

# Tragende Gründe



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Beschluss eines Anhangs 4 zu Anlage 1 für das Berichtsjahr 2017

Vom 21. Juni 2018

### Inhalt

1.	Rechtsgrundlage .....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Bürokratiekostenermittlung .....	3
4.	Verfahrensablauf .....	4
5.	Fazit .....	4
6.	Zusammenfassende Dokumentation.....	4

## 1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V einen Beschluss über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zu fassen. In dem jährlich zu veröffentlichenden Qualitätsbericht ist der Stand der Qualitätssicherung, insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und 136a Absatz 1 SGB V sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit diesem Beschluss wird ein Anhang 4 zu Anlage 1 Qb-R (Plausibilisierungsregeln) für das Berichtsjahr 2017 eingefügt.

Der Anhang 4 zu Anlage 1 Qb-R (Plausibilisierungsregeln) wird für das Berichtsjahr 2017 erstmals gefasst. Bereits im Berichtsjahr 2016 wurden die Qualitätsberichte im Rahmen des Annahmeverfahrens nach Anlage 2 Qb-R zusätzlich zur Prüfung des Datenschemas anhand von sechs Plausibilisierungsregeln gemäß G-BA-Beschluss vom 24. November 2016 ([https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2760/2016-11-24\\_Qb-R\\_Abnahme-GFL-Plausibilisierungskonzept.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2760/2016-11-24_Qb-R_Abnahme-GFL-Plausibilisierungskonzept.pdf)) auf Plausibilität geprüft. Diese Prüfung erfolgte im Sinne einer Pilotphase. Berichterstellerinnen und Berichtersteller erhielten im Fehlerfall von der Annahmestelle den Hinweis, die von der jeweiligen Regel umfassten Daten der Qualitätsberichte zu überprüfen und bei Bedarf zu korrigieren. Unabhängig von einem Tätigwerden der Berichterstellerinnen und Berichtersteller wurde bei einer auffälligen Plausibilitätsprüfung im Berichtsjahr 2016 kein Bericht abgelehnt.

Ab dem Berichtsjahr 2017 gilt Folgendes: Grundlegend werden drei Prüfklassen unterschieden. Im ersten Jahr der Einführung oder bei notwendigem Anpassungsbedarf von Plausibilisierungsregeln werden diese grundsätzlich pilotiert. D. h., die Berichterstellerin oder der Berichtersteller erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Sie oder er entscheidet selbst, ob eine Korrektur der Daten notwendig ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle erfolgt auch dann, wenn die Daten von der Berichterstellerin oder dem Berichtersteller nicht geändert werden.

Aus „Pilot-Regeln“ werden im Folgejahr „harte“ oder „weiche“ Regeln. Alternativ werden sie aufgehoben oder überarbeitet und in diesem Fall erneut pilotiert. Bei „weichen“ Plausibilisierungsregeln entscheidet die Berichterstellerin oder der Berichtersteller selbst, ob bei einer Fehlermeldung auch tatsächlich eine Korrektur der Daten notwendig ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert werden. Bei „harten“ Plausibilisierungsregeln erfolgt die Annahme des Berichtsteils durch die Annahmestelle bei einer Fehlermeldung nur nach Korrektur der implausiblen Daten gemäß den Regeln der Plausibilisierung und erneuter erfolgreicher Plausibilitätsprüfung.

Ab dem Berichtsjahr 2017 soll die Plausibilisierung nicht nur obligatorisch im Rahmen der Datenannahme erfolgen, sondern wird bereits vor dem Übermittlungszeitraum über einen webbasierten Plausibilisierungsdienst zur Verfügung gestellt. Dies ermöglicht den Krankenhäusern eine frühzeitige Plausibilisierung ihrer Berichtsteile.

Zur Erstellung des zugrunde zu legenden Regelsets wurden einzelne, im Vorjahr pilotierte Regeln übernommen (Nrn. 1 „Standorte des Krankenhauses bei Gesamtbericht“ und 4 „OPS-Angaben über Berichtsteile hinweg“) und – wo möglich und sinnvoll – auf weitere Bereiche übertragen (z. B. wurde die Regel Nr. 2 „Zulässige OPS-Codes“ auf die Regel Nr. 3 „Zulässige ICD-10-GM-Codes“ übertragen). Eine Pilot-Regel zur Zeichenlänge des Vornamens des

Verantwortlichen der Erstellung konnte in die Schemaprüfung integriert und aus der Plausibilisierung gestrichen werden. Darüber hinaus wurden die Rückmeldungen, d. h. die Fehlermeldungen sowie die damit verbundenen Handlungsanweisungen, an die Berichterstellerin oder den Berichtersteller des Plausibilisierungsdienstes mit dem Ziel einer höchstmöglichen Verständlichkeit bei der Berichterstellerin oder dem Berichtersteller konkretisiert.

Im Anhang 4 zu Anlage 1 Qb-R werden die Plausibilisierungsregeln nunmehr systematisch beschrieben. Dazu erfolgt zunächst eine kurze Darstellung der zugrundeliegenden Kategorien aus dem oben genannten Plausibilisierungskonzept sowie die Definition relevanter Begriffe, die zur konkreten Beschreibung der Einzelregeln und ihrer Konsequenzen im Tabellenteil verwendet werden. Ziel ist es, Inhalte und Konsequenzen der im jeweiligen Berichtsjahr geltenden Plausibilisierungsregeln sowohl für die Erstellerinnen und Ersteller der Qualitätsberichte als auch für Herstellerinnen und Hersteller von Erfassungssoftware transparent zu machen. Es wird mithin den Softwareerstellerinnen und Softwareherstellern ermöglicht, die Plausibilisierungsregeln in ihre Softwareprodukte zu implementieren. Alternativ kann die Plausibilisierungsschnittstelle genutzt werden. Dies führt dazu, dass die Plausibilisierung der Daten bereits im Erstellungsprozess stattfinden kann und ermöglicht – neben der fakultativen Nutzung des Plausibilisierungsdienstes durch die Berichterstellerinnen und Berichtersteller – eine frühzeitige Plausibilisierung bereits vor der Übermittlung der Berichtsteile an die Annahmestelle.

Ab dem Berichtsjahr 2017 gelten erstmals „harte“ Plausibilisierungsregeln, die zu einer Ablehnung von Berichtsteilen im Annahmeverfahren nach Anlage 2 Qb-R führen können. Dabei handelt es sich um folgende Regeln:

Nr. 1 „Standorte des Krankenhauses bei Gesamtbericht“:

Diese Regel wurde im Berichtsjahr 2016 pilotiert. Sie überprüft, dass im Falle eines Gesamtberichtes (Standortnummer 99) das notwendige Element „Standorte\_des\_Krankenhauses“ angegeben ist. Berichterstellerinnen und Berichtersteller haben sicherzustellen, dass bei einem Gesamtbericht eines Krankenhauses, das über mehrere Standorte verfügt, unter A-1 die Standortnummer 99 vergeben wird. In diesem Falle müssen die Kontaktdaten aller Standorte angegeben werden. Bei Krankenhäusern, die nur über einen Standort verfügen, muss unter A-1 die Standortnummer 00 verwendet werden. Eine Überprüfung sowie eine ggf. notwendige Korrektur liegt im Einflussbereich der Berichterstellerinnen und Berichtersteller und kann bereits vor der Abgabe des Qualitätsberichts über einen webbasierten Plausibilisierungsdienst geprüft werden.

Nr. 53 „Abgleich der Lieferzuständigkeit im Rahmen der Übermittlung der Ergebnisse gemäß plan. QI-RL“:

Diese Regel wurde aufgrund der Einbeziehung der Daten aus der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) erforderlich. Hier ist sicherzustellen, dass die Ergebnisdaten nur einmal und von der verantwortlichen auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stelle geliefert werden. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel. Die Adressaten sind dementsprechend die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen. Diese sind für die korrekte Lieferung verantwortlich und verfügen über die Möglichkeit, potenzielle Fehler zu korrigieren. Aus diesem Grunde wird auf die Pilotierung der Regel verzichtet und unmittelbar die Prüfklasse „hart“ vorgegeben. Das betroffene Krankenhaus wird im Fehlerfall ebenfalls informiert.

