vention und Koronarangio- graphie	Eingriff zum Erweitern der Herzkranzge- fäße und Herzkatheteruntersuchung	56102	Routinemäßige Terminvereinbarung zur Kontrollkoronarangiografie bei der elektiven Prozedur	QI

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren 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
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren 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
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren 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
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren 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
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren 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
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren 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

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
WI-NI-A	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach ambulanten Operationen - Verfahren 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
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) ste- hen.	2500	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up))	QI
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) ste- hen.	2504	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Nicht-Implan- tat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	TKez
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) ste- hen.	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
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) ste- hen.	2501	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operationen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QI
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) ste- hen.	2505	Nosokomiale postoperative Wundinfektionen mit Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) nach stationären Operationen (Implantat- Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	TKez
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) ste- hen.	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
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) ste- hen.	2502	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operati- onen (Nicht-Implantat-Operationen, bis zu 30 Tage Follow-up)	QI

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) ste- hen.	2503	Tiefe nosokomiale postoperative Wundinfektionen nach stationären Operati- onen (Implantat-Operationen, bis zu 90 Tage Follow-up)	QI
WI-NI-S	Nosokomiale postopera- tive Wundinfektionen nach stationären Operationen - Verfahren in Erprobung	Infektionen im Wundbereich, die im Zu- sammenhang mit einer Operation im Krankenhaus (mit Übernachtung) ste- hen.	342000	30-Tage-Sterblichkeit nach tiefen nosokomialen postoperativen Wundinfekti- onen (stationäre Operationen)	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572001	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten	QI
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572048	Unvollständige Information über Behandlungsmöglichkeiten bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572002	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt	QI
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572049	Keine Evaluation zur Transplantation durchgeführt bei Patientinnen und Pati- enten unter 18 Jahren	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572003	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehand- lung bzw. Hämo(dia)filtration	QI
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572050	Kein Shunt innerhalb von 180 Tagen nach Beginn der Hämodialysebehand- lung bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572004	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration	QI
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572051	Katheterzugang bei Hämodialyse bzw. Hämo(dia)filtration bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572005	Dialysefrequenz pro Woche	QI

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572052	Dialysefrequenz pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572006	Dialysedauer pro Woche	QI
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572053	Dialysedauer pro Woche bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572007	Ernährungsstatus	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572054	Ernährungsstatus bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572008	Anämiemanagement	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572055	Anämiemanagement bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572009	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen	QI
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572056	Hospitalisierung aufgrund von gefäßzugangsassoziierten Komplikationen bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572010	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen	QI
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572057	Hospitalisierung aufgrund von PD-Katheter-assoziierten Infektionen bei Pati- entinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572011	1-Jahres-Überleben	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572058	1-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572012	2-Jahres-Überleben	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572059	2-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572013	3-Jahres-Überleben	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572060	3-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572014	5-Jahres-Überleben	TKez
NET-DIAL	Dialyse	Blutwäsche bei eingeschränkter Nieren- funktion oder Nierenversagen (Dialyse)	572061	5-Jahres-Überleben bei Patientinnen und Patienten unter 18 Jahren	TKez
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	302300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Nierentrans- plantation	QI
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572100	Niedrige Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	TKez
NET-NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	572101	Hohe Rate behandlungsbedürftiger Abstoßungen innerhalb von 90 Tagen	TKez
NET-PNTX	Pankreas- und Pankreas- Nieren-Transplantation	Bauchspeicheldrüsen- oder Bauchspei- cheldrüsen-Nieren-Transplantation	312300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Pankreas- /Pankreas-Nieren-Transplantation	QI
TX-HTX	Herztransplantationen	Herztransplantationen	252300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Herztrans- plantation	QI
TX-LTX	Lebertransplantationen	Lebertransplantationen	272300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lebertrans- plantation	QI
TX-LUTX	Lungen- und Herz-Lungen- Transplantationen	Lungen- oder Herz-Lungen-Transplanta- tionen	282300	Unbekannter Follow-up-Status innerhalb von 3 Jahren nach der Lungen- /Herz-Lungen-Transplantation	QI

