Regelungen

Gemeinsamer Bundesausschuss

des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser

(Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Qb-R)

in der Neufassung vom 16. Mai 2013
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 24.07.2013 B5)
in Kraft getreten am 25. Juli 2013

zuletzt geändert am 21. April 2016
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 19.05.2016 B5)
in Kraft getreten am 20. Mai 2016

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Inhalt

§ 1 Ziele des Qualitätsberichts ... 3
§ 2 Gegenstand der Regelungen ... 3
§ 3 Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts ... 3
§ 4 Datenformat des Qualitätsberichts ... 4
§ 5 Frequenz und Bezugszeitraum des Qualitätsberichts ... 4
§ 6 Verfahren und Fristen der Übermittlung des Qualitätsberichts ... 4
§ 7 Ordnungsgemäße Lieferung ... 6
§ 8 Folgen nicht ordnungsgemäßer Lieferung ... 6
§ 9 Veröffentlichung ... 7

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

§ 1 Ziele des Qualitätsberichts

Die Ziele des Qualitätsberichts umfassen:

- Verbesserung von Transparenz und Qualität der Versorgung im Krankenhaus,
- Information, Orientierungs- und Entscheidungshilfe für alle interessierten Personen, z.B. für Patienten und Patientinnen sowie Leistungserbringer insbesondere im Vorfeld einer Krankenhausbehandlung,
- Schaffung einer Grundlage für vergleichende Informationen und Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen an Vertragsärzte und Vertragsärztinnen sowie Versicherte über die Qualität der Versorgung im Krankenhaus,
- Möglichkeit für ein Krankenhaus, seine Leistungen nach Art, Anzahl und Qualität nach außen transparent und sichtbar darzustellen.

§ 2 Gegenstand der Regelungen

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

(2) [1]Die Regelungen verpflichten jedes nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhaus, einen Qualitätsbericht zu erstellen und zu übermitteln. [2]Die Feststellung der konkreten Anzahl der zu erstellenden Qualitätsberichte erfolgt nach Maßgabe von Absatz 3 und Anlage 3 (Positivliste).

(3) [1]Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit einem nach Standorten differenzierten Versorgungsauftrag ist ein vollständiger standortspezifischer Qualitätsbericht je Standort (Standortbericht) sowie zusätzlich ein Gesamtbericht über alle Standorte (Gesamtbericht) zu erstellen und zu übermitteln. [2]Ein nach Standorten differenzierter Versorgungsauftrag nach Satz 1 liegt vor, wenn der Versorgungsauftrag gemäß § 8 Absatz 1 Krankenhausentgeltgesetz ausweist, dass dieser an (verschiedenen) räumlich getrennten Orten erfüllt werden kann. [3]Das Vorliegen eines Standorts erfordert nicht, dass vollstationäre Leistungen erbracht werden. [4]Die in diesen Regelungen getroffenen Bestimmungen gelten sowohl für den Gesamtbericht als auch für die Standortberichte in gleicher Weise.

§ 3 Inhalt und Umfang des Qualitätsberichts

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

- nach § 136 Absatz 1 Nummer 1 SGB V (die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a Absatz 2, § 115b Absatz 1 Satz 3 und § 116b Absatz 4 Satz 4 SGB V unter Beachtung der Ergebnisse nach § 137a Absatz 3 Nummer 1 und 2 SGB V sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement) sowie Umsetzung von Risikomanagement- und Fehlermeldesystemen in Krankenhäusern nach § 136a Absatz 3 SGB V,
- nach § 136 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen, einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität),

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- nach § 136b Absatz 1 Nummer 1 SGB V (die im Abstand von fünf Jahren zu erbringenden Nachweise über die Erfüllung der Fortbildungspflichten),
- nach § 136b Absatz 1 Nummer 2 SGB V (Mindestmengenregelung) sowie
- nach § 136a Absatz 1 Satz 4 und 5 SGB V (Die nach der Einführung mit den Indikatoren nach § 136a Absatz 1 Satz 1 SGB V gemessenen und für eine Veröffentlichung geeigneten Ergebnisse sind in den Qualitätsberichten nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V darzustellen. Der G-BA soll ihm bereits zugängliche Erkenntnisse zum Stand der Hygiene in den Krankenhäusern unverzüglich in die Qualitätsberichte aufnehmen lassen sowie zusätzliche Anforderungen nach § 136b Absatz 6 SGB V zur Verbesserung der Informationen über die Hygiene stellen.)

darstellen. [2]Gemäß § 136b Absatz 6 Satz 2 hat der Bericht Art und Anzahl der Leistungen des Krankenhauses auszuweisen sowie gemäß § 135c Absatz 2 SGB V eine Erklärung zu enthalten, die unbeschadet der Rechte Dritter Auskunft darüber gibt, ob sich das Krankenhaus bei Verträgen mit leitenden Ärztinnen und Ärzten an die Empfehlungen nach § 135c Absatz 1 Satz 2 SGB V hält. [3]Hält sich das Krankenhaus nicht an die Empfehlungen, hat es unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind.

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

§ 4 Datenformat des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht ist nach Maßgabe der Anlage 1 für das jeweilige Berichtsjahr in maschinenverwertbarer Form zu erstellen.

§ 5 Frequenz und Bezugszeitraum des Qualitätsberichts

Die Berichterstellung hat jährlich in dem Erstellungsjahr über das abgeschlossene Vorjahr (Berichtsjahr) zu erfolgen.

§ 6 Verfahren und Fristen der Übermittlung des Qualitätsberichts

(1) [1]Das Krankenhaus hat den Qualitätsbericht an eine Annahmestelle zu übermitteln. [2]Die gemeinsame Annahmestelle der gesetzlichen Krankenkassen, ihrer Verbände und des Verbands der Privaten Krankenversicherung nimmt die Qualitätsberichte der Krankenhäuser entgegen. [3]Die Kontaktdaten der gemeinsamen Annahmestelle und das Datenlieferverfahren sind in der Anlage 2 bestimmt. [4]Ab dem Berichtsjahr 2014 hat die Übermittlung in der Zeit vom 15. Oktober bis zum 15. November des Erstellungsjahres zu erfolgen.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(3) [1]Nachlieferungen oder Ersatz von Berichtsteilen nach den Buchstaben a), b) und c) können nur solchen Krankenhäusern gewährt werden, die sich und ihre Standorte gemäß Anlage 2 registriert und angemeldet haben.

a) [2]Nach Ablauf der Veröffentlichungsfrist gemäß § 9 Absatz 1 besteht die Möglichkeit zur Nachlieferung oder Ersatz der betroffenen Berichtsteile, wenn aus Gründen, die dem Krankenhaus nicht zurechenbar sind, ein Qualitätsbericht nicht angenommen oder nicht vollständig veröffentlicht werden kann, oder technisch begründete systematische Fehler enthält. [3]Für eine Nachlieferung oder den Ersatz der gelieferten Berichtsteile gemäß Satz 1 hat das Krankenhaus bzw. die zuständige mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragte Stelle zwischen dem 16. Januar und einschließlich dem 28. Februar des dem Erstellungsjahr folgenden Jahres einen entsprechend mit geeigneten Belegen zu begründenden Antrag elektronisch beim G-BA (per E-Mail an das Postfach: nachlieferung-qb@g-ba.de) zu stellen. [4]Bei Anträgen zur Nachlieferung oder Ersatz von Berichtsteilen C-1 durch eine mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragte Stelle hat diese das betroffene Krankenhaus über ihren Antrag zu informieren. [5]Der zuständige Unterausschuss des G-BA entscheidet bis spätestens sechs Wochen nach Ende der Antragsfrist über das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 und 2. [6]Die Übermittlung der nachzuliefernden Berichtsteile an die gemeinsame Annahmestelle gemäß § 6 Absatz 1 Sätze 1 bis 3 hat innerhalb von vier Wochen nach Bekanntgabe der Entscheidung des Unterausschusses zu erfolgen. [7]Spätestens sechs Wochen nach Ablauf der Frist aus Satz 5 sind die korrigierten Daten gemäß § 9 zu veröffentlichen.

b) [8]Vor Ablauf der Veröffentlichungsfrist gemäß § 9 Absatz 1 ermöglicht die Annahmestelle gemäß § 6 Absatz 1 Sätze 1 bis 3 eine Annahme von Nachlieferungen oder Ersatz von C-1 Berichtsteilen, wenn eine mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragte Stelle auf Grundlage geeigneter Belege, die das Problem, die betroffenen Krankenhäuser sowie die Möglichkeit zur rechtzeitigen Lösung darstellen, bestätigt, dass die C-1 Berichtsteile technisch begründete systematische Fehler enthalten, die mehr als ein Krankenhaus betreffen. [9]Die mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragte Stelle muss dies zwischen dem 16. Dezember des Erstellungsjahres bis einschließlich zum 15. Januar des auf das Erstellungsjahr folgenden Jahres elektronisch (per E-Mail an das Postfach: nachlieferung-qb@g-ba.de) an die G-BA-Geschäftsstelle melden. [10]Die G-BA-Geschäftsstelle gewährt nach folgender formaler Prüfung eine Nachlieferung oder den Ersatz der gelieferten Berichtsteile zu C-1:

- fristgerechtes Vorliegen einer Meldung einer mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stelle (Institut nach § 137a SGB V oder Landesgeschäftsstelle)
- mit Bestätigung über einen technisch begründeten Fehler, der mehr als ein Krankenhaus betrifft und binnen Nachlieferfrist lösbar ist
- nebst Belegen.

[11]Bei vollständigem Vorliegen der Voraussetzungen wird der mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stelle von der G-BA-Geschäftsstelle elektronisch bis zum 20. Januar mitgeteilt, dass sie zur Nach- bzw. Ersatzlieferung bis zum 23. Januar berechtigt ist. [12]Die Annahmestelle wird ebenfalls bis zum 20. Januar über alle nachlieferberechtigten mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen informiert. [13]Die mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen informieren die betroffenen Krankenhäuser. [14]Bei nicht vollständigem Vorliegen der Voraussetzungen informiert die G-BA-Geschäftsstelle die mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen elektronisch über die Möglichkeit der Nachlieferung gemäß Buchstabe a. [15]Die mit der

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen informieren die betroffenen Krankenhäuser.

c) [16]Ab dem Berichtsjahr 2014 können Nachlieferungen oder Ersatz der von den Krankenhäusern zu übermittelnden Berichtsteile (A, B und C-2ff.) ohne Angabe von Gründen vor Ablauf der Veröffentlichungsfrist gemäß § 9 Absatz 1 zwischen dem 23. November und 15. Dezember des Erstellungsjahres erfolgen.

(4) [1]Die Annahmestelle stellt gleichzeitig den gesetzlichen Krankenkassen, ihren Verbänden und dem Verband der Privaten Krankenversicherung sowie der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, den Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und Patientinnen und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB V sowie den weiteren nach § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V zu beteiligenden Organisationen die angenommenen Qualitätsberichte unverändert zur Verfügung. [2]Hierfür ermöglicht sie dem Empfängerkreis in den jeweiligen Lieferzeiträumen einmal pro Woche den gebündelten Download der Qualitätsberichte.

(5) [1]Die Annahmestelle stellt zusätzlich zu der Übermittlung nach Abs. 4 gleichzeitig den gesetzlichen Krankenkassen, ihren Verbänden und dem Verband der Privaten Krankenversicherung sowie der Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses alle angenommenen Qualitätsberichte in ihrer jeweils letzten Fassung unverzüglich nach Ablauf des Lieferzeitraums gemäß § 6 Abs. 2 und der Nachlieferzeiträume gemäß § 6 Abs. 3 Buchstabe a) und b) gebündelt und unverändert auf einem Datenträger zur Verfügung. [2]Die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses vervielfältigt und übermittelt diese Datenträger unverzüglich nach Erhalt gleichzeitig an die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen der Patienten und Patientinnen und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen nach § 140f SGB V sowie die weiteren nach § 136b Absatz 1 Satz 3 SGB V zu beteiligenden Organisationen.

§ 7 Ordnungsgemäße Lieferung

(1) Der Qualitätsbericht gemäß § 2 Abs. 2 ist ordnungsgemäß geliefert, wenn der Bericht

- fristgerecht und vollständig gemäß den Verfahren nach § 6 Abs. 1 und 2 übermittelt wurde und
- die Überprüfung gemäß § 7 Abs. 2 erfolgreich verlaufen ist.

(2) [1]Die Annahmestelle überprüft, ob der Qualitätsbericht entsprechend den Vorgaben gemäß Anhang 1 zu Anlage 1 geliefert wurde. [2]Sofern der Qualitätsbericht den Vorgaben entspricht, bestätigt die Datenannahmestelle schriftlich die Annahme der Lieferung des Qualitätsberichts. [3]Entspricht der Qualitätsbericht nicht den Vorgaben gemäß Anhang 1 zu Anlage 1, lehnt die Annahmestelle die Annahme ab und informiert unverzüglich schriftlich über die Mängel, welche die Ablehnung begründen.