### **3. Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerFO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

#### **4.      Verfahrensablauf**

Die zuständige Arbeitsgruppe Qualitätsbericht hat in ihren Sitzungen am 22. Februar 2018, 8. März 2018, 27. März 2018, 17. April 2018 und 4. Mai 2018 über den Anhang 4 zu Anlage 1 Qb-R (Plausibilisierungsregeln) beraten.

Der Beschlussentwurf wurde dem Unterausschuss Qualitätssicherung zu seinen Sitzungen am 2. Mai 2018 und 6. Juni 2018 vorgelegt. Der Unterausschuss Qualitätssicherung stimmte dem Beschlussentwurf am 6. Juni 2018 zu und empfahl dem Plenum eine entsprechende Beschlussfassung.

An den Sitzungen der Arbeitsgruppen und des Unterausschusses wurden gemäß § 136b Abs.1 Satz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer beteiligt.

#### **Stellungnahmeverfahren**

Gemäß §§ 91 Abs.5a wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 2. Mai 2018 wurde das Stellungnahmeverfahren am 3. Mai 2018 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 1**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 24. Mai 2018.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde mit Schreiben vom 3. Mai 2018 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit teilte mit Schreiben vom 16. Mai 2018 mit, dass sie keine Stellungnahme abgebe (**Anlage 2**).

#### **5.      Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Juni 2018 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss mit.

Die Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V tragen den Beschluss mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer äußerten keine Bedenken.

#### **6.      Zusammenfassende Dokumentation**

Anlage 1:      An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser sowie versandte Tragende Gründe

Anlage 2:      Schreiben der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit vom 16. Mai 2018

Berlin, den 21. Juni 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

# Beschlussentwurf



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Beschluss eines Anhangs 4 zu Anlage 1 für das Berichtsjahr 2017

Vom 21. Juni 2018

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am 21. Juni 2018 beschlossen, die Regelungen gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R) in der Fassung vom 16. Mai 2013 (BAnz AT 24.07.2013 B5), zuletzt geändert am 19. April 2018 (BAnz AT TT.MM.2018 BXX), wie folgt zu ändern:

- I. Für das Berichtsjahr 2017 wird nach Anhang 3 zu Anlage 1 (Qualitätsindikatoren aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2017) ein Anhang 4 zu Anlage 1 (Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2017) gemäß **Anlage** zum Beschluss eingefügt.
- II. Die Änderung der Regelungen tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

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

Berlin, den 21. Juni 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Anhang 4 zu Anlage 1 Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2017****Stand: UA QS 02.05.2018****Hinweis:**

- Zu der Plausibilisierungsregel mit der Nr. 54 bestehen folgende dissente Positionen, weshalb diese Spalte **gelb markiert** ist:
  - GKV-SV**: Zustimmung
  - DKG**: Ablehnung
  - Patientenvertretung**: Prüfvorbehalt

**Hintergrund**

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

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

Hierzu wird vom G-BA eine internetbasierte Plattform mit einem Plausibilisierungsdienst bereitgestellt. Dieser Dienst basiert auf den Regeln, die in diesem Dokument definiert sind und ist technisch in den Annahmeprozess der Datenannahmestelle nach Anlage 2 Qb-R integriert. Um die Plausibilisierung bereits während der Datenerfassung zu ermöglichen, ist der Plausibilisierungsdienst auch für die Berichtersteller direkt zugänglich: <https://plausibilisierungsdienst.g-ba-qualitaetsberichte.de>

**Grundsätzliche Fehlertypen bzw. Prüfmethoden:****Fehlertypen sind insbesondere:**

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

**Prüfmethoden sind insbesondere:**

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

## Grundsätzliches zur Umsetzung

Voraussetzung für die Umsetzung des Plausibilisierungsdienstes ist die Definition und nachvollziehbare Dokumentation der für das jeweilige Berichtsjahr verbindlichen Prüfungen in Form von Regeln. Dabei wird zwischen „harten“ und „weichen“ Prüfklassen unterschieden. D. h. „harte“ Prüfungen führen bei Nichtänderung des betroffenen Wertes zur Abweisung der Datei bei der Annahmestelle, während bei „weichen“ Prüfungen lediglich zur erneuten Überprüfung der Eingaben aufgefordert wird. In diesem Fall hätte Nichthandeln keine Konsequenzen im Rahmen der Datenannahme.

Der 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 explizit als „Pilotregeln“ gekennzeichnet.

## Darstellung der Regeln

Die Darstellung der Regeln in diesem Anhang folgt folgender Struktur:

### Nummer

Eine eindeutige Nummer, die chronologisch vergeben wird. Diese dient der schnellen und uneindeutigen Referenzierung einer Regel. Bereits vergebene Nummern werden auch bei Deaktivierung einer Regel nicht erneut vergeben.

### Titel der Regel

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

### Regelkategorie

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

### Beschreibung

Eine kurze, nicht technische Verbal-Darstellung des Plausibilisierungsziels.

### Berichtsteil

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

### Prüfklasse und Folgen des Nichthandelns

Es werden drei Prüfklassen unterschieden:

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

„**hart**“: Die Anwenderin oder der Anwender erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Die Annahme des



Berichtsteils durch die Annahmestelle kann nur nach regelkonformer Korrektur der Daten erfolgen.

„**Pilot**“: Diese Prüfklasse enthalten neue Regeln, deren Wirkung im Einführungsjahr getestet werden soll. Die Anwenderin oder der Anwender erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Sie oder er entscheidet selbst, ob eine Korrektur der Daten notwendig ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert wurden. Aus „Pilot-Regeln“ können im Folgejahr „harte“ oder „weiche“ Regeln werden.

#### Fehlermeldung

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

#### Handlungsanweisungen

Basierend auf der Fehlermeldung erhält die Anwenderin oder der Anwender 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 Anlage 1 Qb-R beschrieben. Dies ergänzt die Verbalbeschreibung und soll es insbesondere Softwareherstellern ermöglichen, die Plausibilisierung direkt in ihren Systemen zur Erfassung der Qualitätsberichtsdaten zu implementieren.