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) bei geöffnetem Brustkorb	382000	Intraprozedurale Komplikationen	QI
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) bei geöffnetem Brustkorb	382003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) bei geöffnetem Brustkorb	382004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) bei geöffnetem Brustkorb	382005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez
KCHK-AK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader) bei geöffnetem Brustkorb	382008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brust- warze eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	372000	Intraprozedurale Komplikationen	QI

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brust- warze eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	372001	Gefäßkomplikationen während des stationären Aufenthalts	QI
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brust- warze eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	372002	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brust- warze eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	372003	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brust- warze eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	372004	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brust- warze eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	372005	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brust- warze eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	372007	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI
KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe	Operation an der Aortenklappe (Ventil zwischen der linken Herzkammer und der Hauptschlagader), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Schnitt an der Leiste oder der Brust- warze eingeführt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	372008	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koro- nararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352400	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koro- nararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koro- nararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352006	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez
KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie	Operation, die ausschließlich die Koro- nararterien (Herzkranzgefäße) betrifft	352009	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Koronararterien (Herzkranzgefäßen), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aor- tenklappe, Mitralklappe, Trikuspi- dalklappe oder Pulmonalklappe) ope- riert wird	362004	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Koronararterien (Herzkranzgefäßen), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aor- tenklappe, Mitralklappe, Trikuspi- dalklappe oder Pulmonalklappe) ope- riert wird	362005	Schlaganfall innerhalb von 30 Tagen	QI
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Koronararterien (Herzkranzgefäßen), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aor- tenklappe, Mitralklappe, Trikuspi- dalklappe oder Pulmonalklappe) ope- riert wird	362006	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Ta- gen	QI
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Koronararterien (Herzkranzgefäßen), 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
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Koronararterien (Herzkranzgefäßen), 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

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Koronararterien (Herzkranzgefäßen), 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 nach einem Mitralklappeneingriff	QI
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Koronararterien (Herzkranzgefäßen), 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
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Koronararterien (Herzkranzgefäßen), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aor- tenklappe, Mitralklappe, Trikuspi- dalklappe oder Pulmonalklappe) ope- riert wird	362401	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Koronararterien (Herzkranzgefäßen), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aor- tenklappe, Mitralklappe, Trikuspi- dalklappe oder Pulmonalklappe) ope- riert wird	362018	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Koronararterien (Herzkranzgefäßen), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aor- tenklappe, Mitralklappe, Trikuspi- dalklappe oder Pulmonalklappe) ope- riert wird	362019	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Koronarterien (Herzkranzgefäßen), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362020	Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	QI
KCHK-KC-KOMB	Kombinierte Koronar- und Herzklappenchirurgie	Operation an den Koronarterien (Herzkranzgefäßen), bei der gleichzeitig mindestens an einer Herzklappe (Aortenklappe, Mitralklappe, Trikuspidalklappe oder Pulmonalklappe) operiert wird	362021	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) bei geöffnetem Brustkorb	402002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) bei geöffnetem Brustkorb	402004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Tagen	QI
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) bei geöffnetem Brustkorb	402005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) bei geöffnetem Brustkorb	402007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	QI
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der linken Herzkammer) bei geöffnetem Brustkorb	402008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der lin- ken Herzkammer) bei geöffnetem Brust- korb	402009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der lin- ken Herzkammer) bei geöffnetem Brust- korb	402010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez
KCHK-MK-CHIR	Offen-chirurgische isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der lin- ken Herzkammer) bei geöffnetem Brust- korb	402013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der lin- ken Herzkammer), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haut- schnitt zum Beispiel in der Leiste einge- führt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392002	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen während des stationären Aufenthalts	QI
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der lin- ken Herzkammer), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haut- schnitt zum Beispiel in der Leiste einge- führt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392004	Endokarditis während des stationären Aufenthalts oder innerhalb von 90 Ta- gen	QI
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der lin- ken Herzkammer), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haut- schnitt zum Beispiel in der Leiste einge- führt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392005	Schwerwiegende eingriffsbedingte Komplikationen innerhalb von 90 Tagen	QI