§ 8 Folgen nicht ordnungsgemäßer Lieferung

(1) [1]Der G-BA veröffentlicht ab dem Berichtsjahr 2015 jährlich eine Liste der Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nicht ordnungsgemäß gemäß § 7 geliefert haben. [2]Das Verfahren zur Erstellung der Liste ist in Anlage 3 bestimmt. [3]Sofern ein Krankenhaus zweimal in Folge nicht ordnungsgemäß gemäß § 7 liefert, ist vom Krankenhaus ein Qualitätssicherungsabschlag von 1 Euro und im wiederholten Fall der Nichtlieferung im darauffolgenden Jahr ein Qualitätssicherungsabschlag von 2 Euro pro teil- und vollstationärem Krankenhausfall des Berichtsjahres gemäß § 8 Abs. 4 des

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) i.V.m. § 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorzunehmen. [4]Der nach Absatz 1 ermittelte Abschlagsbetrag wird spätestens im nächstmöglichen Vereinbarungszeitraum verrechnet.

(2) Eine Sanktion nach Absatz 1 erfolgt nicht, wenn

a) die nicht ordnungsgemäße Lieferung gemäß § 7 dem Krankenhaus nicht zurechenbar ist oder

b) eine Nach- oder Ersatzlieferung nach § 6 Absatz 3 erfolgt ist.

(3) Der G-BA überprüft nach Ablauf von drei Jahren die Regelungen der Absätze 1 bis 3.

§ 9 Veröffentlichung

(1) [1]Die entsprechend § 7 Abs. 1 ordnungsgemäß gelieferten Qualitätsberichte sind von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen sowie vom Verband der Privaten Krankenversicherung jeweils spätestens zum 31. Januar des dem Erstellungsjahr folgenden Jahres im Internet zu veröffentlichen. [2]Für die Nachlieferungen oder Ersatzlieferungen nach § 6 Abs. 3 legt der G-BA durch den zuständigen Unterausschuss die Fristen für die Datenannahme bei der Annahmestelle, die Bereitstellung gemäß § 6 Abs. 4 und 5 sowie die Veröffentlichung fest.

(2) [1]Die Veröffentlichung ist nur vollständig und unverändert vorzunehmen. [2]Sie enthält gegebenenfalls eine technische Verknüpfung zu der Internet-Homepage des Krankenhauses, um ergänzende Informationsmöglichkeiten ohne Aufwand zu eröffnen.

(3) [1]Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen und ihre Verbände können – zum Zwecke der Erhöhung von Transparenz und Qualität der stationären Versorgung – auf der Basis der Qualitätsberichte die Leistungserbringer und die Versicherten auch vergleichend über Qualitätsmerkmale der Krankenhäuser informieren und Empfehlungen aussprechen. [2]In diesem Zusammenhang sind Kommentierungen, Querverweise, Zusammenfassungen usw. deutlich vom Qualitätsbericht selbst abzugrenzen. [3]Diese können auch Informationen zur nicht ordnungsgemäßen Lieferung des Qualitätsberichts durch ein Krankenhaus oder zu nachweislich unvollständigen oder fehlerhaften Angaben umfassen. [4]Werden solche zusätzlichen Informationen auf einer Internetseite frei zugänglich veröffentlicht, ist das Krankenhaus hierüber rechtzeitig vorab zu informieren.

Anlagenübersicht

Anlage 1: Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung

Anhang 2 zu Anlage 1: Auswahllisten

Anhang 3 zu Anlage 1: Qualitätsindikatoren aus den Verfahren gemäß QSKH-RL

Anlage 2: Annahmestelle und Datenlieferverfahren

Anlage 3: Verfahren zur Erstellung der Liste nach § 8 Absatz 1

Anhang zu Anlage 3: Stellungnahme-Formular für die Berichtsjahre 2013 und 2014

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 1 Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2014

Inhalt

Allgemeine Hinweise **4**

1. Erläuterungen zur Berichterstellung **4**

2. Umfang und Format des Qualitätsberichts **5**

3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts **5**

Einleitung des Qualitätsberichts **8**

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts **8**

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 8

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 9

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 9

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 9

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 9

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 10

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 10

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 11

A-8.1 Forschung und akademische Lehre 11

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen 11

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus 11

A-10 Gesamtfallzahlen 11

A-11 Personal des Krankenhauses 12

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen 13

A-11.2 Pflegepersonal 13

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal 14

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 14

A-12.1 Qualitätsmanagement 14

A-12.1.1 Verantwortliche Person 14

A-12.1.2 Lenkungsgremium 14

A-12.2 Klinisches Risikomanagement 15

A-12.2.1 Verantwortliche Person 15

A-12.2.2 Lenkungsgremium 15

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen 15

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems 16
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen.....16
A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements 17
A-12.3.1 Hygienepersonal 17
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene 18
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement 18
A-13 Besondere apparative Ausstattung 19
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 20
B-[X].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung.....20
B-[X].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen.....20
B-[X].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 21
B-[X].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 21
B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung 21
B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD 22
B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 23
B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten.....23
B-[X].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V 24
B-[X].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 25
B-[X].11 Personelle Ausstattung 25
B-[X].11.1 Ärzte und Ärztinnen.....25
B-[X].11.2 Pflegepersonal 26
B-[X].11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.....28
C Qualitätssicherung 29
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V 29
C-1.1.[Y] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate 29
C-1.2.[Z] Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL 33
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V.....41
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V 41
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 42
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V 43

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V 44

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nr. 1 SGB V 45

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Allgemeine Hinweise

In diesem Dokument werden Inhalte, Umfang und Datenformat des strukturierten Qualitätsberichts nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V beschrieben.

Sofern keine Aussagen zur Darstellung bestimmter Inhalte des Qualitätsberichts gemacht werden, liegt die Darstellung im Ermessen des Bericht erstattenden Krankenhauses.

1. Erläuterungen zur Berichterstellung

Benennung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht trägt die Bezeichnung „Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V über das Berichtsjahr [JJJJ]“ (jeweiliges Berichtsjahr). Das Datum der Erstellung ist aufzuführen.

Betroffene Krankenhäuser

Entsprechend § 2 Absatz 2 sind diese Regelungen von allen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern für die Erstellung des Qualitätsberichts anzuwenden, und zwar unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder Einrichtungen handelt, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (NUMMERKHEntgG) mit DRG oder nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) abrechnen.

Krankenhäuser mit mehreren Standorten

Der Qualitätsbericht ist von einem Krankenhaus zu erstellen und nicht etwa von einer Trägerschaft gemeinsam für mehrere Krankenhäuser. Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit einem nach Standorten differenzierten Versorgungsauftrag ist ein vollständiger standortspezifischer Qualitätsbericht je Standort (Standortbericht) sowie zusätzlich ein Gesamtbericht über alle Standorte (Gesamtbericht) zu erstellen und zu übermitteln.

Der Gesamtbericht ist dabei die Zusammenfassung aller Standortberichte und hat entsprechend die Daten aller Standortberichte mit einzubeziehen.

Ziel ist eine unverfälschte Darstellung des Krankenhauses und seiner Standorte als umfassende Informationsgrundlage für alle Interessierten.

Berichtszeitraum

Zu berichten ist immer nur über die Krankenhäuser, Krankenhausstandorte und Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen eines Krankenhauses, die am Ende des Jahres, über das berichtet wird (Berichtsjahr), an der Versorgung teilgenommen haben (Stichtagsprinzip). Abweichend davon muss für den Fall, dass ein Krankenhaus, ein Krankenhausstandort oder eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung eines Krankenhauses bis zum 30. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres geschlossen wird, für das betreffende Krankenhaus bzw. den Krankenhausstandort kein Qualitätsbericht erstellt bzw. die betreffende Organisationseinheit/Fachabteilung nicht im Qualitätsbericht des Krankenhauses berücksichtigt werden.

Alle im Bericht gemachten Angaben müssen sich auf die im Berichtsjahr gültigen Regelungen (z. B. Verträge, Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, Klassifikationen wie ICD, OPS) beziehen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

2. Umfang und Format des Qualitätsberichts

Format

Der Qualitätsbericht ist in einem maschinenverwertbaren standardisierten Datensatzformat gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben zu erstellen.

Der Vermerk „[Version für die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen]“ kennzeichnet die Berichtsteile, die separat von den nach QSKH-RL (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern) auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an die Annahmestelle übermittelt werden.

Hierfür übermitteln die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (gemäß QSKH-RL) tabellarisch an das Krankenhaus zur Fehlerprüfung und Kommentierung.

Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung erfolgen an die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahres. Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen übermitteln in der Zeit vom 15. November bis 15. Dezember des Erstellungsjahres krankenhausbezogen die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben. Zusätzlich übermitteln die beauftragten Stellen eine Kopie der Daten an das Krankenhaus.

Anforderungen zum Datenschutz

Aus Datenschutzgründen werden Häufigkeiten <4, die sich aus Zahlen mit Patientenbezug ergeben (z. B. OPS-Anzahl, Fallzahl pro Leistungsbereich), mit „<4“ angegeben. Die Angaben von Standorten, die diesen Tatbestand erfüllen, sind in der Summenbildung für den Gesamtbericht des Krankenhauses nicht zu berücksichtigen. In diesem Fall ist im Gesamtbericht zusätzlich zu dieser Summe ein „+ <4“ anzugeben.

Zu einigen Kapiteln (z. B. C-1.2, C-4…) sind spezifische Anforderungen zum Datenschutz vorgegeben.

Umfang

Um den Umfang des Qualitätsberichts zweckmäßig zu begrenzen, sind an einigen Stellen Zeichenbegrenzungen vorgesehen. Es wird empfohlen, auf weitergehende Informationen bzw. andere Informationsquellen (z. B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage, Ansprechperson) zu verweisen, sofern das Krankenhaus hierzu Angaben machen möchte.

3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts

Gliederung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht besteht aus drei Teilen:

- Teil A über die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses,
- Teil B über die Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen,
- Teil C über die Qualitätssicherung.

Pflichtangaben versus freiwillige Angaben

Die Anforderungen gemäß der vorliegenden Anlage 1 zu den Regelungen gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sind als Mindestanforderungen zu verstehen. Bei darüber hinausgehenden freiwilligen Angaben ist darauf zu ach-

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft

ten, dass die jeweiligen Zeichenbegrenzungen nicht überschritten werden. Für freiwillige Angaben stehen die Felder „Kommentar/Erläuterung“ zur Verfügung.

Für alle Freitextangaben sollen möglichst umgangssprachliche Bezeichnungen verwendet werden.

Einige Kapitel des Qualitätsberichts müssen nur ausgefüllt werden, wenn diese auf das Krankenhaus zutreffen (z. B. C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V).

Um eine technisch möglichst einfache Struktur der Datenbankversion zu erreichen, sind die Hinweise „trifft nicht zu“/„entfällt“ in den meisten Fällen nicht explizit aufzunehmen, sondern über die technischen Vorgaben der XML-Struktur beschrieben.

Auswahllisten

Zu einigen Kapiteln (z. B. zu A-5, A-6) sind im Anhang 2 Auswahllisten vorgegeben. Die Auswahllisten dienen durch die Verwendung standardisierter Informationen der besseren Vergleichbarkeit und Auffindbarkeit der relevanten Informationen in den Qualitätsberichten.

Kontaktdaten

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Angabe von personen- oder standortbezogenen Kontaktdaten sind sie standardisiert zu erfassen.

Das heißt im Einzelnen:

„Kontakt | Person lang“ enthält:

- Name
- Vorname
- Titel (freiwillig)
- Funktion / Arbeitsschwerpunkt
- Telefon
- Telefax (freiwillig)
- E-Mail

„Kontakt | Person kurz“ enthält:

- Name
- Vorname
- Titel (freiwillig)
- Funktion / Arbeitsschwerpunkt
- Telefon(freiwillig)
- Telefax (freiwillig)
- E-Mail (freiwillig)

„Kontakt | Adresse“ enthält:

- Straße
- Hausnummer (freiwillig)

alternativ: Postfach (freiwillig)

- Adresszusatz (freiwillig)
- Postleitzahl
- Ort

„Kontakt | Zugang“ enthält:

- Straße
- Hausnummer
- Postleitzahl

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Ort
- Adress-Link (freiwillig)

In der folgenden Beschreibung der Inhalte werden entsprechend nur noch die Kurzformen angegeben:

„Kontakt | Person lang“

„Kontakt | Person kurz“

„Kontakt | Adresse“

„Kontakt | Zugang“.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Einleitung des Qualitätsberichts

Hier sind folgende Angaben zu machen:

- Datum der Erstellung des Berichts
- Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML
- Verwendete Software mit Versionsangabe
- Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person: [„Kontakt | Person lang“]
- Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person: Krankenhausleitung, vertreten durch [„Kontakt | Person lang“]
- Weiterführende Links (z. B. zur Internetseite des Krankenhauses, zu Broschüren, Unternehmensberichten), sofern diese nicht an geeigneter Stelle im Qualitätsbericht eingefügt werden können (freiwillig)

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hier müssen vollständige Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden.