### **Weitere verwendete Begriffe und ihre Definition:**

#### >Datenplatzhalter<

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

#### XML-Element/XML-Pfad:

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

Nr.	Titel der Regel	Reguliertategorie	Beschreibung	Berichts- teil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisungen	Implementierungsvorschritt
1	Standorte des Krankenhauses bei Gesamtbereich	Prüfung gemäß der OB-R	Diese Regel überprüft, dass im Fall eines Gesamtbereichs (Standortnummer 99) das notwendige Element <Standorte_des_Krankenhauses> vorhanden ist.	A-1	Hart	- Das XML-Element <Qualitätsbericht/Standorte_des_Krankenhauses> ist nicht vorhanden, obwohl es sich um einen Gesamtbereich (Standortnummer 99) handelt.	Sollte Ihr Krankenhaus über mehrere Standorte verfügen und es sich bei diesem Bericht um einen Gesamtbereich handeln, so muss unter A-1 die Standortnummer 99 vorgeben werden. In diesem Fall müssen die Kontaktdaten aller Standorte angegeben werden. Sollte Ihr Krankenhaus über nur einen Standort verfügen, kann muss die Standortnummer 00 verwendet werden.	Es wird der Wert von <Qualitätsbericht/Krankenhaus/Kontaktdaten/Standortnummer> ausgelesen. Wenn dieser Wert gleich 99 ist, wird nach dem Vorhandensein von <Qualitätsbericht/Standorte_des_Krankenhauses> gesucht. Wenn dieser Eintrag nicht gefunden wurde, gilt der Test als nicht bestanden. Wenn der Wert ungleich 99 ist, gilt der Test als übersprungen.
2	Zulässige OPS-Codes	Überprüfung von Listenkennangaben unter Vorgaben des DIMDI	Diese Regel überprüft, dass die angegebenen OPS-Codes valide sind und in der entsprechenden Liste von OPS-Codes enthalten sind.	B-X.7	Weich	- Der angegebene OPS-Code <Datenplatzhalter für OPS-Codes> stammt aus dem vorherigen Berichtsjahr, ist aber im aktuellen Berichtsjahr nicht mehr gültig. Wenn es sich hierbei um einen Überlegter handelt, kann diese Meldung ignoriert werden. - Der angegebene OPS-Code <Datenplatzhalter für OPS-Codes> ist nicht gültig.	Es sind ausschließlich Elemente des OPS-Kataloges des zugehörigen Berichtsjahres und bei Überlegern des Vorjahres erlaubt. Bitte prüfen Sie den OPS-Code <Datenplatzhalter> und ersetzen Sie ihn ggf. durch einen gültigen OPS-Code.	Es wird nach allen Elementen <Prozeduren/Verpflichtend/Prozedur/OPS_301> sowie <Prozeduren/Freiwillig/Prozedur/OPS_301> unter <Qualitätsbericht/Organisationsseinheiten/Fachabteilungen/Organisationsseinheit/Fachabteilung> gesucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den durch das DIMDI vorgegebenen gültigen OPS-Codes des aktuellen Berichtsjahres ( <a href="https://www.dimdi.de/statische/Klassifik-10-gr/index.htm">https://www.dimdi.de/statische/Klassifik-10-gr/index.htm</a> ) 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 hervorbringen, gilt der Test als nicht bestanden.
3	Zulässige ICD-10-GM-Codes	Überprüfung von Listenkennangaben unter Vorgaben des DIMDI	Diese Regel überprüft, dass die angegebenen ICD-Codes (mit Anpassungen für Deutschland) valide sind und in der entsprechenden Liste von ICD-Codes enthalten sind.	B-X.6	Hard	- Der angegebene ICD-Code <Datenplatzhalter für ICD-Codes> stammt aus dem vorherigen Berichtsjahr, ist aber im aktuellen Berichtsjahr nicht mehr gültig. Wenn es sich hierbei um einen Überlegter handelt, kann diese Meldung ignoriert werden. - Der angegebene ICD-Code <Datenplatzhalter für ICD-Codes> ist nicht gültig.	Es sind ausschließlich Elemente des ICD-Kataloges des zugehörigen Berichtsjahres und bei Überlegern des Vorjahres erlaubt. Bitte prüfen Sie den ICD-Code <Datenplatzhalter> und ersetzen Sie ihn ggf. durch einen gültigen ICD-Code.	Es wird nach allen Elementen <Haupdiagnosen/Hauptdiagnose/ICD_10> unter <Qualitätsbericht/Organisationsseinheiten/Fachabteilungen/Organisationsseinheit/Fachabteilung> gesucht. Alle gefundenen Elemente werden mit den durch das DIMDI vorgegebenen gültigen ICD-Codes des aktuellen Berichtsjahres ( <a href="https://www.dimdi.de/statische/Klassifik-10-gr/index.htm">https://www.dimdi.de/statische/Klassifik-10-gr/index.htm</a> ) 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 hervorbringen, gilt der Test als nicht bestanden.
4	OPS-Angaben über Berichtstabelle hinweg	Sonstige	Diese Regel überprüft, ob die zu einer dokumentierten eSOS-Leistung im Berichtstabelle C-1 zugehörigen eSOS-Leistungen im Berichtstabelle B zu finden sind. Dieser Test kann nur durchgeführt werden, wenn die Berichtstabelle A, B, C-2 und C-1 vorhanden sind. Diese Regel gilt nur für die Leistungsbereiche 16/1, 09/1, 09/2 und 09/3.	B-X.7 C-1.1	Weich	- Der Datensatz <Geburtshilfe (16/1)> verlangt mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle GEB_OPS oder mindestens eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle GEB_ICD. Im B-Teil des Berichtes wurde kein solches Element gefunden. - Der Datensatz <Herzschrittmacher-Implantation (09/1)> verlangt mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle SMIMPL_OPS. Im B-Teil des Berichtes wurde kein solches Element gefunden. - Der Datensatz <Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)> darf keine Ausschluss-Prozedur der Tabelle SMREV_OPS enthalten. Im B-Teil des Berichtes wurde die Prozedur <Datenplatzhalter für OPS-Code> gefunden, welche auf der Ausschlussliste zu finden ist. - Der Datensatz <Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)> muss mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle SMAGW_OPS enthalten. Im B-Teil des Berichtes wurde kein solches Element gefunden. - Der Datensatz <Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation (09/3)> verlangt mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle SMREV_KONV_OPS. Im B-Teil des Berichtes wurde kein solches Element gefunden.	- Die externe vergleichende Qualitätssicherung macht Angaben bzgl. des Datensatzes <Geburtshilfe (16/1)>. Eine geforderte Einschlussprozedur in Berichtstabelle B-X.7 bzw. Einschluss-Diagnose in Berichtstabelle B-X.6 wurde nicht gefunden. Bitte überprüfen Sie, ob eine Einschluss-Prozedur der Tabelle GEB_OPS oder eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle GEB_ICD vorhanden sind und ergänzen Sie diese ggf. in die zugehörigen Angaben der Organisationsseinheiten/Fachabteilungen. Nähere Informationen dazu können unter <a href="https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_GEB.html">https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_GEB.html</a> eingesehen werden. - Die externe vergleichende Qualitätssicherung macht Angaben bzgl. des Datensatzes <Herzschrittmacher-Implantation (09/1)>. Eine geforderte Einschlussprozedur in Berichtstabelle B-X.7 wurde nicht gefunden. Bitte überprüfen Sie, ob eine Einschluss-Prozedur der Tabelle SMIMPL_OPS vorhanden ist und ergänzen Sie diese ggf. in die zugehörigen Angaben der Organisationsseinheiten/Fachabteilungen. Nähere Informationen dazu können unter <a href="https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMIMPL.html">https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMIMPL.html</a> eingesehen werden. - Die externe vergleichende Qualitätssicherung macht Angaben bzgl. des Datensatzes <Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)>. Eine Ausschlussprozedur in Berichtstabelle B-X.7 wurde nicht gefunden. Bitte überprüfen Sie, ob eine Ausschluss-Prozedur der Tabelle SMREV_OPS tatsächlich vorhanden ist bzw. wenn nicht entfernen Sie diese ggf. in die zugehörigen Angaben der Organisationsseinheiten/Fachabteilungen. Nähere Informationen dazu können unter <a href="https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMAGW.html">https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMAGW.html</a> eingesehen werden. - Die externe vergleichende Qualitätssicherung macht Angaben bzgl. des Datensatzes <Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)>. Eine geforderte Einschlussprozedur in Berichtstabelle B-X.7 wurde nicht gefunden. Bitte überprüfen Sie, ob eine Einschluss-Prozedur der Tabelle SMAGW_OPS vorhanden ist und ergänzen Sie diese ggf. in die zugehörigen Angaben der Organisationsseinheiten/Fachabteilungen. Nähere Informationen dazu können unter <a href="https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMAGW.html">https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMAGW.html</a> eingesehen werden. - Die externe vergleichende Qualitätssicherung macht Angaben bzgl. des Datensatzes <Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation (09/3)>. Eine geforderte Einschlussprozedur in Berichtstabelle B-X.7 wurde nicht gefunden. Bitte überprüfen Sie, ob eine Einschluss-Prozedur der Tabelle SMREV_KONV_OPS vorhanden ist und ergänzen Sie diese ggf. in die zugehörigen Angaben der Organisationsseinheiten/Fachabteilungen. Nähere Informationen dazu können unter <a href="https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMREV.html">https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMREV.html</a> eingesehen werden.	