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der lin- ken Herzkammer), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haut- schnitt zum Beispiel in der Leiste einge- führt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392007	Rehospitalisierung aufgrund einer Herzinsuffizienz innerhalb eines Jahres nach einem Mitralklappeneingriff	QI
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der lin- ken Herzkammer), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haut- schnitt zum Beispiel in der Leiste einge- führt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392008	Erneuter Eingriff innerhalb von 30 Tagen	QI
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der lin- ken Herzkammer), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haut- schnitt zum Beispiel in der Leiste einge- führt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392009	Erneuter Eingriff innerhalb eines Jahres	QI
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der lin- ken Herzkammer), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haut- schnitt zum Beispiel in der Leiste einge- führt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392010	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	TKez
KCHK-MK-KATH	Kathetergestützte isolierte Mitralklappeneingriffe	Operation an der Mitralklappe (Ventil zwischen dem linken Vorhof und der lin- ken Herzkammer), bei der ein Schlauch (Katheter) über einen kleinen Haut- schnitt zum Beispiel in der Leiste einge- führt und zumeist über ein Blutgefäß bis zum Herzen vorgeschoben wird	392013	Sterblichkeit innerhalb eines Jahres	QI

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Hals-schlagader	162300	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - offen-chirurgisch	TKez
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Hals-schlagader	162302	Periprozedurale Schlaganfälle oder Todesfälle im Krankenhaus bei akuter Schlaganfallbehandlung - kathetergestützt	TKez
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Hals-schlagader	162303	Postprozedurale lokale Komplikationen im Krankenhaus - kathetergestützt	TKez
KAROTIS	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellen eines ausreichenden Blutflusses in einer verengten Hals-schlagader	162402	Periprozedurales Neuromonitoring	TKez
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	2005	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	QI
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	2006	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus)	TKez
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	2007	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus)	TKez
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	232000_20 05	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (ohne COVID-19-Fälle)	EKez
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	232001_20 06	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (nicht aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	232002_20 07	Frühe erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie (aus anderem Krankenhaus und ohne COVID-19-Fälle)	EKez

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	2009	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme	QI
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	232003_20 09	Frühe antibiotische Therapie nach Aufnahme (inkl. COVID-19-Fälle)	EKez
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	2013	Frühmobilisation nach Aufnahme	QI
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	232004_20 13	Frühmobilisation nach Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	QI
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	232005_20 28	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19-Fälle)	EKez
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	TKez
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	232006_20 36	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung (ohne COVID-19- Fälle)	EKez
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	50778	Sterblichkeit im Krankenhaus	QI
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	232007_50 778	Sterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle)	EKez

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	232010_50 778	Sterblichkeit im Krankenhaus (nur COVID-19-Fälle)	EKez
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	231900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (nicht risikoadjustiert)	TKez
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	232008_23 1900	Gesamtsterblichkeit im Krankenhaus (ohne COVID-19-Fälle, nicht risikoadjustiert)	EKez
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	QI
CAP	Ambulant erworbene Pneumonie	Patientinnen und Patienten erkranken außerhalb des Krankenhauses an einer Lungenentzündung	232009_50 722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme (ohne COVID-19-Fälle)	EKez
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	52267	HER2-positive Befunde: niedrige HER2-Positivitätsrate	QI
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	212300_52 267	HER2-Positivitätsrate	EKez
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	52278	HER2-positive Befunde: hohe HER2-Positivitätsrate	QI
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	212301_52 278	HER2-Positivitätsrate	EKez
MC	Mammachirurgie	Operationen an der Brust	60659	Nachresektionsrate	QI
HSMDEF-HSM- IMPL	Herzschrittmacher-Implan- tation	Einsetzen eines Herzschrittmachers	101803	Leitlinienkonforme Indikation	QI
HSMDEF-HSM- IMPL	Herzschrittmacher-Implan- tation	Einsetzen eines Herzschrittmachers	54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI

Leistungsbereich			Qualitätsindikator / Kennzahl		
Leistungsbe- reich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators / der Kennzahl	Art des Wertes
HSMDEF-HSM- IMPL	Herzschrittmacher-Implan- tation	Einsetzen eines Herzschrittmachers	101802	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez
HSMDEF-DEFI- IMPL	Implantierbare Defibrilla- toren - Implantation	Einsetzen eines Defibrillators zur Be- handlung von Herzrhythmusstörungen	50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	QI
HSMDEF-DEFI- IMPL	Implantierbare Defibrilla- toren - Implantation	Einsetzen eines Defibrillators zur Be- handlung von Herzrhythmusstörungen	52316	Akzeptable Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messun- gen	QI
HSMDEF-DEFI- IMPL	Implantierbare Defibrilla- toren - Implantation	Einsetzen eines Defibrillators zur Be- handlung von Herzrhythmusstörungen	131803	Zugang über die Vena subclavia beim Vorschieben der Sonden	TKez
PM-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	331	Müttersterblichkeit im Rahmen der stationären Geburt	QI
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugebore- nen	51077	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) (rohe Rate)	TKez
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugebore- nen	50051	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	TKez
PM-NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugebore- nen	52262	Zunahme des Kopfumfangs	QI
HGV-OSFRAK	Hüftgelenknahe Femur- fraktur mit osteosyntheti- scher Versorgung	Operation nach einem Bruch des oberen Teils des Oberschenkels, bei der die ge- brochenen Knochenteile zum Beispiel mit Schrauben, Nägeln, Drähten oder Metallplatten verbunden werden, um wieder zusammenwachsen zu können	54050	Sturzprophylaxe	QI
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen-Erstimplantation	QI
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel	QI
HGV-HEP	Hüftendoprothesenversor- gung	Erstmaliges Einsetzen oder Austauschen eines künstlichen Hüftgelenks	54004	Sturzprophylaxe	QI

(Anzahl: n = 148)

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	
		Erfassung (Spezifikations- modul)	Basis C-1.1 im Qualitätsbericht			Basis C-1.2 im Qualitätsbericht	
Verfah- rens- num- mer	QS-Verfahren/ Leis- tungsbereich		Sollstatistik (Kürzel)	Sollstatistik (Bezeichnung)	Teilmenge Zählleistungs- bereich (ZLB) ¹	Auswertungsmodul (Kürzel)	Auswertungsmodul (Langform)
					HTXM_TX (Herztransplantation)	TX-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-Trans- plantationen
		LUTXFU	-	-	-		
		NLS	NLS	Nierenlebendspende	-	TX-NLS	Nierenlebendspenden
		NLSFU	-	-	-		
6	Koronarchirurgie und Eingriffe an Herzklap- pen (QS KCHK)	HCH	HCH	Herzchirurgie	HCH_KC (Koronarchirurgische Operation)	KCHK-KC	Isolierte Koronarchirurgie

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)
					HCH_AK_KATH (Kathetergestützte Aortenklappeneingriffe)	KCHK-AK-KATH	Kathetergestützte isolierte Aortenklappeneingriffe
					HCH_AK_CHIR (Offen-chirurgische Aortenklappeneingriffe)	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

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)
11	Dekubitusprophylaxe (QS DEK)	DEK	DEK	Dekubitusprophylaxe	-	DEK	Dekubitusprophylaxe
12	Versorgung mit Herzschrittmachern und implantierbaren Defibrillatoren (QS HSMDEF)	09/1	09/1	Herzschrittmacher-Implantation	-	HSMDEF-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation
		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
		09/6	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

Anhang 4 für das Berichtsjahr 2025: 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 81: Abgleich der Summen der voll- und teilstationären Fallzahlen in B-Teilen mit Kontrollsummen (obere und untere Grenze) zu den Hauptdiagnosen aus B-Teil	118
Regel 84: Nicht-Angabe des rechnerischen Ergebnisses bei nicht abgeschlossener qualitativer Bewertung	120
Regel 85: Abgleich der standortidentifizierenden Daten im Dateinamen und im Qualitätsbericht	122
Regel 86: Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur erstmaligen oder erneuten Erbringung einer Leistung	123
Regel 87: Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur Erteilung einer Sondergenehmigung zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung durch die Landesbehörden	125
Regel 88: Anzahl der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten	127
Regel 89: Anzahl der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten (A-Teil)	129
Regel 90: Anzahl der anästhesietechnischen Assistentinnen und anästhesietechnischen Assistenten ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	131
Prüfklasse: Weich	133
Regel 2: Zulässige OPS-Codes	133
Regel 3: Zulässige ICD-10-GM-Codes	135
Regel 13: Anzahl der Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen, Psychologinnen und Psychologen (M. Sc. oder M. A.)	136
Regel 14: Anzahl der Klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen	138
Regel 15: Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten	140
Regel 16: Anzahl der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten	142
Regel 17: Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit	144
Regel 18: Anzahl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten	146
Regel 19: Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten	148
Regel 20: Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	150
Regel 52: Prüfung der UTF-8 Zeichenkodierung	152
Regel 55: Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Allgemeinstationen	153
Regel 56: Vergleich des Händedesinfektionsmittelverbrauchs von Intensivstationen	154