Verpflichtend sind folgende Kontaktdaten anzugeben:

I. Angaben zum Krankenhaus

Diese Angaben beziehen sich auf das Krankenhaus und sind in jedem Qualitätsbericht zu machen.

1. Name und Hausanschrift des Krankenhauses [„Kontakt | Zugang“]; zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt | Adresse“]
2. Institutionskennzeichen
   a. Institutionskennzeichen des Berichtsjahres

      Hier ist das Institutionskennzeichen des Berichtsjahres anzugeben, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle als auch bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wurde. Liefert das Krankenhaus keine Daten für die externe vergleichende Qualitätssicherung, ist nur darauf zu achten, dass an dieser Stelle dasselbe Institutionskennzeichen angegeben wird, welches als Identifikation bei der Annahmestelle verwendet wird.

   b. Weitere relevante Institutionskennzeichen

      Hier können weitere, z. B. aktuellere Institutionskennzeichen angegeben werden.
3. Standortnummer

   Bei Krankenhäusern mit nur einem Standort ist die Ziffer 00 anzugeben.

   Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist die Ziffer 99 anzugeben.
4. Angaben zur Leitung des Krankenhauses: Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung mit Daten zur Erreichbarkeit [„Kontakt | Person lang“]

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten zusätzlich:

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

1. Name und Hausanschrift des Krankenhausstandorts [„Kontakt | Zugang“]; zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt | Adresse“]
2. Institutionskennzeichen
3. Standortnummer

   Hier ist die interne laufende Nummer des Standortes, auf den sich der Qualitätsbericht bezieht, anzugeben, beginnend mit der Ziffer 01. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2014 bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.
4. Angaben zur Leitung des Krankenhausstandorts: Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung mit Daten zur Erreichbarkeit [„Kontakt | Person lang“]

III. Gesamtbericht

Im Gesamtbericht eines Krankenhauses über mehrere Standorte sind zusätzlich die Kontaktdaten aller Standorte anzugeben.

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Hier ist der Name des Krankenhausträgers und die Art der Trägerschaft anzugeben: freigemeinnützig, öffentlich oder privat. Lässt sich der Krankenhausträger mit diesen Kategorien nicht fassen, ist die Art des Trägers (ebenso wie der Name) als Freitext anzugeben.

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus
(nur wenn zutreffend)

Hier gibt das Krankenhaus an, ob es Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus ist.

Ein akademisches Lehrkrankenhaus muss zusätzlich die zugehörige Universität (Name, Ort) angeben.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
(nur wenn zutreffend)

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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Bei den Angaben zu medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten liegt der Schwerpunkt auf den nicht-ärztlichen Leistungen. Es sind alle medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen. Basis der Angaben bildet die Auswahlliste „Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote“ (A-5) des Anhangs 2. Dort sind die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Zu jedem medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind auf maximal 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Angaben zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten werden – sofern vorhanden – für das gesamte Krankenhaus (allgemein) gemacht. Sie werden aus der Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ (A-6) des Anhangs 2 mit den dort aufgeführten verpflichtenden Zusatzangaben übernommen.

So ist beispielsweise unter der Schlüsselnummer NM54 „Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)“ zusätzlich anzugeben, welches konkrete Angebot (z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche) vorgehalten wird.

Eventuelle Preisangaben beziehen sich jeweils auf den Stichtag 1. Oktober des Erstellungsjahres.

Die Auswahlliste sieht bei bestimmten Leistungsangeboten verpflichtende Zusatzangaben vor. Darüber hinaus können ergänzende Angaben (z. B. zur Anzahl der jeweiligen Patientenzimmer oder über relevante Internetseiten des Krankenhauses) gemacht werden. Zusatzangaben und weitergehende Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar
NM54	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	vegane Küche	Rezepte auf Webseite

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Angaben zur Barrierefreiheit können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Unter A-7 sind nur die übergreifend verwirklichten Elemente der Barrierefreiheit für das gesamte Krankenhaus darzustellen. Dies bedeutet, dass all diejenigen Elemente der Barrierefreiheit, die schon unter A-7 angegeben werden, nicht unter B-[X].4 wiederholt werden dürfen.

Die Angaben sind aus der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (A-7 und B-[X].4) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Wenn die genannten Aspekte der Barrierefreiheit nicht umfassend, sondern nur eingeschränkt verwirklicht sind, ist dies verpflichtend zu kommentieren.

„Besondere personelle Unterstützung“ ist dann anzugeben, wenn das Pflegepersonal besondere Weiterbildungen im Umgang mit Menschen mit Demenz, geistigen Behinderungen oder Mobilitätseinschränkungen hat. In diesem Fall ist zu erläutern, auf welches Personal sich die Angabe bezieht.

Dolmetscherdienste sind nur dann anzugeben, wenn es eine vertragliche Beziehung zu einem gewerblichen Dolmetscher oder einer gewerblichen Dolmetscherin gibt. Hier und bei „Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachliches Personal“ ist aufzuführen, auf welche Sprachen sich die Angabe bezieht.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Neben den genannten verpflichtenden Konkretisierungen können zu jedem Aspekt der Barrierefreiheit ergänzende Angaben gemacht werden. Diese Kommentare sind auf jeweils 300 Zeichen inklusive Leerzeichen begrenzt.

Beispiel:

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar
BF01	Beschriftung von Zimmern in Blindenschrift	Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Werden Angaben zur Forschung und akademischen Lehre gemacht, sind die entsprechenden Inhalte aus der Auswahlliste „Forschung und akademische Lehre“ (A-8.1) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zu jeder Nennung können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Werden Angaben zum Ausbildungsangebot gemacht, sind aus der Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (A-8.2) des Anhangs 2 die entsprechenden Heilberufe auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zu jedem Heilberuf können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Hier gibt das Krankenhaus die Anzahl der Akut-Betten nach §§ 108, 109 SGB V zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres an.

Reha-Betten werden nicht berücksichtigt.

A-10 Gesamtfallzahlen

Anzugeben sind:

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

a) Vollstationäre Fallzahl

b) Teilstationäre Fallzahl

c) Ambulante Fallzahl

Die Angabe der vollstationären und teilstationären Fälle ist verpflichtend. Die Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle muss > 0 sein (SUMME aus a, b, c) Für die Regelung zur Fallzählung werden die gesetzlichen Vorgaben zugrunde gelegt:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Zählung der vollstationären Fälle:

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) des jeweiligen Berichtsjahres.

Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres zählt jede abgerechnete vollstationäre DRG-Fallpauschale im Jahr der Entlassung als ein Fall. Bei der Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Krankenhaus ist hier jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) fallen, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPflV) und der Fußnote 4 zur Anlage „E1 Aufstellung der mit Bewertungsrelationen bewerteten Entgelte für das Krankenhaus“ zur BPflV.

Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntG- ins BPflV-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht.

Zählung der teilstationären Fälle:

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 FPV (Fallpauschalenvereinbarung) des jeweiligen Berichtsjahres.

Die Fallzählung von teilstationären Fällen richtet sich für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der BPflV fallen, nach der Fußnote 11a zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPflV), sodass Patienten und Patientinnen, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, je Quartal als ein Fall gezählt werden.

Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntG- ins BPflV-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht.

Zählung der ambulanten Fälle:

Es können alle ambulanten Fälle – einschließlich der Fälle der Privatambulanz – angegeben werden. Vorstationäre, teilstationäre und nachstationäre Fälle sowie ambulante Operationen werden an dieser Stelle nicht mitgezählt. Ambulante Operationen werden in Kapitel B-[X].9 dargestellt.

Es wird die Fallzählweise verwendet. Dabei wird jeder ambulante Kontakt eines Patienten oder einer Patientin mit den Organisationseinheiten/Fachabteilungen eines Krankenhauses gezählt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

A-11 Personal des Krankenhauses

Hier gibt das Krankenhaus die personelle Ausstattung des Krankenhauses zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahrs an. Die Erfassung erfolgt in Vollzeitäquivalenten:

Für die Angabe in Vollkräften erfolgt eine Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten, indem die für jeden Beschäftigten oder jede Beschäftigte vereinbarten Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden addiert und durch die von einer vollzeitbeschäftigten Person gemäß jeweiligem Tarifvertrag zu erbringenden Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden dividiert werden.

Zum Beispiel ergeben

- 2 Halbzeitbeschäftigte mit jeweils 19,25 Wochenstunden = 38,5 Wochenstunden = dividiert durch 38,5 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = 1 Vollkraft (Vollzeitäquivalent),
- 1 Vollzeitkraft mit 39 Wochenstunden und 2 Halbzeitkräfte mit jeweils 19,5 Wochenstunden = 78 Wochenstunden = dividiert durch 39 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = 2 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente),
- 3 Teilzeitkräfte mit jeweils 15 Wochenstunden = 45 Wochenstunden = dividiert durch 40 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = gerundet 1,13 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente).

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzugeben ist die Anzahl der:

- Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften
- Fachärzte und Fachärztinnen in Vollkräften
- Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) in Personen
- Ärzte und Ärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Die Anzahl der „Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte und Belegärztinnen)“ inklusive der „Fachärzte und Fachärztinnen“ muss im Rahmen von Rundungsungenauigkeiten der Summe der Anzahl der „Ärzte und Ärztinnen“ in allen Fachabteilungen/Organisationseinheiten entsprechen.

Es können zusätzlich Ärzte und Ärztinnen angegeben werden, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind.

Belegärzte und Belegärztinnen, die an mehreren Standorten tätig sind, sind auch mehrfach für die entsprechenden Standorte anzugeben. Im Gesamtbericht kann daher die Anzahl der Belegärzte und Belegärztinnen von der Summe der Anzahl der Belegärzte und Belegärztinnen der Standorte abweichen.

Zu jeder Angabe können Ergänzungen zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Angaben zu weiteren ärztlichen Abschlüssen und Zusatzqualifikationen können fachabteilungsbezogen in B-[X].11.1 gemacht werden.

A-11.2 Pflegepersonal

Die pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind nur einmal mit ihrer jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen.

Anzugeben ist die Anzahl der:

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften
- Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Personen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Entbindungspfleger und Hebammen, die an mehreren Standorten tätig sind, sind auch mehrfach für die entsprechenden Standorte anzugeben. Im Gesamtbericht kann daher die Anzahl der Entbindungspfleger und Hebammen von der Summe der Anzahl der Entbindungspfleger und Hebammen der Standorte abweichen.

Die Anzahl der „Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen“ und der „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen“ muss im Rahmen von Rundungsungenauigkeiten der Summe der Angaben in allen Fachabteilungen/Organisationseinheiten entsprechen.

Zu jeder Angabe können Ergänzungen zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Weitere Angaben zu Abschlüssen und Zusatzqualifikationen können fachabteilungsbezogen unter B-[X].11.2 gemacht werden.

Beispiel:

	Ausbildungs-dauer	**Anzahl**	**Kommentar**
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	3 Jahre	... Vollkräfte	

A-11.3 Spezielles therapeutisches Personal

Die entsprechenden Personalqualifikationen sind aus der Auswahlliste „spezielles therapeutisches Personal“ (A-11.3) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Anzugeben ist jeweils die Anzahl in Vollkräften.

Der Schwerpunkt soll dabei auf Berufsgruppen liegen, die direkt an der Therapie beteiligt sind.

Zu jeder Berufsgruppe des therapeutischen Personals können Ergänzungen zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Hier sind die Kontaktdaten der für das zentrale einrichtungsinterne Qualitätsmanagement verantwortlichen Person anzugeben [„Kontakt | Person lang“].

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Darüber hinaus ist anzugeben, ob es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe gibt, die sich regelmäßig zum Thema austauscht.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

  Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)

- Tagungsfrequenz des Gremiums

  Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

Klinisches Risikomanagement beschreibt die Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten, die Mitarbeiter in einem Krankenhaus unterstützen, medizinische / pflegerische / therapeutische Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen und zu bewältigen. In diesem Abschnitt sind entsprechend verantwortliche Personen, Instrumente sowie patienten- bzw. hygienebezogene Maßnahmen zu benennen.

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Hier ist die für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person anzugeben.

Auswahloptionen: entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement; eigenständige Position für Risikomanagement; keine Person benannt

Ist das Qualitätsmanagement gemäß Stellen- bzw. Aufgabenprofil auch für das klinische Risikomanagement verantwortlich, werden die Kontaktdaten durch die Software aus A-12.1.1 übernommen.

Handelt es sich um eine eigenständige Position, sind die entsprechenden Kontaktdaten anzugeben [„Kontakt | Person lang“].

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Darüber hinaus ist anzugeben, ob es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe gibt, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht.