- Die externe Vergleichende Qualitätssicherung macht Angaben bzgl. des Datensatzes <Geburtshilfe (16/1)>. Eine geforderte Einschlussprozedur in Berichtstabelle B-X.7 bzw. Einschluss-Diagnose in Berichtstabelle B-X.6 wurde nicht gefunden. Bitte überprüfen Sie, ob eine Einschluss-Prozedur der Tabelle GEB_OPS oder eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle GEB_ICD vorhanden sind und ergänzen Sie diese ggf. in die zugehörigen Angaben der Organisationsseinheiten/Fachabteilungen. Nähere Informationen dazu können unter <a href="https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_GEB.html">https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_GEB.html</a> eingesehen werden. - Die externe Vergleichende Qualitätssicherung macht Angaben bzgl. des Datensatzes <Herzschrittmacher-Implantation (09/1)>. Eine geforderte Einschlussprozedur in Berichtstabelle B-X.7 wurde nicht gefunden. Bitte überprüfen Sie, ob eine Einschluss-Prozedur der Tabelle SMIMPL_OPS vorhanden ist und ergänzen Sie diese ggf. in die zugehörigen Angaben der Organisationsseinheiten/Fachabteilungen. Nähere Informationen dazu können unter <a href="https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMIMPL.html">https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMIMPL.html</a> eingesehen werden. - Die externe Vergleichende Qualitätssicherung macht Angaben bzgl. des Datensatzes <Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)>. Dieser Test wird durchgeführt, wenn das Leistungsbereichskürzel 16/1 mit einer Fallzahl größer 0 im Bericht angegeben ist. In den vorbereiteten Listen muss mindestens ein Einschluss-Prozedur aus der Tabelle GEB_OPS oder eine Einschluss-Diagnose aus der Tabelle GEB_ICD vorhanden sein. Nähere Informationen dazu können unter <a href="https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_GEB.html">https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_GEB.html</a> eingesehen werden. - Die externe Vergleichende Qualitätssicherung macht Angaben bzgl. des Datensatzes <Herzschrittmacher-Implantation (09/1)>. Dieser Test wird durchgeführt, wenn das Leistungsbereichskürzel 09/1 mit einer Fallzahl größer 0 im Bericht angegeben ist. In den vorbereiteten Listen muss mindestens ein Einschluss-Prozedur aus der Tabelle SMIMPL_OPS vorhanden sein. Nähere Informationen dazu können unter <a href="https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMIMPL.html">https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMIMPL.html</a> eingesehen werden. - Die externe Vergleichende Qualitätssicherung macht Angaben bzgl. des Datensatzes <Herzschrittmacher-Aggregatwechsel (09/2)>. Dieser Test wird durchgeführt, wenn das Leistungsbereichskürzel 09/2 mit einer Fallzahl größer 0 im Bericht angegeben ist. In den vorgegebenen Listen muss mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle SMAGW_OPS und keine Ausschluss-Prozedur aus der Tabelle SMREV_OPS vorhanden sein. Nähere Informationen dazu können unter <a href="https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMAGW.html">https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMAGW.html</a> eingesehen werden. - Die externe Vergleichende Qualitätssicherung macht Angaben bzgl. des Datensatzes <Herzschrittmacher-Revision-Systemwechsel-Explantation (09/3)>. Dieser Test wird durchgeführt, wenn das Leistungsbereichskürzel 09/3 mit einer Fallzahl größer 0 im Bericht angegeben ist. In den vorgegebenen Listen muss mindestens eine Einschluss-Prozedur aus der Tabelle SMREV_KONV_OPS vorhanden sein. Nähere Informationen dazu können unter <a href="https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMREV.html">https://itqg.org/download/spezifikation/2018V01/Anwenderinformationen/urtopped/anwenderinformationen/Anwenderinformation_SMREV.html</a> eingesehen werden.
5	Anzahl der Gesundheitskrankpfleger (berichtsübergreifend) und Gesundheitskrankpfleger	Anzahl des Personals (berichtsübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Summe der Gesundheitskrankpflegerinnen und Gesundheitskrankpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskrankpflegerinnen und Gesundheitskrankpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2 B-X.11.2	Hard	- Die Anzahl (<Datenplatzhalter>) der <Gesundheitskrankpfleger> des Krankenhauses wird durch die Summe (<Datenplatzhalter>) aller Organisationsseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskrankpflegerinnen und Gesundheitskrankpfleger. Die Wertangaben in den Organisationsseinheiten/Fachabteilungen dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung <Qualitätsbericht/Organisationsseinheiten/Fachabteilungen/Organisationsseinheit/Fachabteilung> wird überprüft, ob der Wert <Qualitätsbericht/Organisationsseinheiten/Fachabteilungen/Organisationsseinheit/Fachabteilung/Pflegekräfte/Gesundheitskrankpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter <Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheitskrankpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK>
6	Anzahl der Gesundheitskinderkrankpfleger	Anzahl des Personals (berichtsübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Gesundheitskinderkrankpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Gesundheitskinderkrankpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2 B-X.11.2	Hard	- Die Anzahl (<Datenplatzhalter>) der <Gesundheitskinderkrankpfleger> des Krankenhauses wird durch die Summe (<Datenplatzhalter>) aller Organisationsseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Gesundheitskinderkrankpflegerinnen und Gesundheitskinderkrankpfleger. Die Wertangaben in den Organisationsseinheiten/Fachabteilungen dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung <Qualitätsbericht/Organisationsseinheiten/Fachabteilungen/Organisationsseinheit/Fachabteilung> wird überprüft, ob der Wert <Qualitätsbericht/Organisationsseinheiten/Fachabteilungen/Organisationsseinheit/Fachabteilung/Pflegekräfte/Gesundheitskinderkrankpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter <Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Gesundheitskinderkrankpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK>
7	Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger	Anzahl des Personals (berichtsübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Altenpflegerinnen und Altenpfleger innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Altenpflegerinnen und Altenpfleger aller Fachabteilungen ist.	A-11.2 B-X.11.2	Hard	- Die Anzahl (<Datenplatzhalter>) der <Altenpfleger> des Krankenhauses wird durch die Summe (<Datenplatzhalter>) aller Organisationsseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Altenpflegerinnen und Altenpfleger. Die Wertangaben in den Organisationsseinheiten/Fachabteilungen dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung <Qualitätsbericht/Organisationsseinheiten/Fachabteilungen/Organisationsseinheit/Fachabteilung> wird überprüft, ob der Wert <Qualitätsbericht/Organisationsseinheiten/Fachabteilungen/Organisationsseinheit/Fachabteilung/Pflegekräfte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter <Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Altenpfleger/Personalerfassung/Anzahl_VK>
8	Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten	Anzahl des Personals (berichtsübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2 B-X.11.2	Hard	- Die Anzahl (<Datenplatzhalter>) der <Pflegeassistenten> des Krankenhauses wird durch die Summe (<Datenplatzhalter>) aller Organisationsseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Pflegeassistenten. Die Wertangaben in den Organisationsseinheiten/Fachabteilungen dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung <Qualitätsbericht/Organisationsseinheiten/Fachabteilungen/Organisationsseinheit/Fachabteilung> wird überprüft, ob der Wert <Qualitätsbericht/Organisationsseinheiten/Fachabteilungen/Organisationsseinheit/Fachabteilung/Pflegekräfte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK> angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter <Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekräfte/Pflegeassistenten/Personalerfassung/Anzahl_VK>