Regel 57: Abgleich OPS und Angaben zur Mindestmengenregelung.....	156
Regel 61: Ergebnis der Prüfung durch die Landesbehörden	158
Regel 62: Mindestmengen: Prüfung der Angaben zur bestätigten Prognose.....	160
Regel 77: Mindestmengen: Vorhandensein des Leistungsbereichs bei Angaben zu im Berichtsjahr erreichten Leistungsmengen zur Prognosedarlegung	162
Regel 82: Abgleich der Dokumentationsraten mit den QS-Ergebnissen.....	164
Regel 83: Abgleich der QS-Ergebnisse mit den Dokumentationsraten.....	165
Prüfklasse: Pilot.....	166

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/Pflegekräfte/Gesundheitskrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK</i><
--	---

Regel 6: Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger	
Berichtsteil	A-11.2, B-X.11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (berichtsteilübergreifend)
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger aller Fachabteilungen ist.
Fehlermeldung	Die Anzahl <Datenplatzhalter> der "Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger" 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 Gesundheitskinderkrankenpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankenpfleger. 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_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK< angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter

	>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheits_Kinderkrankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<
--	--

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<
--	--

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Belegaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> wird mit dem Wert

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

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.
--	--

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalerfassung/Bescha</i>

	<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.
--	--

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 <i>>Personalerfassung/Beschaef-tigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaef-tigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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

	>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Aerzte/Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung/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_Fachabteilungszuordnung/Fachaerzte/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	---

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftig</i>

	ungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung/Beschaef-tigungsverhaeltnis/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.
--	--

Regel 26: Anzahl der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	
Berichtsteil	A-11.2
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Anzahl des Personals (A-Teil)
Beschreibung	Diese Regel überprüft die Summe von Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpflegern 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/Gesundheits_Krankenpfleger< entsprechen in Summe nicht >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Gesundheits_Krankenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskrankenpflegerinnen und Gesundheitskrankenpfleger 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 <i>>Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheits_Kinderkrankenschwäger<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheits_Kinderkrankenschwäger/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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.
--	--

Regel 28: Anzahl der Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwäger ohne Fachabteilungsanordnung (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 Fachabteilungsanordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwägern ohne Fachabteilungsanordnung ohne direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsanordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungsanordnung/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_Fachabteilungsanordnung/Anzahl_VK<
Handlungsanweisung	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Der Wert Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskinderkrankenschwestern und Gesundheitskinderkrankenschwäger ohne Fachabteilungsanordnung 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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> wird mit dem Wert <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Altenpfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuord</i>

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

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/Beschaefligungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaefligungsverhaeltnis/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.
---------------------------------	---

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

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

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 <i>>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaefligungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaefligungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegeassistenten/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungs_zuordnung/Anzahl_VK<</i>
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.
---------------------------------	---

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> 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.
--	---

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/Beschaefligungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaefligungsverhaeltnis/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/Beschaefigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Krankenpflegehelfer/Personalerfassung_ohne_Fachabteilun gszuordnung/Beschaefigungsverhaeltnis/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.
---------------------------------	---

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

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

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/Beschaefligungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und >Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaefligungsverhaeltnis/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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> 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.
--	--

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 <i>>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaefligungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaefligungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Hebammen_Entbindungspfleger/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<</i>
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.
---------------------------------	--

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> 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.
--	--