Auswahloptionen: ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement; ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement; nein

Wird „ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement“ ausgewählt, ist zusätzlich anzugeben:

- Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

  Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)

- Tagungsfrequenz des Gremiums

  Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz

Entspricht das Gremium dem des Qualitätsmanagements werden die entsprechenden Daten durch die Software aus A-12.1.2 übernommen.

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Die Angaben zu den Instrumenten und Maßnahmen des klinischen Risikomanagements sind aus der Auswahlliste [A-12.2.3] des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben - um die jeweils aufgeführten verpflichtenden Zusatzangaben zu ergänzen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Grundlage der dort gelisteten Instrumente und Maßnahmen des klinischen Risikomanagements sind anerkannte Expertenstandards bzw. Leitlinien und Handlungsempfehlungen von relevanten nationalen (z. B. Aktionsbündnis Patientensicherheit) oder internationalen Fachgesellschaften. Diese werden an die Besonderheiten der eigenen Organisation angepasst, schriftlich dokumentiert, an die beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen kommuniziert, regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

Die Umsetzung erfolgt in der Regel über Verfahrensbeschreibungen bzw. Standard Operating Procedures (SOP), die einzeln erstellt oder in einer übergreifenden, elektronischen oder papierbasierten QM- bzw. RM-Dokumentation zusammengefasst werden. Um die risikominimierenden Aktivitäten einer Einrichtung möglichst konkret abzubilden, gibt es die Möglichkeit, diese entweder als einzelne Maßnahme oder als Bestandteil einer QM/RM-Gesamtdokumentation anzugeben. Voraussetzung für die Angabe als Teil einer Gesamtdokumentation ist die Auswahl „Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation liegt vor“ mit der Angabe des Namens und letzten Aktualisierungsdatums. Diese Werte werden – wählt man bei den Zusatzangaben die Option „Teil der QM/RM-Dokumentation“ - entsprechend durch die Software übertragen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Hier ist anzugeben, ob in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt wird. Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

  Auswahloptionen: ja; nein

  Wenn ja,

  - Tagungsfrequenz des Gremiums

    Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz
- Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Diese Angaben sind auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Weitere Angaben zum „Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems“ sind aus der gleichnamigen Auswahlliste [A-12.2.3.1] des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben - um die dort aufgeführten verpflichtenden Zusatzangaben zu ergänzen.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Hier ist anzugeben, ob das Krankenhaus zusätzlich zum internen Fehlermeldesystem auch ein einrichtungsübergreifendes (Critical Incident Reporting System/CIRS) nutzt. Einrichtungsübergreifend bedeutet die aktive Beteiligung an einem Fehlermeldesystem, in dem sowohl die anonymisierten Meldungen als auch die fachlichen Bewertungen öffentlich zugänglich sind (Beispiel CIRSmedical). Dies kann geografisch und/oder fachlich organisiert sein.

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Angabe des genutzten Systems gemäß Auswahlliste A-12-2.3.2 des Anhangs 2. Nimmt eine Einrichtung an verschiedenen (z. B. fachlich spezialisierten) Systemen teil, können mehrere angegeben werden.

- Ist das eingesetzte System nicht in der Auswahlliste enthalten, kann es unter „Sonstiges“ frei angegeben werden. Diese Angaben sind auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Darüber hinaus ist anzugeben, ob es ein Gremium gibt, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums

  Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz

A-12.3 Hygienebezogene Aspekte des klinischen Risikomanagements

A-12.3.1 Hygienepersonal

Anzugeben ist hier die Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die gemäß den Vorgaben der einzelnen Krankenhaushygieneverordnungen der Bundesländer mit der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention betraut sind. Dabei werden auch die landesspezifischen Übergangsvorschriften berücksichtigt. Bei der Veröffentlichung nach § 9 Qb-R ist auf Folgendes hinzuweisen: „Gemäß § 23 Absatz 8 Nummer 3 IfSG gelten bis einschließlich 31. Dezember 2016 Übergangsvorschriften zur Erfüllung der personellen Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und zur Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten.“

- Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen (Anzahl Personen)
- Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen (Anzahl Personen)
- Hygienefachkräfte (HFK) (Anzahl Personen)
- Hygienebeauftragte in der Pflege (Anzahl Personen)

Es ist jeweils die Gesamtzahl der Personen anzugeben, die von Seiten des Krankenhauses beauftragt sind. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die an mehreren Standorten tätig sind, sind auch mehrfach anzugeben. Hier kann die Summe der einzelnen Standorte die Gesamtsumme übersteigen.

Die Aufgaben des Hygienefachpersonals ergeben sich in der Regel direkt aus den einzelnen Krankenhaushygieneverordnungen der Bundesländer. Zur weiteren Orientierung dient die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu „Personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (Stand 2009).

Bei Inanspruchnahme einer Ausnahmeregelung aufgrund einer landesspezifischen Übergangsvorschrift bzw. aufgrund eines in der Verordnung explizit formulierten Bestandsschutzes ist ein entsprechender Hinweis aufzunehmen. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Darüber hinaus ist anzugeben, ob eine Hygienekommission eingerichtet wurde:

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Angabe des Kommissionsvorsitzenden [„Kontakt | Person kurz“]

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Hier ist anzugeben, welche hygienebezogenen Maßnahmen zur Risikoreduktion / zur Verbesserung der Patientensicherheit / zur Reduzierung von Infektionen im Krankenhaus ergriffen werden.

Die Angaben sind aus der Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (A-12.3.2) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Soweit in der Auswahlliste vorgesehen, sind zusätzliche Angaben zur Durchführung der entsprechenden Maßnahme zu machen. Zusätzlich können zu jedem Aspekt freiwillige Erläuterungen ergänzt werden. Diese Kommentare sind auf jeweils 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Hier erfolgen Angaben zum Lob- und Beschwerdemanagement: Dazu sind aus untenstehender Übersicht die im Krankenhaus umgesetzten Maßnahmen auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Lob- und Beschwerdemanagement	
Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.	Ja/Nein
Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).	Ja/Nein
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	Ja/Nein
Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	Ja/Nein
Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.	Ja/Nein
Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	„Kontakt | Person lang“ Link zum Bericht (optional)
Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt.	„Kontakt | Person lang“
Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden	Ja/Nein Link zur Internetseite (optional)
Patientenbefragungen	Ja/Nein Link zur Internetseite (optional)
Einweiserbefragungen	Ja/Nein Link zur Internetseite (optional)

Zu jedem Aspekt des Lob- und Beschwerdemanagements können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Die Mehr in Kraft.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Hier erfolgt die Darstellung der besonderen Geräteausstattung der Einrichtung auf Basis der Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung“ (A-13) des Anhangs 2. Dort sind die entsprechenden Geräte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer und umgangssprachlichen Bezeichnung in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

In der Auswahlliste ist jedes Gerät mit einem „X“ markiert, für das Angaben zur 24 h-Notfallverfügbarkeit zu machen sind. Bei Auswahl eines solchen Gerätes ist die Zusatzangabe verpflichtend, ob es auch tatsächlich 24 h zur Verfügung steht (Ja/Nein).

Der Schwerpunkt liegt auf Geräten, die nicht zur üblichen apparativen Ausstattung eines Krankenhauses gehören. Es können auch Geräte angegeben werden, die nicht vom Krankenhaus betrieben werden, auf die das Krankenhaus aber ständigen Zugriff hat. In diesem Fall ist ein entsprechender Kommentar aufzunehmen.

Zu jedem Gerät können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

Nr.	**Vorhandene Geräte** (X=Zusatzangabe verpflichtend)	**Umgangs-sprachliche Bezeich-nung**	**Zusatz-angabe: 24 h-Notfall-verfügbar-keit**	**Kommentar**
AA14	Gerät für Nierener-satzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	**Ja/Nein**	
AA26	Positronen-emissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin		in Kooperati-on mit nieder-gelassenem Radiologen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Die Organisationseinheiten/Fachabteilungen sind jeweils komplett gemäß nachfolgender Gliederung darzustellen und fortlaufend zu nummerieren. Die Darstellung nicht bettenführender Abteilungen ist ebenfalls möglich. Der Begriff „Organisationseinheit/Fachabteilung“ ist durch den entsprechenden krankenhausindividuellen Namen der Organisationseinheit/Fachabteilung zu ersetzen.

Die Organisationseinheit/Fachabteilung ist anhand von Fachabteilungsschlüsseln gemäß § 301 SGB V darzustellen. Zur Darstellung des tatsächlichen Fachspektrums der Organisationseinheit/Fachabteilung ist die Nennung mehrerer Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V möglich.

Pro Organisationseinheit/Fachabteilung ist mindestens ein Schlüssel nach § 301 SGB V verpflichtend anzugeben. Mit der differenzierten Nutzung der 3. und 4. Stelle des Fachabteilungsschlüssels besteht die Möglichkeit, die medizinischen Schwerpunkte der Organisationseinheiten/Fachabteilungen auszuweisen. Ziel ist es, modernen Organisationsformen im Krankenhaus Rechnung zu tragen und durch Zuordnung entsprechender Schlüssel nach § 301 SGB V (unabhängig von den zu Abrechnungszwecken verwendeten Schlüsseln) das tatsächliche Leistungsspektrum der Organisationseinheit/Fachabteilung abzubilden, um den Nutzern und Nutzerinnen einer Qualitätsberichtsdatenbank eine möglichst genaue Suche nach der gewünschten Abteilung zu ermöglichen. So ist auch die Angabe desselben spezifischen Schlüssels nach § 301 SGB V für mehrere Organisationseinheiten/Fachabteilungen eines Krankenhauses möglich. Wenn der Organisationseinheit/Fachabteilung kein spezifischer Schlüssel nach § 301 SGB V zu Abrechnungszwecken zugeordnet wurde, ist als Schlüssel 3700 „Sonstige Fachabteilung“ oder ein dem Fachspektrum der Organisationseinheit/Fachabteilung entsprechender Schlüssel nach § 301 SGB V anzugeben.

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

Fachabteilungsschlüssel (mindestens ein Schlüssel / vierstellig)

Name des Chefarztes oder der Chefärztin [„Kontakt | Person lang“] und [„Kontakt | Zugang“]

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

Auswahloptionen:

- Hauptabteilung
- Belegabteilung
- Gemischte Haupt- und Belegabteilung
- Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

B-[X].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Hier ist verpflichtend anzugeben, ob sich das Krankenhaus bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlungen der DKG nach § 136a SGB V hält.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Vereinbarung geschlossen

Bei „nein“ sind die Leistungen, für die leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden, als vierstellige OPS-Ziffer anzugeben. Darüber hinaus ist die OPS-Formulierung allgemeinverständlich zu übersetzen und gegebenenfalls um eine anatomisch/funktionale Beschreibung zu ergänzen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Wichtig ist vor allem die Angabe von Operationen/Eingriffen oder Leistungen, für die finanzielle Anreize vereinbart wurden, da diese die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen beeinflussen können.

Zu jeder leistungsbezogenen Zielvereinbarung können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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

An dieser Stelle sind die fachabteilungsbezogenen medizinischen Leistungsangebote der jeweiligen Organisationseinheit/Fachabteilung darzustellen. Hierzu sind aus der Auswahlliste B-[X].3 in Anhang 2 die zutreffenden medizinischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Dabei können die Nummern für „Sonstiges“ (z. B. VR00) mehrfach angegeben werden, um zusätzliche fachabteilungsbezogene medizinische Leistungsangebote darzustellen.

Zu jedem Versorgungsschwerpunkt können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Die Gliederung der Auswahlliste in Fachgebiete dient ausschließlich der besseren Übersichtlichkeit. Eine Organisationseinheit/Fachabteilung kann hier aus allen Fachgebieten, d. h. aus der gesamten Auswahlliste zu B-[X].3, ihre individuellen Versorgungsschwerpunkte auswählen.

B-[X].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Angaben zur Barrierefreiheit können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Hier sind nur die Elemente anzugeben, die nicht bereits unter A-7 für das gesamte Krankenhaus dargestellt wurden. Das bedeutet, die Elemente der Barrierefreiheit, die schon unter A-7 angegeben werden, dürfen nicht unter B-[X].4 wiederholt werden.

Die fachabteilungsspezifischen Angaben sind aus der Auswahlliste zu A-7/B-[X].4 im Anhang 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zu jedem Aspekt der Barrierefreiheit können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind auf jeweils 300 Zeichen inklusive Leerzeichen begrenzt.

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

Angegeben werden müssen:

a) Vollstationäre Fallzahl

b) Teilstationäre Fallzahl

Teilstationäre Fälle werden nicht in die Fallzahl der vollstationären Fälle eingerechnet, werden aber gesondert dargestellt. Die Regelung zur Fallzählung basiert auf den gesetzlichen Vorgaben.