# Anlage 1 der Tragenden Gründe

Nr.	Titel der Regel	Reguliertategorie	Beschreibung	Berichts- zeit	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisungen	Implementierungsvorschrift
9	Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer	Anzahl des Personals (berichtsübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer aller Fachabteilungen ist.	A-11.2 B-X.11.2	Pilot	- Die Anzahl (-Datenspaltszähler-) der "Pflegehelfer" des Krankenhauses wird durch die Summe (-Datenspaltszähler-) aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Pflegehelferinnen und Pflegehelfer. Die Wertangaben in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung wird überprüft, ob der Wert Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraft/Pflegehelfer/Personalfassung/Anzahl_VK angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraft/Pflegehelfer/Personalfassung/Anzahl_VK
10	Anzahl der Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer	Anzahl des Personals (berichtsübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der Hebammen/ Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer aller Fachabteilungen ist.	A-11.2 B-X.11.2	Pilot	- Die Anzahl (-Datenspaltszähler-) der "Hebammen/Entbindungshelfer" des Krankenhauses wird durch die Summe (-Datenspaltszähler-) aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der Hebammen/Entbindungshelferinnen und Entbindungshelfer. Die Wertangaben in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung wird überprüft, ob der Wert Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraft/Hebammen_Entbindungshelfer/Personalfassung/Anzahl_VK angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraft/Hebammen_Entbindungshelfer/Personalfassung/Anzahl_VK
11	Anzahl der operativen Assistenz	Anzahl des Personals (berichtsübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der operativen Assistenz Assistentinnen und Assistenten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der operativen Assistenz Assistentinnen und Assistenten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2 B-X.11.2	Pilot	- Die Anzahl (-Datenspaltszähler-) der "Operativen Assistenz Assistentinnen und Assistenten" des Krankenhauses wird durch die Summe (-Datenspaltszähler-) aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der operativen Assistenz Assistentinnen und Assistenten. Die Wertangaben in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung wird überprüft, ob der Wert Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraft/Operative_Assistenz/Personalfassung/Anzahl_VK angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraft/Operative_Assistenz/Personalfassung/Anzahl_VK
12	Anzahl der medizinischen Fachangestellten	Anzahl des Personals (berichtsübergreifend)	Diese Regel überprüft, dass die Anzahl der medizinischen Fachangestellten innerhalb des Krankenhauses nicht kleiner der Summe der medizinischen Fachangestellten aller Fachabteilungen ist.	A-11.2 B-X.11.2	Pilot	- Die Anzahl (-Datenspaltszähler-) der "Medizinischen Fachangestellten" des Krankenhauses wird durch die Summe (-Datenspaltszähler-) aller Organisationseinheiten überschritten.	Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe in A-11.2 sowie B-X.11.2 bezüglich der Angabe der Anzahl Vollkräfte der medizinischen Fachangestellten. Die Wertangaben in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen dürfen in Summe nicht den Wert in A-11.2 überschreiten.	Für jede Fachabteilung Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung wird überprüft, ob der Wert Qualitätsbericht/Organisationseinheiten_Fachabteilungen/Organisationseinheit_Fachabteilung/Pflegekraft/Medizinische_Fachangestellte/Personalfassung/Anzahl_VK angegeben ist. Alle gefundenen Werte werden aufsummiert. Der Test gilt als fehlschlagen, wenn der berechnete Summand größer ist, als der angegebene Wert unter Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraft/Medizinische_Fachangestellte/Personalfassung/Anzahl_VK
21	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärztinnen und Belegärzte (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärzte mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärztinnen und Belegärzte ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Pilot	- Die Felder -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Belegärzte< entsprechen in Summe nicht -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Belegärzte/Personalfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Die Werte der Anzahl Vollkräfte der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärztinnen und Belegärzte muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Belegärzte/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK wird mit dem Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Belegärzte/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Belegärzte/Personalfassung/Anzahl_VK ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
22	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärzte Fachärzte (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärzte mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ärztinnen und Ärzten ohne Belegärzte Fachärzte ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Pilot	- Die Felder -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Belegärzte/ Fachärzte< entsprechen in Summe nicht -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Belegärzte/ Fachärzte/Personalfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Die Werte der Anzahl Vollkräfte der Ärztinnen und Ärzte ohne Belegärzte (Fachärzte) muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Belegärzte/Fachärzte/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK wird mit dem Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Belegärzte/Fachärzte/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Belegärzte/Fachärzte/Personalfassung/Anzahl_VK ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
23	Anzahl der Ärztinnen und Ärzte ohne Fachabteilungszuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ärztinnen und Ärzten ohne Fachabteilungszuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ärztinnen und Ärzten ohne Fachabteilungszuordnung ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.1	Pilot	- Die Felder -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Fachabteilungszuordnung< entsprechen in Summe nicht -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.1. Die Werte der Anzahl Vollkräfte der Ärztinnen und Ärzte ohne Fachabteilungszuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK wird mit dem Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ärztin/Ärztin_ohne_Fachabteilungszuordnung/Personalfassung/Anzahl_VK ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.







# Anlage 1 der Tragenden Gründe

Nr.	Titel der Regel	Regulierungskategorie	Beschreibung	Berichts-titel	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisungen	Implementierungsvorschrift
42	Anzahl der medizinischen Fachabteilungen ohne Fachabteilungs-zuordnung (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von medizinischen Fachabteilungen ohne Fachabteilungs-zuordnung mit direktem Beschäftigungsverhältnis und medizinischen Fachabteilungen ohne Fachabteilungs-zuordnung ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.2	Pilot	- Die Felder -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraft/ger Medizinische_Fachabteilung/<entsprechen in Summe nicht -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraft/ger Medizinische_Fachabteilung/Personalfassung_ohne_Fachabteilungs-zuordnung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.2. Die Werte der Anzahl Vollkräfte der medizinischen Fachabteilungen ohne Fachabteilungs-zuordnung muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraft/Personalfassung_ohne_Fachabteilungs-zuordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK wird mit dem Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraft/Personalfassung_ohne_Fachabteilungs-zuordnung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Pflegekraft/Personalfassung_ohne_Fachabteilungs-zuordnung/Anzahl_VK ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
43	Anzahl der Diplompsychologinnen und Diplompsychologen (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Diplompsychologinnen und Diplompsychologen mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Diplompsychologinnen und Diplompsychologen ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Pilot	- Die Felder -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoDiplom_Psychologen/<entsprechen in Summe nicht -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoDiplom_Psychologen/Personalfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Die Werte der Anzahl Vollkräfte der Diplompsychologinnen und Diplompsychologen muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoDiplom_Psychologen/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK wird mit dem Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoDiplom_Psychologen/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoDiplom_Psychologen/Personalfassung/Anzahl_VK ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
44	Anzahl der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen mit direktem Beschäftigungsverhältnis und klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Pilot	- Die Felder -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoKlinische_Neuropsychologen/<entsprechen in Summe nicht -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoKlinische_Neuropsychologen/Personalfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Die Werte der Anzahl Vollkräfte der klinischen Neuropsychologinnen und Neuropsychologen muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoKlinische_Neuropsychologen/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK wird mit dem Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoKlinische_Neuropsychologen/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoKlinische_Neuropsychologen/Personalfassung/Anzahl_VK ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
45	Anzahl der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Pilot	- Die Felder -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_Psychologische_Psychotherapeuten/<entsprechen in Summe nicht -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_Psychologische_Psychotherapeuten/Personalfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Die Werte der Anzahl Vollkräfte der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_Psychologische_Psychotherapeuten/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK wird mit dem Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_Psychologische_Psychotherapeuten/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_Psychologische_Psychotherapeuten/Personalfassung/Anzahl_VK ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
46	Anzahl der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Jugendlichenpsychotherapeuten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Jugendlichenpsychotherapeuten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Jugendlichenpsychotherapeuten ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vollkräfte.	A-11.3	Pilot	- Die Felder -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoKinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/<entsprechen in Summe nicht -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoKinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Die Werte der Anzahl Vollkräfte der Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Jugendlichenpsychotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoKinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK wird mit dem Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoKinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoKinder_Jugendlichenpsychotherapeuten/Personalfassung/Anzahl_VK ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.