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 <i>>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Operationstechnische_Assistenz/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> 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.
--	---

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 <i>>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Medizinische_Fachangestellte/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<</i>
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.
---------------------------------	--

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Diplom_Psychologen/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Diplom_Psychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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.
--	--

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Klinische_Neuropsychologen/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Klinische_Neuropsychologen/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/Klinische_Neuropsychologen/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	--

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychologische_Psychotherapeuten/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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.
--	---

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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.
--	--

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal</i>

	<i>/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< wird mit dem Wert</i> <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/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/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.</i>
--	--

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Ergotherapeuten/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> wird mit dem

	Wert >Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Ergotherapeuten/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/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK< ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	---

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Physiotherapeuten/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal</i>

	<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.
--	--

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Sozialpaedagogen/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal</i>

	<i>/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> wird mit dem Wert <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal/Sozialpaedagogen/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/Sozialpaedagogen/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i> ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
--	---

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personale rfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezielles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personale</i>

	<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.
--	--

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 (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 "Allogene Stammzelltransplantation 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.

	• 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 (100) 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 (75) 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 : 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
--	--

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.
--	--

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

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

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 >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Leistungs_berechtigung_Prognosejahr< ist der Standort im Prognosejahr nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< "Ja" angegeben. • 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 nicht zur Leistungserbringung berechtigt. Jedoch ist bei >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmali_ge_oder_erneute_Erbringung< "Ja" angegeben. • 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 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

	>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmali ge_oder_erneute_Erbringung< und >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis _Sicherstellung_Versorgung< geprüft. Wird bei mindestens einem dieser Elemente "Ja" angegeben, dann gilt der Test als nicht bestanden.
--	---

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 >Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung< ausgewählt, jedoch weder eine Angabe zur Zuordnung zu einer Notfallstufe unter >Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe< noch wird unter >Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt/Tatbestand_Spezialversorgung< eine Angabe gemacht.
Handlungsanweisung	Wenn das Element >Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung< ausgewählt wurde, muss mindestens ein Element unter >Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe< oder unter >Qualitaetsbericht/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 >Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung< gesucht. Tritt das Element auf wird geprüft, ob mindestens eines der Elemente >Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe< oder >Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Voraussetzungen_Spezialversorgung_erfuellt/Tatbestand_Spezialversorgu ng< vorhanden ist. Ansonsten gilt der Test als nicht bestanden.

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 >Qualitaetsbericht/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 >Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet< gesucht. Tritt das Element auf wird geprüft, ob mindestens eines der Elemente >Qualitaetsbericht/Teilnahme_Notfallversorgung/Teilnahme_Notfallstufe/Notfallstufe_zugeordnet/Basisnotfallversorgung_Stufe_1< oder >Qualitaetsbericht/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.
--	---

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

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

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 direktes Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.
Fehlermeldung	Die Felder <i>>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaefligungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaefligungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen/Personalerfassung_ohne_Fachabteilung_szuordnung/Anzahl_VK<</i>
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.
---------------------------------	--

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen_BSc/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen_BSc/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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 <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen_BSc/Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> wird mit dem Wert

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

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 <i>>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaefligungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Beschaefligungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen_BSc/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Pflegefachpersonen_BSc/Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung/Anzahl_VK<</i>
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.
--	--

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.
--	--

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.
--	--

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.
--	--

Regel 79: Abgleich der vollstationären Fallzahl im A-Teil mit Kontrollsumme aus B-Teilen	
Berichtsteil	A-10, B-X.4
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Summe der vollstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen in den Kapiteln B-X.4 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.4 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.4 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.4
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Summe der teilstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen in den Kapiteln B-X.4 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.4 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.4 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 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.4, B-X.5
Prüfklasse	Hart
Regelkategorie	Wenn-Dann-Regel
Beschreibung	Diese Regel überprüft, dass die Summe der voll- und teilstationären Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen in den Kapiteln B-X.4 der Anzahl der Hauptdiagnosen nach ICD-10 in Kapitel B-X.5 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>.4 und B-<X>.5.
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.
--	---