Zählung der vollstationären Fälle:

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen, richtet sich die Fallzählung nach § 8 Fallpauschalenvereinbarung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

(FPV) des jeweiligen Berichtsjahres, sodass nur Fälle, die unter A-10 gezählt werden, für die Fallzahl in einer Organisationseinheit/Fachabteilung berücksichtigt werden. Bei internen Verlegungen in verschiedene Organisationseinheiten/Fachabteilungen bzw. bei der Teilnahme an der medizinischen Versorgung durch nicht-bettenführende Abteilungen wird der Fall derjenigen Fachabteilung zugeordnet, aus der der Patient oder die Patientin nach extern entlassen/verlegt wurde.

Für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) fallen, richtet sich die Fallzählung nach den Fußnoten 11 und 15 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPflV), d. h. interne Verlegungen werden als ein neuer Fall der Fachabteilung/Organisationseinheit gezählt. Dadurch kann die Summe der Fälle aller Fachabteilungen/Organisationseinheiten die Fallzahl in A-10 übersteigen. Dies kann im Kommentarfeld erläutert werden (z. B. „Eventuelle Unterschiede zwischen Gesamtfallzahl des Krankenhauses und der Summe der Fallzahlen der Organisationseinheiten/Fachabteilungen können im Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung auf internen Verlegungen innerhalb der Psychiatrie/Psychosomatik beruhen.“).

Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntgG- ins BPflV-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht.

Zählung der teilstationären Fälle:

Die Fallzählung von teilstationären Fällen richtet sich für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, nach § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres.

Die Fallzählung von teilstationären Fällen richtet sich für Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich der BPflV fallen, nach der Fußnote 11a zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPflV), sodass Patienten und Patientinnen, die wegen derselben Erkrankung regelmäßig oder mehrfach behandelt werden, je Quartal als ein Fall gezählt werden.

Entsprechend den unterschiedlichen Vorschriften zur Fallzählweise ergibt sich, dass bei interner Verlegung vom KHEntgG- ins BPflV-System (und umgekehrt) jeweils ein neuer Fall entsteht.

B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Hier sind alle Hauptdiagnosen nach ICD-10 mit der jeweiligen Fallzahl anzugeben.

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

Alle ICD-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind vierstellig (z. B. G20.2) und mit Fallzahl (Zahl > 0) anzugeben. Es ist die jeweils aktuelle amtliche IDC-10-GM-Version zu verwenden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Hier sind alle durchgeführten Prozeduren mit ihrer jeweiligen OPS-Ziffer anzugeben. Zu jeder Prozedur ist darzustellen, wie häufig sie im Berichtsjahr durchgeführt wurde. Alle OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind endstellig (z. B. 5 876.2) anzugeben.

Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen/Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig. Es ist der jeweils aktuelle amtliche OPS-Katalog zu verwenden.

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. Dieses Verfahren dient dazu, das tatsächliche Leistungsgeschehen der Fachabteilung möglichst realistisch abzubilden.

Es werden nur die OPS-Ziffern der voll- und teilstationären Fälle berücksichtigt, die auch unter A-10 gezählt werden. OPS-Ziffern, die im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen erfasst wurden, sind hier nicht anzugeben. Verbringungsleistungen sind nicht vom beauftragenden Krankenhaus darzustellen, da sie nicht von diesem unmittelbar durchgeführt wurden. Im Qualitätsbericht des beauftragten Krankenhauses hingegen können sie an entsprechender Stelle aufgenommen werden.

B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Hier können grundsätzlich alle ambulanten ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten unabhängig von der gesetzlichen oder vertraglichen Grundlage und der Art der Abrechnung dargestellt werden. Die entsprechenden Ambulanzarten sind aus der Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ zu B-[X].8 im Anhang 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Neben der Fach- bzw. Vertragsbezeichnung kann eine kurze alltagssprachliche Bezeichnung der Ambulanz angegeben werden (z. B. Diabetes-Ambulanz oder Schrittmacher-Ambulanz).

Die jeweils ambulant angebotenen Leistungen sind aus der Auswahlliste für die fachabteilungsbezogenen medizinischen Leistungsangebote zu B-[X].3 in Anhang 2 auszuwählen und mit der entsprechenden Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Die Hinweise zu B-[X].3 gelten entsprechend.

Abweichend davon sind die angebotenen Leistungen für die Ambulanzart AM06 „Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V“ aus dem entsprechenden Abschnitt der Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ zu B-[X].8 in Anhang 2 auszuwählen und mit den jeweiligen Nummern anzugeben.

Zu jeder Ambulanzart können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Sofern angebotene Leistungen nicht für alle Patienten und Patientinnen zugänglich sind (z. B. Verträge mit einzelnen Krankenkassen), sollte ein entsprechender Hinweis aufgenommen werden. Krankenhausinterne Konsilleistungen sind hier nicht anzugeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Beispiel:

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

Ambulante Operationen sind im Kapitel B-[X].9 darzustellen.

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

Hier ist die Anzahl der ambulanten Operationen mit der jeweiligen OPS-Ziffer anzugeben. Alle OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind endstellig (z. B. 5-876.2) anzugeben.

Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen/Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig.

Die Häufigkeit der jeweiligen OPS-Ziffer in der jeweiligen Fachabteilung ergibt sich daraus, wie oft die jeweilige Prozedur von der Fachabteilung im Berichtsjahr erbracht wurde. Die OPS-Zählung erfolgt demnach immer in der Fachabteilung, von der die Leistung erbracht wurde. Dieses Verfahren dient dazu, das tatsächliche Leistungsgeschehen der Fachabteilung möglichst realistisch abzubilden.

Die OPS-Prozeduren sind gemäß der jeweils für das Berichtsjahr geltenden Fassung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (der Anlage des Vertrags nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag)) anzugeben. Berücksichtigt werden hier nur die OPS-Ziffern, die in Abschnitt 1 und 2 des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (der Anlage des AOP-Vertrags) aufgeführt sind.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Die Leistungen des Abschnitts 3 des Katalogs (ohne OPS-Zuordnung) können unter B-[X].8 dargestellt werden.

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

Hier soll angegeben werden, ob es in der Organisationseinheit/Fachabteilung eine Zulassung zum D-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft gibt.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja ist anzugeben, ob

- es einen Arzt oder eine Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung gibt und/oder
- eine stationäre BG-Zulassung vorliegt.

B-[X].11 Personelle Ausstattung

Hier gibt das Krankenhaus die personelle Ausstattung der jeweiligen Abteilung/Organisationseinheit zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres an. Die Erfassung erfolgt in Vollzeitäquivalenten.

Für die Angabe in Vollkräften erfolgt eine Zusammenfassung von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigten zu Vollzeitäquivalenten, indem die für jeden Beschäftigten oder jede Beschäftigte vereinbarten Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden addiert und durch die von einer vollzeitbeschäftigten Person gemäß jeweiligem Tarifvertrag zu erbringenden Wochen-, Monats- oder Jahresarbeitsstunden dividiert werden.

Zum Beispiel ergeben

- 2 Halbzeitbeschäftigte mit jeweils 19,25 Wochenstunden = 38,5 Wochenstunden = dividiert durch 38,5 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = 1 Vollkraft (Vollzeitäquivalent),
- 1 Vollzeitkraft mit 39 Wochenstunden und 2 Halbzeitkräfte mit jeweils 19,5 Wochenstunden = 78 Wochenstunden = dividiert durch 39 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = 2 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente),
- 3 Teilzeitkräfte mit jeweils 15 Wochenstunden = 45 Wochenstunden = dividiert durch 40 Wochenstunden je vollzeitbeschäftigter Person = gerundet 1,1 Vollkräfte (Vollzeitäquivalente).

B-[X].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzugeben ist die Anzahl der:

- Ärzte und Ärztinnen insgesamt in Vollkräften (außer Belegärzte und Belegärztinnen)
  - davon Fachärzte und Fachärztinnen in Vollkräften
- Belegärzte und Belegärztinnen in Personen (nach § 121 SGB V)

Darüber hinaus ist das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen anzugeben.

Ärztliches Personal, das in der direkten Patientenversorgung tätig ist, jedoch in keiner eigenen Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird (z. B. „OP-Personal“ oder „Personal der Radiologie“), kann einer passenden Fachabteilung zugeordnet oder unter A-11.1 eingetragen werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen. Die zu machenden Angaben sind unabhängig vom Stichtagsverfahren der Psych-PV.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Zu jeder Angabe können Ergänzungen zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind auf 300 Zeichen (inklusive Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

	Anzahl	**Fälle je Vollkraft bzw. Person**	**Kommentar**
Ärzte und Ärztinnen insgesamt (außer Belegärzte und Belegärztinnen)	..... Vollkräfte		z. B. Weiterbildungsbefugnisse
…	...		…

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Unter „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ sollen die Facharztqualifikationen und Zusatz-Weiterbildungen gemäß den Auswahllisten zu B-[X].11.1 in Anhang 2 angegeben werden. Die vorliegenden Facharztqualifikationen und Zusatz-Weiterbildungen sind aus diesen Listen auszuwählen und mit ihren Nummern in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Es soll hier nicht die Anzahl der Qualifikationen, sondern nur deren Vorliegen in der Abteilung (als Expertise) angegeben werden.

Die Schlüssel in der Auswahlliste orientieren sich an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO in der im jeweiligen Berichtsjahr gültigen Fassung) und bilden die „offiziellen“ Facharztbezeichnungen mit Schwerpunkten und die derzeit gültigen Zusatz-Weiterbildungen ab. Fachkundenachweise, Weiterbildungskurse etc. sollen hier nicht abgebildet werden. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Facharztbezeichnungen) sollen sinngemäß zugeordnet werden.

Beispiele:

- Facharzt oder Fachärztin für Nervenheilkunde ist Facharzt oder Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie = AQ42 + AQ51.
- Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin ist Facharzt oder Fachärztin für Anästhesiologie und Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin = AQ01 + ZF15

Zu jeder Facharztbezeichnung bzw. Zusatz-Weiterbildung können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].11.2 Pflegepersonal

Die pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind nur einmal mit ihrer jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen.

Anzugeben ist die Anzahl der:

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften
- Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Personen
- Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Darüber hinaus ist das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen anzugeben.

Sofern der Organisationseinheit/Fachabteilung Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und Krankenpflegehilfe zugeordnet sind, werden diese nicht in die Anzahl der Vollkräfte eingerechnet. Sie können zusätzlich zur jeweiligen Berufsgruppe angegeben werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

	Ausbildungs-dauer	**Anzahl**	**Fälle je Voll-kraft bzw. Person**	**Kommentar**
Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen	3 Jahre	.....Vollkräfte		Anzahl Auszubildende
Pflegehelfer und Pflegehelferinnen	ab 200 Stunden Basiskurs	.....Vollkräfte		
Entbindungspfleger und Hebammen	3 Jahre	.....Personen		
…	…	….		

Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen können unter „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ angegeben werden.

Bei der Darstellung des Pflegepersonals ist nur das in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen eingesetzte Pflegepersonal, d. h. nicht die Mitglieder der Pflegedienstleitung, der Verwaltung, des Qualitätsmanagements oder der innerbetrieblichen Krankentransporte, zu berücksichtigen. Bei einer interdisziplinär belegten Station, d. h. einer Station, auf der Patienten oder Patientinnen mehrerer Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen liegen (z. B. interdisziplinäre Intensivstation) und die nicht als eigene Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird, erfolgt die Darstellung des Personals anteilsmäßig bezogen auf die jeweilige Organisationseinheit bzw. Fachabteilung. Pflegerisches Personal, das in der direkten Patientenversorgung tätig ist, jedoch in keiner eigenen Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird (z. B. „OP-Personal“ oder „Personal der Radiologie“), kann einer passenden Fachabteilung zugeordnet oder in A-11.2 eingetragen werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Unter „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ sollen die pflegebezogenen anerkannten Fachweiterbildungen/zusätzlichen akademischen Abschlüsse und Zusatzqualifikationen, die auf einer pflegerischen Ausbildung beruhen, gemäß den Auswahllisten B-[X].11.2 in Anhang 2 angegeben werden. Die vorliegenden Fachweiterbildungen/zusätzlichen akademischen Abschlüsse und Zusatz-Qualifikationen sind aus diesen Listen auszuwählen und mit ihren Nummern in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Es soll hier nicht die Anzahl der Qualifikationen, sondern nur deren Vorliegen in der Abteilung (als Expertise) angegeben werden.

Zu jeder Fachweiterbildung / jedem zusätzlichen akademischen Abschluss bzw. Zusatzqualifikation können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].11.3 Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Die Angaben zur personellen Ausstattung in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik beziehen sich ebenfalls auf den Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres.

Die Personalkategorien sind:

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen
- Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen
- Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen
- Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen

Das spezielle therapeutische Personal ist jeweils in der Kategorie zu zählen, die ihrer höchsten Qualifikation entspricht.

Für jede Kategorie sind die Anzahl der Vollkräfte und das Verhältnis von der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung) zu den Vollkräften anzugeben.