# Anlage 1 der Tragenden Gründe

Nr.	Titel der Regel	Regelkategorie	Beschreibung	Berichts- teil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisungen	Implementierungsvorschritt
47	Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während Tätigkeit ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vorkräfte.	A-11.3	Pilot	- Die Felder -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_Psychotherapeuten_in_Ausbildung_während_Tätigkeit< entsprechen in Summe nicht -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_Psychotherapeuten_in_Ausbildung_während_Tätigkeit< entsprechen in Summe nicht	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Die Werte der Anzahl Vorkräfte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung während ihrer Tätigkeit muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_Psychotherapeuten_in_Ausbildung_während_Tätigkeit/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK wird mit dem Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_Psychotherapeuten_in_Ausbildung_während_Tätigkeit/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_Psychotherapeuten_in_Ausbildung_während_Tätigkeit/Personalfassung/Anzahl_VK ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
48	Anzahl der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vorkräfte.	A-11.3	Pilot	- Die Felder -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoErgotherapeuten< entsprechen in Summe nicht -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoErgotherapeuten/Personalfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Die Werte der Anzahl Vorkräfte der Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoErgotherapeuten/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK wird mit dem Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoErgotherapeuten/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoErgotherapeuten/Personalfassung/Anzahl_VK ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
49	Anzahl der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vorkräfte.	A-11.3	Pilot	- Die Felder -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoPhysiotherapeuten< entsprechen in Summe nicht -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoPhysiotherapeuten/Personalfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Die Werte der Anzahl Vorkräfte der Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoPhysiotherapeuten/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK wird mit dem Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoPhysiotherapeuten/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoPhysiotherapeuten/Personalfassung/Anzahl_VK ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
50	Anzahl der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vorkräfte.	A-11.3	Pilot	- Die Felder -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoSozialpädagogen< entsprechen in Summe nicht -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoSozialpädagogen/Personalfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.3. Die Werte der Anzahl Vorkräfte der Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoSozialpädagogen/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK wird mit dem Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoSozialpädagogen/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Ausgewähltes_Therapeutisches_Personal_PsychoSozialpädagogen/Personalfassung/Anzahl_VK ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
51	Anzahl des therapeutischen Personals (A-Teil)	Anzahl des Personals (A-Teil)	Diese Regel überprüft die Summe von therapeutischem Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis und Therapeutischem Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis auf Äquivalenz mit der Anzahl der Vorkräfte.	A-11.4	Pilot	- Die Felder -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK< und -Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK< in -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezialles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal< entsprechen in Summe nicht -Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezialles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalfassung/Anzahl_VK<	Bitte prüfen Sie Ihre Angaben in A-11.4. Die Werte der Anzahl Vorkräfte des therapeutischen Personals muss der Summe der zugehörigen Werte des Personals mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis entsprechen.	Der Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezialles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_mit_direktem_BV/Anzahl_VK wird mit dem Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezialles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalfassung/Beschäftigungsverhältnis/Personal_ohne_direktem_BV/Anzahl_VK summiert und muss (auf zwei Nachkommastellen exakt) den Wert Qualitätsbericht/Personal_des_Krankenhauses/Spezialles_Therapeutisches_Personal/Therapeutisches_Personal/Personalfassung/Anzahl_VK ergeben. Ist dies nicht der Fall, gilt der Test als nicht bestanden.
52	Prüfung der UTF-8 Zeichenkodierung	Prüfung gemäß der Ob-R	Diese Regel überprüft gemäß Ob-R, dass jegliche in den Berichten enthaltene Zeichen eine gültige UTF-8 Zeichenkodierung aufweisen.	XML-Daten	Pilot	- In ihrer geprüften XML-Daten wurde das Zeichen -Datengültigkeit Index Zeichen- in Zeile -Datengültigkeit- gefunden, welches nicht der UTF-8 Zeichenkodierung entsprechen.	In ihrer geprüften XML-Daten befinden sich ungültige Zeichen, die gemäß der Ob-R der strukturierten Qualitätsberichte nicht zulässig sind. Bitte senden Sie diesen Qualitätsbericht mit dieser Fehlermeldung an Ihren Softwarehersteller.	Jedes in der geklärten XML-Daten befindliche Zeichen wird auf die Gültigkeit im UTF-8 Zeichensatz überprüft. Hierzu kann die Apache Bibliothek Commons IO oder die Funktionalitäten des Betriebssystems verwendet werden.



# Anlage 1 der Tragenden Gründe

Nr.	Titel der Regel	Regalkategorie	Beschreibung	Berichts- teil	Prüfklasse	Fehlermeldung	Handlungsanweisungen	Implementierungsvorschritt
53	Abgleich der Lieferzuständigkeit im Rahmen der Übermittlung der Ergebnisse gemäß plan_QI-RL	Abgleich von Angaben mit externen Listen	Die Regel überprüft, ob die Lieferung der Indikatoregebnisse aus dem plan_QI Verfahren analog zu den Vorgaben der IKTIG Liste entfällt ist.	C-1	Haut	Für die folgenden Qualitätsindikatoren nach plan_QI-RL (-Datenplatzhalter-) legt die Zuständigkeit für die Übermittlung der Ergebnisse bei einer anderen Stelle:	Diese Angaben sind entweder vom IKTIG oder der LOS zu übermitteln. Die Prüfung gegen die aktuelle Liste des IKTIG (2017_planQI_Lieferliste.csv) hat eine Abweichung ergeben. Bitte prüfen Sie die Lieferzuständigkeit. Setzen Sie sich hierzu ggf. mit dem IKTIG / der zuständigen LOS in Verbindung.	Es werden alle Werte Externe_Qualitaetsicherung/Ergebnis(Einziges_Auswertungseinheit, Auswertungseinheit)/Qualitaetsindikator/Kurzzeil_Qualitaetsindikator ausgesondert und mit der Liste B1_planQI_Lieferliste.csv des IKTIG in Spalte Kurzzeil_Qualitaetsindikator vergleichen. Bei Übereinstimmung der Kurzzeil wird die Lieferzuständigkeit in IKTIG Liste in der Spalte Übermittlung mit dem Datenamen der XML verglichen. Bei der Eintragung "bund" in der Spalte Übermittlung der IKTIG Liste wurde das IKTIG die Ergebnisse in der_bund-Datei liefern, während bei "Jand" die zuständige LOS die Ergebnisse in ihrer_Jand-Datei übermittelt.
54	Prüfung der Angaben zum klärenden Dialog gemäß QFR-RL auf Konsistenz	Abgleich von Angaben mit externen Listen	Die Regel überprüft, ob die Angaben zum klärenden Dialog denen entsprechen, die dem G-BA zum Stichtag 31.12. des Berichtsjahres bekannt gegeben wurden.	C-6	Pilot	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Angaben zur Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2. bzw. I.2.2 Anlage 2 QFR entsprechen nicht den Angaben beim G-BA (Stichtag 31.12.).</li> <li>Die Angabe zur Teilnahme am klärenden Dialog entspricht nicht den Angaben beim G-BA (Stichtag 31.12.).</li> <li>Die Angabe zur Beendigung der Teilnahme am klärenden Dialog entspricht nicht den Angaben beim G-BA (Stichtag 31.12.).</li> </ul>	Die Angaben unter C-6 müssen konsistent zu denen sein, die Sie im Rahmen der QFR-RL an den G-BA übermittelt haben (Stichtag 31.12. des Berichtsjahres). Die Prüfung hat eine Abweichung ergeben. Bitte prüfen Sie Ihre Angaben und korrigieren Sie diese im Bedarfsfall.	
55	Vergleich des Handdesinfektionsmittelverbrauchs von Allgemeinstationen	Abgleich mit Vorjahreswerten	Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Handdesinfektionsmittelverbrauchs auf Allgemeinstationen den haben (13,5 ml / Patiententag) bzw. doppelten (54 ml / Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Handdesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.	A-12.3.2.4	Pilot	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausweisch Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Handdesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen</li> <li>-Datenplatzhalter- verbrauchen Sie weniger als die Hälfte an Handdesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (weniger als 13,5 ml / Patiententag)</li> <li>Ausweisch Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Handdesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen</li> <li>-Datenplatzhalter- verbrauchen Sie mehr als das Doppelte an Handdesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (mehr als 54 ml / Patiententag)</li> </ul>	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben des Handdesinfektionsmittelverbrauchs für Ihre Allgemeinstationen fehlerfrei in den Bericht übernommen wurden. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, können Sie diese Warnung ignorieren.	Der Wert des Handdesinfektionsmittelverbrauchs der Allgemeinstationen wird ausgesondert. Qualitaetsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weltene_Informationen/Hygiene/Handdesinfektion/Handdesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Handdesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen Dieser Wert wird mit dem Median der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Handdesinfektionsmittelverbrauch auf Allgemeinstationen verglichen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der im Bericht angegebene Wert den haben (13,5 ml / Patiententag) bzw. doppelten (54 ml / Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet.
56	Vergleich des Handdesinfektionsmittelverbrauchs von Intensivstationen	Abgleich mit Vorjahreswerten	Diese Regel überprüft, ob die angegebene Menge des Handdesinfektionsmittelverbrauchs auf Intensivstationen den haben (52 ml / Patiententag) bzw. doppelten (208 ml / Patiententag) Wert des Medians der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Handdesinfektionsmittelverbrauch unter- bzw. überschreitet.	A-12.3.2.4	Pilot	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausweisch Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Handdesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen</li> <li>-Datenplatzhalter- verbrauchen Sie weniger als die Hälfte an Handdesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (weniger als 52 ml / Patiententag)</li> <li>Ausweisch Ihrer Eingaben in Ihrem Qualitätsbericht zum Handdesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen</li> <li>-Datenplatzhalter- verbrauchen Sie mehr als das Doppelte an Handdesinfektionsmittel verglichen mit dem Verbrauch eines durchschnittlichen bundesdeutschen Krankenhauses. (mehr als 208 ml / Patiententag)</li> </ul>	Bitte überprüfen Sie, ob die Angaben des Handdesinfektionsmittelverbrauchs für Ihre Intensivstationen fehlerfrei in den Bericht übernommen wurden. Sollte der angegebene Wert korrekt sein, können Sie diese Warnung ignorieren.	Der Wert des Handdesinfektionsmittelverbrauchs der Intensivstationen wird ausgesondert. Qualitaetsbericht/Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung/Weltene_Informationen/Hygiene/Handdesinfektion/Handdesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben/Handdesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen Dieser Wert wird mit dem Median der Angaben aller Qualitätsberichte des Vorjahres zum Handdesinfektionsmittelverbrauch auf Intensivstationen verglichen. Der Test gilt als fehlgeschlagen, wenn der im Bericht angegebene Wert den haben (52 ml / Patiententag) bzw. doppelten (208 ml / Patiententag) Median unter- bzw. überschreitet.