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.
--	--

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/Erstmali ge_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/Erstmali ge_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 <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung<</i> gemacht. Jedoch wurde in <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<</i> "Ja" angegeben. • Laut Ihren Angaben zum Leistungsbereich <Datenplatzhalter> gemäß Mm-R wurden keine Angaben in Kapitel C-5.2.1c in <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erlaubnis_Sicherstellung_Versorgung<</i> gemacht. Jedoch wurde in <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<</i> "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<
--	--

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 <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> und <i>>Personalerfassung/Beschaeftigungsverhaeltnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK<</i> in <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Anaesthesietechnische_Assistenz/<</i> entsprechen in Summe nicht <i>>Qualitaetsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraefte/Anaesthesietechnische_Assistenz/Personalerfassung/Anzahl_VK<</i>
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.
--	---

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.6
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/htmlops2025/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.
--	---

Regel 3: Zulässige ICD-10-GM-Codes	
Berichtsteil	B-X.5
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/htmlgm2025/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.
--	---

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.
--	---

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

	<i>>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Psychologische_Psychotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK< entspricht.</i>
--	---

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.
--	--

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/Ausgewähltes_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Psychotherapeuten_in_Ausbildung_während_Tätigkeit/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.
--	--

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/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_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

	<i>>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Ergotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK< entspricht.</i>
--	--

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/Ausgewaehltes_Personal_Psych/Ausgewaehltes_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

	<i>>Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Physiotherapeuten/Personalerfassung/Anzahl_VK< entspricht.</i>
--	--

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/Ausgewähltes_Personal_Psych/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal/Sozialpädagogen/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.
--	--

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 (57,5 ml/Patiententag) bzw. doppelten (230 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 57,5 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 230 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 (57,5ml/Patiententag) bzw. doppelten (230 ml/Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet.
--	--

Regel 57: Abgleich OPS und Angaben zur Mindestmengenregelung	
Berichtsteil	B-X.6, 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 in der Fassung vom 21. März 2006 (BAnz S. 5389), die zuletzt durch Beschluss vom 20.02.2025 (BAnz AT 24.03.2025 B3) geändert wurde (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/62-492-3774/Mm-R_2025-02-20_iK-2025-01-01.pdf) 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.
--	---

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. "Rechtsstreit 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

	<i>ge_oder_erneute_Erbringung</i> < "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 <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<</i>. • 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 <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmali ge_oder_erneute_Erbringung<</i>.
Implementierungsvorschrift	Auslesen des Wertes <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Leistungsberechtigung_Prognose/Leistungsbereich/Ergebnis_Pruefung_Landesbehoerden<</i>. Wenn der Wert "Ja" entspricht, dann werden die Angaben in <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende<</i> und <i>>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Erstmali ge_oder_erneute_Erbringung<</i> 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

	>Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Q3_4_Q1_2_Leistungsmenge< jeweils größer oder gleich der Mindestmenge des jeweiligen Leistungsbereichs unter >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Bezeichnung< sind. Trifft dies zu, wird die Eingabe in >Qualitaetsbericht/Qualitaetssicherung/Mindestmengen/Mindestmengen_Angabe_Prognosejahr/Leistungsbereich/Ergebnis_Prognosepruefung_Landesverbaende/Pruefung_Landesverbaende< 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 Aufnahmegewicht kleiner 1250 g : 25 • Chirurgische Behandlung des Brustkrebses (Mamma-Ca-Chirurgie) : 100 • Thoraxchirurgische Behandlung des Lungenkarzinoms bei Erwachsenen : 75 • Herztransplantation : 10 • Chirurgische Behandlung bösartiger Neubildungen des Kolons (Kolonkarzinomchirurgie) : 20 • Chirurgische Behandlung bösartiger Neubildungen am Rektum und am Übergang vom Rektum zum Sigmadarm (Rektumkarzinomchirurgie) : 15
--	--

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, Kolonkarzinomchirurgie und Rektumkarzinomchirurgie) 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, Kolonkarzinomchirurgie und Rektumkarzinomchirurgie) 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. Die Leistungsbereiche "Herztransplantation", „Kolonkarzinomchirurgie“ und „Rektumkarzinomchirurgie“ sind nicht zu berücksichtigen.
--	--

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

Im Berichtsjahr 2025 werden keine Regeln pilotiert.