Die Berufsbezeichnungen mit Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen orientieren sich an den gesetzlichen Vorgaben sowie an den Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern in der im jeweiligen Berichtsjahr gültigen Fassung.

Unter „Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin“ sind nur Psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen, die über eine von einer Landespsychotherapeutenkammer anerkannte abgeschlossene Zusatzweiterbildung in Klinischer Neuropsychologie verfügen, einzutragen. Fachkundenachweise, andere Fort- und Weiterbildungskurse etc. sollen hier nicht abgebildet werden. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Berufsbezeichnungen) sollen sinngemäß zugeordnet werden.

Zu jeder Berufsgruppe des therapeutischen Personals können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

Spezielles therapeutisches Personal	**Anzahl** (Vollkräfte)	**Fälle je Vollkraft**	**Kommentar**
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen	…		
	…		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C Qualitätssicherung

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

Ausfüllhinweis:

Die Übermittlung der Angaben zu C-1.1.[Y] und der Angaben zu C-1.2.[Z] für die Qualitätsindikatoren des Anhangs 3 erfolgt direkt durch die nach QSKH-RL auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen. Hierfür übermitteln die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (gemäß QSKH-RL) tabellarisch an das Krankenhaus zur Fehlerprüfung und Kommentierung. In diesem Zusammenhang ist auch die Zuordnung der Auswertungen von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zu Institutionskennzeichen und Standortnummer(n) des Krankenhauses vorzunehmen, um eine eindeutige Zusammenführung der Berichtsteile zu ermöglichen.

Ab dem Berichtsjahr 2013 erfolgen Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung an die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahres. Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen übermitteln gemäß § 6 Absatz 2 dieser Qb-R in der Zeit vom 15. November bis 15. Dezember des Erstellungsjahres die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben.

C-1.1.[Y] Erbrachte Leistungsbereiche/Dokumentationsrate

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

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

Leistungsbereich	**Fallzahl**	**Dokumentationsrate (%)**	**Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses**
Ambulant erworbene Pneumonie			
Aortenklappenchirurgie, isoliert			
Cholezystektomie			
Pflege: Dekubitusprophylaxe			

Leistungsbereich	**Fallzahl**	**Dokumenta-tionsrate (%)**	**Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses**
Geburtshilfe			
Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)			
Herzschrittmacher-Aggregatwechsel			
Herzschrittmacher-Implantation			
Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/-Explantation			
Herztransplantation			
Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation			
Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Hüftgelenknahe Femurfraktur			
Karotis-Revaskularisation			
Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation			
Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel			
Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie			
Koronarangiographie und Perkutane Koronarinterven-tion (PCI)			
Koronarchirurgie, isoliert			
Mammachirurgie			
Lebertransplantation			
Leberlebendspende			
Nierentransplantation			
Nierenlebendspende			
Lungen- und Herz-Lungentransplantation			

Dies

Leistungsbereich	**Fallzahl**	**Dokumentationsrate (%)**	**Kommentar/ Erläuterung des Krankenhauses**
Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation			
Neonatologie			
Implantierbare Defibrillatoren-Implantation			
Implantierbare Defibrillatoren-Aggregatwechsel			
Implantierbare Defibrillatoren-Revision/Systemwechsel/Explantation			

Ausfüllhinweis:

Sofern das Krankenhaus an den Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätssicherung (Verfahren gemäß QSKH-Richtlinie) teilnimmt, ist hier anzugeben, wie hoch die Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll) und die Dokumentationsrate im Krankenhaus je Leistungsbereich im Berichtsjahr war.

Es sollen nur die tatsächlich erbrachten Leistungen angegeben werden. Die nicht benötigten Felder sollen ggf. gelöscht werden.

Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Gemäß der Systematik des Verfahrens können in einigen Leistungsbereichen Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden.

Für die drei herzchirurgischen Leistungsbereiche „isolierte Aortenklappenchirurgie“, „kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie“ und „isolierte Koronarchirurgie“ ist nur die Dokumentationsrate des Leistungsbereichs „HCH“ und keine Fallzahl anzugeben. Entsprechendes gilt für die beiden Leistungsbereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation“. Hier ist nur die Dokumentationsrate des Leistungsbereichs „PNTX“ anzugeben.

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

- Im Regelfall wird für jedes Krankenhaus mit nur einem Standort eine Dokumentationsrate je Leistungsbereich errechnet, die anzugeben ist.
- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, werden in den standortspezifischen Qualitätsberichten je Leistungsbereich standortspezifische Angaben gemacht. Wird eine dokumentationspflichtige Leistung nur an einigen Standorten erbracht, sind die entsprechenden Angaben auch nur in deren Qualitätsberichten auszuweisen.
- Liegen für ein Krankenhaus oder einen Krankenhausstandort mehrere Dokumentationsraten je Leistungsbereich vor (z. B. bei Vorhandensein verschiedener Fachabteilungen/Organisationseinheiten mit eigener Auswertung), ist C-1.1.[Y] mehrfach anzugeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

- Im Gesamtbericht eines Krankenhauses über mehrere Standorte kann eine gemeinsame Dokumentationsrate je Leistungsbereich angegeben werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

für:..... (z. B. Standort, Betriebsstätte, Fachabteilung/Organisationseinheit)

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

Qualitätsindikator				*Bundesergebnis*			*Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses*				*Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen*		*Kommentar/ Erläuterung*	
1 Leistungsbereich	**2 Qualitätsindikator**	**3 Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus**	**4 Empirisch-statistische Bewertung***	**5 Bundesdurchschnitt**	**6 Referenzbereich (bundesweit)**	**7 Vertrauensbereich (bundesweit)**	**8 Zähler/ Nenner**	**9 Ergebnis (Einheit)**	**10 Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr**	**11 Vertrauensbereich (Krankenhaus)**	**12 Ergebnis im Berichtsjahr**	**13 Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr**	**14 der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen**	**15 des Krankenhauses**

*gemäß „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ vom 21. März 2014, siehe www.sqg.de

Ausfüllhinweis:

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

Die Darstellung der Qualitätsindikatoren erfolgt gemäß Anhang 1. Dabei ist Folgendes zu beachten:

- In der Spalte 1 „Leistungsbereich“ ist die jeweils allgemeinverständliche Bezeichnung aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.
- In der Spalte 2 „Qualitätsindikator“ ist die jeweils allgemeinverständliche Bezeichnung aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

Diese Richtlinien- Kraft.

- In der Spalte 3 „Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus“ sind alle zum Berichtsjahr verfügbaren Indikatoren mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus aus Spalte 2 als solche mit „X“ zu kennzeichnen.
- In der Spalte 4 „Empirisch-statistische Bewertung“ ist die „Statistische Einstufung (Empirie)“ aus dem „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ der Institution nach § 137a SGB V vom 21. März 2014 (siehe Anlage 1, Spalte „Statistische Einstufung (Empirie)“ im Bericht unter www.sqg.de) einzutragen.
- In der Spalte 5 „Bundesdurchschnitt“ ist der Bundesdurchschnittswert dieses Qualitätsindikators anzugeben.
- In der Spalte 6 „Referenzbereich“ ist der bundesweite Referenzbereich für diesen Qualitätsindikator, ggf. unter Angabe der Einheit, einzutragen. Wurde auf Bundesebene kein Referenzbereich festgelegt, ist „nicht festgelegt“ einzutragen.
- In der Spalte 7 (Vertrauensbereich bundesweit) ist das bundesweite Ergebnis für diesen Qualitätsindikator als 95 %-Vertrauensbereich einzutragen.
- In der Spalte 8 „Zähler/Nenner“ ist das Ergebnis des Krankenhauses als Zähler und Nenner einzutragen.
- In der Spalte 9 „Ergebnis (Einheit)“ ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator einzutragen. Sofern in Spalte 8 die Anforderungen zum Datenschutz zu erfüllen sind, ist auch hier „<4“ anzugeben.
- In der Spalte 10 (Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr) ist anzugeben, ob sich das Ergebnis statistisch signifikant gegenüber dem Ergebnis des vorherigen Berichtsjahres "verbessert" oder "verschlechtert" hat, ob es "unverändert" oder "eingeschränkt/nicht vergleichbar" ist. Ein statistisch signifikanter Unterschied liegt vor, wenn sich die Vertrauensbereiche der jeweiligen Ergebnisse nicht überschneiden. Zur Berechnung der Vertrauensbereiche sind die Rechenregeln der externen stationären Qualitätssicherung zu verwenden. Sofern dort keine Festlegung erfolgt ist, sind für den Qualitätsbericht die Vertrauensbereiche bis auf zwei Nachkommastellen genau auszuweisen.
  Das Ergebnis ist „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ mit dem Vorjahr, wenn im Vorjahr kein Ergebnis vorlag oder der Indikator laut dem Dokument „Beschreibung der Qualitätsindikatoren“ (dort im Anhang „Historie der Qualitätsindikatoren") unter www.sqg.de als "eingeschränkt vergleichbar" mit dem Vorjahr eingestuft ist.
- In der Spalte 11 „Vertrauensbereich“ ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator als 95 %-Vertrauensbereich einzutragen. Sofern in Spalte 8 die Anforderungen zum Datenschutz zu erfüllen sind, ist auch hier „<4“ anzugeben.
- In der Spalte 12 „Ergebnis im Berichtsjahr“ ist die Bewertung des Strukturierten Dialogs ebenso wie die nicht vorgesehene Bewertung (Kategorie N) verpflichtend darzustellen. Aus der folgenden Liste sind die zutreffenden Buchstaben-Zahlenkombinationen aus der Kategorie der Einstufung und aus der Ziffer der Begründung einzutragen, z. B. U31:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		33	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

- In der Spalte 13 „Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr“ ist anzugeben, ob die qualitative Bewertung eines Qualitätsindikators mit oder ohne Auslösung eines Strukturierten Dialogs im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht „verbessert“, „unverändert“, „verschlechtert“ oder „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ ist. Die Einordnung erfolgt auf Basis folgender Matrix:

		Bewertung Erfassungsjahr gemäß QSKH-RL						
	Kategorien	***N***	***R***	***H***	***U***	***A***	***D***	***S***
Bewertung Vorjahr	***N***	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*
	R	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*unverändert*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*unverändert*	*verschlechtert*	*verschlechtert*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*
	H	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*
	U	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*unverändert*	*einge-schränkt/nicht vergleichbar*	*unverändert*	*verschlechtert*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*
	A	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*verbessert*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*verbessert*	*unverändert*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*
	D	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*verbessert*	*einge-schränkt/nicht vergleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*unverändert*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*
	S	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*	*eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar*

Lesebeispiel: *Wenn eine auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragte Stelle das Indikatorergebnis eines Krankenhauses wegen fehlerhafter Dokumentation im Vorjahr als „D“ einstuft und im Berichtsjahr wegen qualitativer Auffälligkeiten als „A“, dann ist die Bewertung dieses Qualitätsindikators „eingeschränkt/nicht vergleichbar“.*

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- In der Spalte 14 „Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen“ ist die über die Bewertung in Spalte 12 hinausgehende Kommentierung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zum Ergebnis des Strukturierten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen, soweit ein Strukturierter Dialog durchgeführt wurde und eine solche Bewertung vorliegt.
- In der Spalte 15 „Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses“ können ergänzende Informationen des Krankenhauses bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufgenommen werden. An dieser Stelle kann auch zum Vergleich der Landesdurchschnitt für diesen Qualitätsindikator dargestellt werden oder können Hinweise auf weiterführende Informationen an anderer Stelle, z. B. Links auf die eigene Internetseite, aufgenommen werden.

Aus methodischen Gründen sind nicht in jedem Fall Daten für alle Qualitätsindikatoren unter C-1.2 für die Spalten 8 bis 11 vorhanden.

Wenn bei einem bestimmten Qualitätsindikator eines Leistungsbereichs, der vom Krankenhaus erbracht und unter C-1.1.[Y] aufgeführt wird, keine Fälle vorliegen, entfallen die Angaben zu Ergebnis, Zähler, Nenner und Vertrauensbereich. Beispiel: Hat ein Krankenhaus im Leistungsbereich Geburtshilfe keine Fälle mit Frühgeburten, kann für das Krankenhaus beim Qualitätsindikator „Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeborenen“ auch kein Ergebnis vorliegen.

Folgende Fälle sind für die Darstellung der Ergebnisse aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL zu unterscheiden:

1. Im Regelfall wird für jedes Krankenhaus eine Auswertung je Qualitätsindikator übermittelt, die anzugeben ist.
2. Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, sind die Auswertungen der Qualitätsindikatoren im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, für den die Auswertung vorgenommen wurde.
3. Liegen für ein Krankenhaus oder einen Krankenhausstandort mehrere Auswertungen je Qualitätsindikator vor (z. B. beim Vorhandensein verschiedener Fachabteilungen/Organisationseinheiten mit eigener Auswertung), kann C-1.2.[Z] mehrfach angegeben werden. Für [Z] ist eine fortlaufende Nummerierung einzufügen. In der Überschrift ist dabei jeweils kenntlich zu machen, auf welche Fachabteilung/Organisationseinheit sich die dargestellte Auswertung bezieht.
4. Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, können im Gesamtbericht die Ergebnisse einer aggregierten Datenauswertung durch die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen angegeben werden. Andernfalls werden die Auswertungen der einzelnen Standorte aufgeführt.