# Tragende Gründe



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**

## **zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser: Beschluss eines Anhangs 4 zu Anlage 1 für das Berichtsjahr 2017**

Stand: UA QS 02.05.2018

Hinweis:

- **Grau hinterlegte** Passagen müssen nach den Beratungen ggf. angepasst, ergänzt oder entfernt werden.

Vom **21. Juni 2018**

### **Inhalt**

<b>1.</b>	<b>Rechtsgrundlage .....</b>	<b>2</b>
<b>2.</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung.....</b>	<b>2</b>
<b>3.</b>	<b>Bürokratiekostenermittlung.....</b>	<b>3</b>
<b>4.</b>	<b>Verfahrensablauf .....</b>	<b>3</b>
<b>5.</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>4</b>
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassende Dokumentation.....</b>	<b>4</b>

## 1. Rechtsgrundlage

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat die Aufgabe, auf der Grundlage von § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V einen Beschluss über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser zu fassen. In dem jährlich zu veröffentlichenden Qualitätsbericht ist der Stand der Qualitätssicherung, insbesondere unter Berücksichtigung der Anforderungen nach § 136 Absatz 1 und 136a Absatz 1 SGB V sowie der Umsetzung der Regelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGB V darzustellen. Der Bericht hat auch Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen und ist in einem für die Abbildung aller Kriterien geeigneten standardisierten Datensatzformat zu erstellen.

## 2. Eckpunkte der Entscheidung

Mit diesem Beschluss wird ein Anhang 4 zu Anlage 1 Qb-R (Plausibilisierungsregeln) für das Berichtsjahr 2017 eingefügt.

Der Anhang 4 zu Anlage 1 Qb-R (Plausibilisierungsregeln) wird für das Berichtsjahr 2017 erstmals gefasst. Bereits im Berichtsjahr 2016 wurden die Qualitätsberichte im Rahmen des Annahmeverfahrens nach Anlage 2 Qb-R zusätzlich zur Prüfung des Datenschemas anhand von sechs Plausibilisierungsregeln gemäß G-BA-Beschluss vom 24. November 2016 ([https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2760/2016-11-24\\_Qb-R\\_Abnahme-GFL-Plausibilisierungskonzept.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2760/2016-11-24_Qb-R_Abnahme-GFL-Plausibilisierungskonzept.pdf)) auf Plausibilität geprüft. Diese Prüfung erfolgte im Sinne einer Pilotphase. Anwenderinnen und Anwender erhielten im Fehlerfall von der Annahmestelle den Hinweis, die von der jeweiligen Regel umfassten Daten der Qualitätsberichte zu überprüfen und bei Bedarf zu korrigieren. Selbst bei einer auffälligen Plausibilitätsprüfung wurde im Berichtsjahr 2016 kein Bericht abgelehnt.

Grundlegend werden drei Prüfklassen unterschieden. Im ersten Jahr der Einführung oder bei notwendigem Anpassungsbedarf von Plausibilisierungsregeln werden diese grundsätzlich pilotiert. D. h., die Anwenderin oder der Anwender erhält eine Rückmeldung über eine Regelabweichung (Fehlermeldung) inklusive einer Handlungsanweisung. Sie oder er entscheidet selbst, ob eine Korrektur der Daten notwendig ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle erfolgt auch dann, wenn die Daten von der Anwenderin oder dem Anwender nicht geändert wurden.

Aus „Pilot-Regeln“ werden im Folgejahr „harte“ oder „weiche“ Regeln. Alternativ werden sie außer Kraft gesetzt oder überarbeitet und erneut pilotiert. Bei „weichen“ Plausibilisierungsregeln entscheidet die Anwenderin oder der Anwender selbst, ob bei einer Fehlermeldung auch tatsächlich eine Korrektur der Daten notwendig ist. Die Annahme des entsprechenden Berichtsteils bei der Annahmestelle erfolgt auch dann, wenn die Daten nicht geändert werden. Bei „harten“ Plausibilisierungsregeln erfolgt die Annahme des Berichtsteils durch die Annahmestelle bei einer Fehlermeldung nur nach Korrektur der implausiblen Daten gemäß den Regeln der Plausibilisierung und erneuter Plausibilitätsprüfung.

Für das Berichtsjahr 2017 soll die Plausibilisierung nicht nur im Rahmen der Datenannahme erfolgen, sondern wird bereits vor dem Übermittlungszeitraum über einen webbasierten Plausibilisierungsdienst zur Verfügung gestellt.

Zur Erstellung des zugrunde zu legenden Regelsets wurden einzelne, im Vorjahr pilotierte Regeln übernommen (Nrn. 1 „Standorte des Krankenhauses bei Gesamtbericht“ und 4 „OPS-Angaben über Berichtsteile hinweg“) und – wo möglich und sinnvoll – auf weitere Bereiche übertragen (z. B. wurde die Regel Nr. 2 „Zulässige OPS-Codes“ auf die Regel Nr. 3 „Zulässige ICD-10-GM-Codes“ übertragen). Eine Pilot-Regel zur Zeichenlänge des Vornamens des Verantwortlichen der Erstellung konnte in die Schemaprüfung integriert und aus der Plausibilisierung gestrichen werden. Darüber hinaus wurden die Rückmeldungen, d. h. die Fehlermeldungen sowie die damit verbundenen Handlungsanweisungen, an die Anwenderin

oder den Anwender des Plausibilisierungsdienstes mit dem Ziel einer höchstmöglichen Verständlichkeit bei der Anwenderin oder dem Anwender konkretisiert.