Ausfüllhinweis:

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

- inwieweit Qualitätsindikatoren verpflichtend veröffentlicht werden müssen (vgl. Tabellen A, B und C des Anhangs 3 zu Anlage 1)
- inwieweit die Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt (I.) bzw. noch nicht vorliegt (II.)

Für die Veröffentlichung gilt deshalb Folgendes:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Qualitätsindikator				*Bundesergebnis*			*Rechnerisches Ergebnis des Krankenhauses*				*Qualitative Bewertung des Krankenhauses durch die beauftragten Stellen*		*Kommentar/ Erläuterung*	
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**
	Leistungsbereich	**Qualitätsindikator**	**Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus**	**Empirisch-statistische Bewertung***	**Bundesdurchschnitt**	**Referenzbereich**	**Vertrauensbereich**	**Zähler/ Nenner**	**Ergebnis (Einheit)**	**Entwicklung Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr**	**Vertrauensbereich**	**Ergebnis im Berichtsjahr**	**Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr**	**der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen**	**des Krankenhauses**
I. Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisse keiner Bewertung durch den Strukturierten Dialog bedürfen oder für die eine Bewertung durch den Strukturierten Dialog bereits vorliegt.															
Qualitätsindikatoren, die vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertet wurden **(Tabelle A)**	Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Verpflichtend.	Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.		Inhalt ist bundesweit vorgegeben und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.			Verpflichtend.				Verpflichtend.		Verpflichtend, soweit vorhanden.	Freiwillige Ergänzung.
Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren **(Tabelle B)**	Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Veröffentlichung empfohlen.	Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.		Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben. Inhalt ist bundesweit vorgegeben und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.			Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben.				Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben.		Bei freiwilliger Veröffentlichung anzugeben.	Freiwillige Ergänzung.

Dies

Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren (Tabelle C)	Keine Übermittlung durch die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an Annahmestelle.					
II. Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung der Ergebnisse im Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für einen Vergleich noch nicht geeignet sind. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse an dieser Stelle ist ausgeschlossen, um Fehlinterpretationen und Falschinformationen zu vermeiden.						
Tabelle A	Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Verpflichtend	Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Keine Übermittlung, ist bundesweit vorgegeben.	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung.	Freiwillige Ergänzung.
Tabelle B	Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Veröffentlichung empfohlen.	Inhalt ergibt sich aus Qualitätsindikator und wird automatisch gemäß Anhang 1 gefüllt.	Keine Übermittlung, ist bundesweit vorgegeben.	Keine Veröffentlichung, deshalb keine Datenübermittlung.	Freiwillige Ergänzung.
Tabelle C	Keine Übermittlung durch die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an Annahmestelle.					
	*gemäß „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ vom 21. März 2014, siehe www.sqg.de					

Hinweis: die Daten für die automatische Befüllung finden sich in dem Downloadbereich „Indikatorenübersicht“ unter www.sqg.de.

Diese F

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

☐ Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene keine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart.

☐ Über § 137 SGB V hinaus ist auf Landesebene eine verpflichtende Qualitätssicherung vereinbart. Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen (Leistungsbereiche) teil:

Ausfüllhinweis:

Die Leistungsbereiche sind der Auswahlliste zu C-2 (Anhang 2) zu entnehmen.

Es bestehen möglicherweise ergänzende verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V auf der Landesebene. Hier gibt das Krankenhaus zunächst an, ob auf der Landesebene über die nach § 137 SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinaus landesspezifische, verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Anhang 2 (Auswahllisten) vereinbart wurden. Sollte dies der Fall sein, so listet das Krankenhaus die Leistungsbereiche im Weiteren auf und kann zu jedem Leistungsbereich einen Kommentar oder eine Erläuterung (Zeichenbegrenzung: 300 Zeichen einschließlich Leerzeichen) hinzufügen. Die Angabe beschränkt sich auf Leistungsbereiche, an denen das Krankenhaus teilnimmt. Nimmt das Krankenhaus nicht an den ergänzenden verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V auf der Landesebene teil, so ist im Kommentarfeld der Hinweis „trifft nicht zu“/„entfällt“ aufzunehmen.

Die Teilnahme an freiwilligen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen kann unter C-4 eingetragen werden.

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

DMP	Kommentar/ Erläuterung
Diabetes mellitus Typ 1	
Diabetes mellitus Typ 2	
Brustkrebs	
Koronare Herzkrankheit (KHK)	
Modul Chronische Herzinsuffizienz (bei KHK)	
Asthma bronchiale	
Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	

Ausfüllhinweis:

Gemäß § 137f SGB V werden strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) entwickelt, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern sollen. Hierzu gehören auch in diesem Zusammenhang durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Hier sind nur die DMP aus der vorgegebenen Tabelle anzugeben, an denen das Krankenhaus gemäß seinem Leistungsspektrum teilgenommen hat. Zu jedem DMP kann ein Kommentar oder eine Erläuterung hinzugefügt werden (Zeichenbegrenzung: 500 Zeichen einschließlich Leerzeichen).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Leistungsbereich	
Bezeichnung des Qualitätsindikators	
Ergebnis	
Messzeitraum	
Datenerhebung	
Rechenregeln	
Referenzbereiche	
Vergleichswerte	
Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage	

Ausfüllhinweis:

Hier können freiwillige Verfahren der externen Qualitätssicherung (z. B. freiwillige Verfahren auf Landesebene, Verfahren der Fachgesellschaften, Nutzung von Routineabrechnungsdaten) dargestellt werden. Es sollen vor allem Verfahren, die einem datengestützten Vergleich von Krankenhäusern dienen, genannt werden.

Bei Teilnahme an mehreren Verfahren kann dieser Berichtsteil mehrfach angegeben werden.

Wenn Ergebnisse von Qualitätssicherungsmaßnahmen dargestellt werden, soll das Zustandekommen der Ergebnisse verständlich und kurz erläutert werden (ggf. Link auf Homepage z. B. der Fachgesellschaft). Da an dieser Stelle keine Rechenregeln oder Verfahren zur Risikoadjustierung vorgegeben sind, sollen die Angaben zum jeweiligen Indikator um die verwendete Rechenregel ergänzt werden.

Es gelten die Anforderungen zum Datenschutz gemäß C-1.2.[Z].

Zeichenbegrenzung: Insgesamt 2.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Leistungsbereich	Mindestmenge	Erbrachte Menge	Ausnahmetatbestand	Kommentar/ Erläuterung
1	2	3	4	5
Lebertransplantation	20			
Nierentransplantation	25			
Knie-TEP	(ausgesetzt)	bezogen auf „Knie-TEP“ ist keine Angabe vorzunehmen		
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10			
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10			
Koronarchirurgische Eingriffe	-	bezogen auf „Koronarchirurgische Eingriffe“ ist keine Angabe vorzunehmen		
Stammzelltransplantation	25			
Versorgung von Früh- und Neugeborenen (mit einem Geburtsgewicht <1250 g) bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1	14			

Ausfüllhinweis:

Es sind nur die zutreffenden Leistungsbereiche aufzulisten.

Krankenhäuser, die Leistungsbereiche erbringen, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen (nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V) Mindestmengen festgelegt sind, stellen verpflichtend dar, wie hoch die erbrachte Leistungsmenge in den erbrachten Leistungsbereichen ist.

Spalte 1: Der Leistungsbereich entsprechend den Mindestmengenregelungen ist für das Berichtsjahr vorgegeben.

Spalte 2: Die Mindestmenge pro Krankenhaus entsprechend den im Berichtsjahr gültigen Mindestmengenregelungen ist vorgegeben.

Spalte 3: Hier gibt das Krankenhaus die im Berichtsjahr erbrachte Anzahl an mindestmengenrelevanten Prozeduren pro Leistungsbereich an.

Spalte 4: Hier macht das Krankenhaus Angaben zu in Anspruch genommenen Ausnahmeregelungen. Die Ausnahmetatbestände sind aus der Auswahlliste in Anhang 2 (Auswahllisten) auszuwählen.

Spalte 5: In der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ soll angegeben werden, seit wann Ausnahmetatbestände bestehen und mit welchen ergänzenden Maßnahmen gemäß § 6 der Regelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V die Versorgungsqualität sichergestellt wird (Zeichenbegrenzung: 500 Zeichen einschließlich Leerzeichen).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Nr.	Vereinbarung bzw. Richtlinie	Kommentar/ Erläuterung
CQ01	Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma	
…	…	

Ausfüllhinweis:

An dieser Stelle ist die Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V darzustellen. Die Einhaltung der in den Richtlinien vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität ist Voraussetzung für die Erbringung bestimmter Leistungen.

Die Stichtagsregelung gilt analog dem Ausfüllhinweis für A-11. Wenn Angaben gemacht werden, dann sind aus der Auswahlliste (Anhang 2) die entsprechenden Richtlinien/Vereinbarungen auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Bei Angaben zur Vereinbarung zur Versorgung von Früh- und Neugeborenen ist dabei die vorgehaltene Versorgungsstufe zu berücksichtigen.

Zu jeder Richtlinie/Vereinbarung können in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ ergänzende Angaben gemacht werden. Die Angaben in der Spalte „Kommentar/Erläuterung“ sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V

		Anzahl
1.	**Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen**)	.....Personen
1.1	- **Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt**	.....Personen
1.1.1	- **Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben**	.....Personen

* nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ (siehe www.g-ba.de)

Ausfüllhinweis:

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V darzustellen. Die Stichtagsregelung gilt analog dem Ausfüllhinweis für A-11.

Gemäß § 2 Satz 1 der FKH-R müssen fortbildungsverpflichtete Personen innerhalb von fünf Jahren an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, die nach Anerkennung entsprechend dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern bzw. der Psychotherapeutenkammern mit insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkten bewertet wurden.

Alle fortbildungsverpflichteten Personen, deren fachärztliche Anerkennung bzw. psychotherapeutische Approbation mindestens fünf Jahre zurückliegt, haben den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht zu erbringen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2014

Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2014

Anhang 3: Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL für das Berichtsjahr 2014

Anlage 1 Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2015

Inhalt

Allgemeine Hinweise **4**

1. Erläuterungen zur Berichterstellung **4**

2. Umfang und Format des Qualitätsberichts **5**

3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts **5**

Einleitung des Qualitätsberichts **8**

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts **8**

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses 8

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers 9

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus 9

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie 9

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses 9

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses 10

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit 10

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses 11

A-8.1 Forschung und akademische Lehre 11

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen 11

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus 11

A-10 Gesamtfallzahlen 11

A-11 Personal des Krankenhauses 12

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen 13

A-11.2 Pflegepersonal 14

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik 14

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal 15

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung 15

A-12.1 Qualitätsmanagement 15

A-12.1.1 Verantwortliche Person 15

A-12.1.2 Lenkungsgremium 16

A-12.2 Klinisches Risikomanagement 16

A-12.2.1 Verantwortliche Person 16

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-12.2.2 Lenkungsgremium 16
A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen 17
A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems 17
A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen 17
A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte 18
A-12.3.1 Hygienepersonal 18
A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene 19
A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen 19
A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie 20
A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden 20
A-12.3.2.4 Händedesinfektion 21
A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE) 22
A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement 22
A-13 Besondere apparative Ausstattung 23
B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen 24
B-[X].1 Name der Organisationseinheit/Fachabteilung 24
B-[X].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen 24
B-[X].3 Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung 25
B-[X].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung 25
B-[X].5 Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung 25
B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD 26
B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS 26
B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten 27
B-[X].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.) 28
B-[X].10 Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft 28
B-[X].11 Personelle Ausstattung 28
B-[X].11.1 Ärzte und Ärztinnen 29
B-[X].11.2 Pflegepersonal 30
B-[X].11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik 32
C Qualitätssicherung 33
C-1 Teilnahme an der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 33
C-1.1.[Y] Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate 34

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

C-1.2.[Z] Ergebnisse für Qualitätsindikatoren aus dem Verfahren gemäß QSKH-RL 36

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.) 41

C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V (a.F.) 41

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung 41

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V 42

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.) 43

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.) 43

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Allgemeine Hinweise

In diesem Dokument werden Inhalte, Umfang und Datenformat des strukturierten Qualitätsberichts nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.) beschrieben.

Sofern keine Aussagen zur Darstellung bestimmter Inhalte des Qualitätsberichts gemacht werden, liegt die Darstellung im Ermessen des Bericht erstattenden Krankenhauses.