Im Anhang 4 zu Anlage 1 Qb-R werden die Plausibilisierungsregeln nunmehr systematisch beschrieben. Dazu erfolgt zunächst eine kurze Darstellung der zugrundeliegenden Kategorien aus dem oben genannten Plausibilisierungskonzept sowie die Definition relevanter Begriffe, die zur konkreten Beschreibung der Einzelregeln und ihrer Konsequenzen im Tabellenteil verwendet werden. Ziel ist es, Inhalte und Konsequenzen der im jeweiligen Berichtsjahr geltenden Plausibilisierungsregeln sowohl für die Erstellerinnen und Ersteller der Qualitätsberichte als auch für Herstellerinnen und Hersteller von Erfassungssoftware transparent zu machen. Letztere sind insbesondere Adressaten der Implementierungsvorschrift. Es wird davon ausgegangen, dass die Regeln auf dieser Basis in Softwareprodukte implementiert werden, so dass die Plausibilisierung der Daten zukünftig deutlich vor der Datenannahme, d. h. bereits im Erstellungsprozess stattfinden kann.

Ab dem Berichtsjahr 2017 gelten erstmals „harte“ Plausibilisierungsregeln, die zu einer Ablehnung von Berichtsteilen im Annahmeverfahren nach Anlage 2 Qb-R führen können. Dabei handelt es sich um folgende Regeln:

Nr. 1 „Standorte des Krankenhauses bei Gesamtbericht“:

Diese Regel wurde im Berichtsjahr 2016 pilotiert. Sie überprüft, dass im Falle eines Gesamtberichtes (Standortnummer 99) das notwendige Element „Standorte\_des\_Krankenhauses“ angegeben ist. Berichtersteller haben sicherzustellen, dass bei einem Gesamtbericht eines Krankenhauses, das über mehrere Standorte verfügt, unter A-1 die Standortnummer 99 vergeben wird. In diesem Falle müssen die Kontaktdaten aller Standorte angegeben werden. Bei Krankenhäusern, die nur über einen Standort verfügen, muss unter A-1 die Standortnummer 00 verwendet werden. Eine Überprüfung sowie eine ggf. notwendige Korrektur liegt im Einflussbereich der Berichtersteller und kann bereits vor der Abgabe des Qualitätsberichts über einen webbasierten Plausibilisierungsdienst geprüft werden.

Nr. 53 „Abgleich der Lieferzuständigkeit im Rahmen der Übermittlung der Ergebnisse gemäß plan. QI-RL“:

Diese Regel wurde aufgrund der Einbeziehung der Daten aus der Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren (plan. QI-RL) erforderlich. Hier ist sicherzustellen, dass die Ergebnisdaten nur einmal und von der verantwortlichen auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stelle geliefert werden. Die Krankenhäuser haben keine Prüfpflicht im Zusammenhang mit dieser Regel. Die Adressaten sind dementsprechend die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen. Diese sind für die korrekte Lieferung verantwortlich und verfügen über die Möglichkeit, potenzielle Fehler zu korrigieren. Aus diesem Grunde wird auf die Pilotierung der Regel verzichtet und unmittelbar die Prüfklasse „hart“ vorgegeben. Das betroffene Krankenhaus wird im Fehlerfall ebenfalls informiert.

### **3. Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel VerfO und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

### **4. Verfahrensablauf**

Die zuständige Arbeitsgruppe Qualitätsbericht hat in ihren Sitzungen am 22. Februar 2018, 8. März 2018, 27. März 2018 und 17. April 2018 über den Anhang 4 zu Anlage 1 Qb-R (Plausibilisierungsregeln) beraten.

Der Beschlussentwurf wurde dem Unterausschuss Qualitätssicherung zu seiner Sitzung am 2. Mai 2018 vorgelegt. Der Unterausschuss Qualitätssicherung stimmte dem Beschlussentwurf zu und empfahl dem Plenum eine entsprechende Beschlussfassung.

An den Sitzungen der Arbeitsgruppen und des Unterausschusses wurden gemäß § 136b Abs. 1 Satz 3 SGB V der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer beteiligt.

### **Stellungnahmeverfahren**

Gemäß §§ 91 Abs. 5a wurde der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Gelegenheit gegeben, zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser Stellung zu nehmen, soweit deren Belange durch den Gegenstand des Beschlusses berührt sind.

Mit Beschluss des Unterausschusses Qualitätssicherung vom 2. Mai 2018 wurde das Stellungnahmeverfahren am 7. Mai 2018 eingeleitet. Die den stellungnahmeberechtigten Organisationen vorgelegten Dokumente finden sich in **Anlage 1**. Die Frist für die Einreichung der Stellungnahme endete am 7. Mai 2018.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit legte ihre Stellungnahme fristgerecht zum 7. Mai 2018 vor (**Anlage 2**). Die eingereichte Stellungnahme befindet sich in **Anlage 2**. Sie ist mit ihrem Eingangsdatum in **Anlage 3** dokumentiert.

Die Auswertung der Stellungnahme wurde durch den Unterausschuss Qualitätssicherung in seiner Sitzung am 6. Juni 2018 durchgeführt (**Anlage 3**).

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit wurde mit Schreiben vom 7. Mai 2018 zur Anhörung im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens fristgerecht eingeladen (vgl. **Anlage 3**).

## **5. Fazit**

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. Juni 2018 beschlossen, die Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser zu ändern.

Die Patientenvertretung trägt den Beschluss nicht mit/mit.

Die Länder gemäß § 92 Abs. 7f S. 1 SGB V tragen den Beschluss nicht mit/mit.

Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer, der Deutsche Pflegerat und die Bundespsychotherapeutenkammer äußerten Bedenken/keine Bedenken.

## **6. Zusammenfassende Dokumentation**

Anlage 1: An die stellungnahmeberechtigte Organisation versandter Beschlussentwurf zur Änderung der Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser sowie versandte Tragenden Gründe

Anlage 2: Stellungnahme der Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Anlage 3: Tabelle zur Auswertung der Stellungnahme inklusive anonymisiertes Wortprotokoll der Anhörung

Berlin, den 21. Juni 2018

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



Die Bundesbeauftragte  
für den Datenschutz und  
die Informationsfreiheit

POSTANSCHRIFT Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit,  
Postfach 1468, 53004 Bonn

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Wegelystraße 8  
10623 Berlin

HAUSANSCHRIFT Husarenstraße 30, 53117 Bonn  
VERBINDUNGSBÜRO Friedrichstraße 50, 10117 Berlin

TELEFON (0228) 997799-1303  
TELEFAX (0228) 997799-5550  
E-MAIL referat13@bfdi.bund.de

BEARBEITET VON Christian Heinick  
INTERNET [www.datenschutz.bund.de](http://www.datenschutz.bund.de)

DATUM Bonn, 16.05.2018  
GESCHÄFTSZ. **13-315/072#0929**

Bitte geben Sie das vorstehende Geschäftszeichen bei  
allen Antwortschreiben unbedingt an.

BETREFF **Stellungnahmeverfahren gemäß § 91 Abs. 5a SGB V - Anhang 4 zu Anlage 1 der  
Regelungen zum Qualitätsbericht**

BEZUG Ihr Schreiben vom 03.05.2018

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Gelegenheit zur Stellungnahme nach § 91 Abs. 5a SGB V danke ich Ihnen.

Zu diesem Beschlussentwurf gebe ich keine Stellungnahme ab.

Mit freundlichen Grüßen  
Im Auftrag

Heinick

Dieses Dokument wurde elektronisch versandt und ist nur im Entwurf gezeichnet.