1. Erläuterungen zur Berichterstellung

Benennung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht trägt die Bezeichnung „Strukturierter Qualitätsbericht gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.) über das Berichtsjahr [JJJJ]“ (jeweiliges Berichtsjahr). Das Datum der Erstellung ist aufzuführen.

Betroffene Krankenhäuser

Entsprechend § 2 Absatz 2 sind diese Regelungen von allen nach § 108 SGB V (a.F.) zugelassenen Krankenhäusern für die Erstellung des Qualitätsberichts anzuwenden, und zwar unabhängig davon, ob es sich um Krankenhäuser oder Einrichtungen handelt, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) mit DRG, nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem pauschalierenden Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP-System) abrechnen.

Krankenhäuser mit mehreren Standorten

Der Qualitätsbericht ist von einem Krankenhaus zu erstellen und nicht beispielsweise von einer Trägerschaft gemeinsam für mehrere Krankenhäuser. Bei einem nach § 108 SGB V (a.F.) zugelassenen Krankenhaus mit einem nach Standorten differenzierten Versorgungsauftrag ist ein vollständiger standortspezifischer Qualitätsbericht je Standort (Standortbericht) sowie zusätzlich ein Gesamtbericht über alle Standorte (Gesamtbericht) zu erstellen und zu übermitteln.

Der Gesamtbericht ist dabei die Zusammenfassung aller Standortberichte und hat entsprechend die Daten aller Standortberichte mit einzubeziehen.

Ziel ist eine unverfälschte Darstellung des Krankenhauses und seiner Standorte als umfassende Informationsgrundlage für alle Interessierten.

Berichtszeitraum

Zu berichten ist immer nur über die Krankenhäuser, Krankenhausstandorte und Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen eines Krankenhauses, die am Ende des Jahres, über das berichtet wird (Berichtsjahr), an der Versorgung teilgenommen haben (Stichtagsprinzip). Abweichend davon muss für den Fall, dass ein Krankenhaus, ein Krankenhausstandort oder eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung eines Krankenhauses bis zum 30. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres geschlossen wird, für das betreffende Krankenhaus bzw. den Krankenhausstandort kein Qualitätsbericht erstellt bzw. die betreffende Organisationseinheit/Fachabteilung nicht im Qualitätsbericht des Krankenhauses berücksichtigt werden.

Alle im Bericht gemachten Angaben müssen sich auf die im Berichtsjahr gültigen Regelungen (z. B. Verträge, Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, Klassifikationen wie ICD, OPS) beziehen.

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

2. Umfang und Format des Qualitätsberichts

Format

Der Qualitätsbericht ist in einem maschinenverwertbaren standardisierten Datensatzformat gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben zu erstellen.

Der Vermerk „[Version für die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen]“ kennzeichnet die Berichtsteile, die separat von den nach QSKH-RL (Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern) auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an die Annahmestelle übermittelt werden.

Hierfür übermitteln die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (gemäß QSKH-RL) tabellarisch an das Krankenhaus zur Fehlerprüfung und Kommentierung.

Fehlerprüfung, Kommentierung und Rückmeldung erfolgen an die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen spätestens bis zum 30. November des Erstellungsjahres. Die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen übermitteln in der Zeit vom 15. November bis 15. Dezember des Erstellungsjahres krankenhausbezogen die fehlergeprüften und kommentierten Daten an die Annahmestelle gemäß den in Anhang 1 definierten Vorgaben. Zusätzlich übermitteln die beauftragten Stellen eine Kopie der Daten an das Krankenhaus.

Anforderungen zum Datenschutz

Aus Datenschutzgründen werden Häufigkeiten <4, die sich aus Zahlen mit Patientenbezug ergeben (z. B. OPS-Anzahl, Fallzahl pro Leistungsbereich), mit „<4“ angegeben. Die Angaben von Standorten, die diesen Tatbestand erfüllen, sind in der Summenbildung für den Gesamtbericht des Krankenhauses nicht zu berücksichtigen. In diesem Fall ist im Gesamtbericht zusätzlich zu dieser Summe ein „+ <4“ anzugeben.

Zu einigen Kapiteln (z. B. C-1.2, C-4) sind spezifische Anforderungen zum Datenschutz vorgegeben.

Umfang

Um den Umfang des Qualitätsberichts zweckmäßig zu begrenzen, sind an einigen Stellen Zeichenbegrenzungen vorgesehen. Es wird empfohlen, auf weitergehende Informationen bzw. andere Informationsquellen (z. B. Unternehmensberichte, Broschüren, Homepage, Ansprechperson) zu verweisen, sofern das Krankenhaus hierzu Angaben machen möchte.

3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts

Gliederung des Qualitätsberichts

Der Qualitätsbericht besteht aus drei Teilen:

- Teil A über die Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses,
- Teil B über die Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen,
- Teil C über die Qualitätssicherung.

Pflichtangaben versus freiwillige Angaben

Die Anforderungen gemäß der vorliegenden Anlage 1 zu den Regelungen gemäß § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 4 SGB V (a.F.) über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V (a.F.) zugelassene Krankenhäuser sind als Mindestanforderungen zu verstehen. Bei darüber hinausgehenden freiwilligen Angaben ist

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

darauf zu achten, dass die jeweiligen Zeichenbegrenzungen nicht überschritten werden. Für freiwillige Angaben stehen die Felder „Kommentar/Erläuterung“ zur Verfügung.

Für alle Freitextangaben sollen möglichst umgangssprachliche Bezeichnungen verwendet werden.

Einige Kapitel des Qualitätsberichts müssen nur ausgefüllt werden, wenn diese auf das Krankenhaus zutreffen (z. B. C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V).

Um eine technisch möglichst einfache Struktur der Datenbankversion zu erreichen, sind die Hinweise „trifft nicht zu“/„entfällt“ in den meisten Fällen nicht explizit aufzunehmen, sondern über die technischen Vorgaben der XML-Struktur beschrieben.

Auswahllisten

Zu einigen Kapiteln (z. B. zu A-5, A-6) sind im Anhang 2 Auswahllisten vorgegeben. Die Auswahllisten dienen durch die Verwendung standardisierter Informationen der besseren Vergleichbarkeit und Auffindbarkeit der relevanten Informationen in den Qualitätsberichten.

Kontaktdaten

Zur Sicherstellung einer einheitlichen Angabe von personen- oder standortbezogenen Kontaktdaten sind sie standardisiert zu erfassen.

Das heißt im Einzelnen:

„Kontakt | Person lang“ enthält:

- Name
- Vorname
- Titel (freiwillig)
- Funktion / Arbeitsschwerpunkt
- Telefon
- Telefax (freiwillig)
- E-Mail

„Kontakt | Person kurz“ enthält:

- Name
- Vorname
- Titel (freiwillig)
- Funktion / Arbeitsschwerpunkt
- Telefon (freiwillig)
- Telefax (freiwillig)
- E-Mail (freiwillig)

„Kontakt | Adresse“ enthält:

- Straße
- Hausnummer (freiwillig)

alternativ: Postfach (freiwillig)

- Adresszusatz (freiwillig)
- Postleitzahl
- Ort

„Kontakt | Zugang“ enthält:

- Straße
- Hausnummer
- Postleitzahl

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Ort
- Adress-Link (freiwillig)

In der folgenden Beschreibung der Inhalte werden entsprechend nur noch die Kurzformen angegeben:

„Kontakt | Person lang“

„Kontakt | Person kurz“

„Kontakt | Adresse“

„Kontakt | Zugang“

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Einleitung des Qualitätsberichts

Hier sind folgende Angaben zu machen:

- Datum der Erstellung des Berichts
- Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML
- Verwendete Software mit Versionsangabe
- Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person: [„Kontakt | Person lang“]
- Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person: Krankenhausleitung, vertreten durch [„Kontakt | Person lang“]
- Weiterführende Links (z. B. zur Internetseite des Krankenhauses, zu Broschüren, Unternehmensberichten), sofern diese nicht an geeigneter Stelle im Qualitätsbericht eingefügt werden können (freiwillig)

A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts

A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses

Hier müssen vollständige Angaben zur Erreichbarkeit gemacht werden.

Verpflichtend sind folgende Kontaktdaten anzugeben:

I. Angaben zum Krankenhaus

Diese Angaben beziehen sich auf das Krankenhaus und sind in jedem Qualitätsbericht zu machen.

1. Name und Hausanschrift des Krankenhauses [„Kontakt | Zugang“]; zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt | Adresse“]
2. Institutionskennzeichen
   a. Institutionskennzeichen des Berichtsjahres

      Hier ist das Institutionskennzeichen des Berichtsjahres anzugeben, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle als auch bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wurde. Liefert das Krankenhaus keine Daten für die externe vergleichende Qualitätssicherung, ist nur darauf zu achten, dass an dieser Stelle dasselbe Institutionskennzeichen angegeben wird, welches als Identifikation bei der Annahmestelle verwendet wird.

   b. Weitere relevante Institutionskennzeichen

      Hier können weitere, z. B. aktuellere Institutionskennzeichen angegeben werden.
3. Standortnummer

   Bei Krankenhäusern mit nur einem Standort ist die Ziffer 00 anzugeben.

   Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten ist die Ziffer 99 anzugeben.
4. Angaben zur Leitung des Krankenhauses: Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung mit Daten zur Erreichbarkeit [„Kontakt | Person lang“]

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Bei Krankenhäusern mit mehreren Standorten zusätzlich:

II. Angaben zum Standort, über den berichtet wird

1. Name und Hausanschrift des Krankenhausstandorts [„Kontakt | Zugang“]; zusätzlich optional: Postanschrift [„Kontakt | Adresse“]
2. Institutionskennzeichen
3. Standortnummer

   Hier ist die interne laufende Nummer des Standortes, auf den sich der Qualitätsbericht bezieht, anzugeben, beginnend mit der Ziffer 01. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2014 bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.
4. Angaben zur Leitung des Krankenhausstandorts: Ärztliche Leitung, Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung mit Daten zur Erreichbarkeit [„Kontakt | Person lang“]

III. Gesamtbericht

Im Gesamtbericht eines Krankenhauses über mehrere Standorte sind zusätzlich die Kontaktdaten aller Standorte anzugeben.

A-2 Name und Art des Krankenhausträgers

Hier ist der Name des Krankenhausträgers und die Art der Trägerschaft anzugeben: freigemeinnützig, öffentlich oder privat. Lässt sich der Krankenhausträger mit diesen Kategorien nicht fassen, ist die Art des Trägers (ebenso wie der Name) als Freitext anzugeben.

A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus
(nur wenn zutreffend)

Hier gibt das Krankenhaus an, ob es Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus ist.

Ein akademisches Lehrkrankenhaus muss zusätzlich die zugehörige Universität (Name, Ort) angeben.

A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie
(nur wenn zutreffend)

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

A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses

Bei den Angaben zu medizinisch-pflegerischen Leistungsangeboten liegt der Schwerpunkt auf den nicht-ärztlichen Leistungen. Es sind alle medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote des Krankenhauses darzustellen. Basis der Angaben bildet die Auswahlliste „Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote“ (A-5) des Anhangs 2. Dort sind die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Zu jedem medizinisch-pflegerischen Leistungsangebot können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind auf maximal 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses

Angaben zu weiteren nicht-medizinischen Leistungsangeboten werden – sofern vorhanden – für das gesamte Krankenhaus (allgemein) gemacht. Sie werden aus der Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ (A-6) des Anhangs 2 mit den dort aufgeführten verpflichtenden Zusatzangaben übernommen.

So ist beispielsweise unter der Schlüsselnummer NM66 „Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)“ zusätzlich anzugeben, welches konkrete Angebot (z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche) vorgehalten wird.

Eventuelle Preisangaben beziehen sich jeweils auf den Stichtag 1. Oktober des Erstellungsjahres.

Die Auswahlliste sieht bei bestimmten Leistungsangeboten verpflichtende Zusatzangaben vor. Darüber hinaus können ergänzende Angaben (z. B. zur Anzahl der jeweiligen Patientenzimmer oder über relevante Internetseiten des Krankenhauses) gemacht werden. Zusatzangaben und weitergehende Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben	Kommentar
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	vegane Küche	Rezepte auf Webseite

A-7 Aspekte der Barrierefreiheit

Angaben zur Barrierefreiheit können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Unter A-7 sind nur die übergreifend verwirklichten Elemente der Barrierefreiheit für das gesamte Krankenhaus darzustellen. Dies bedeutet, dass all diejenigen Elemente der Barrierefreiheit, die schon unter A-7 angegeben werden, nicht unter B-[X].4 wiederholt werden dürfen.

Die Angaben sind aus der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (A-7 und B-[X].4) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Wenn die genannten Aspekte der Barrierefreiheit nicht umfassend, sondern nur eingeschränkt verwirklicht sind, ist dies verpflichtend zu kommentieren.

„Besondere personelle Unterstützung“ ist dann anzugeben, wenn das Pflegepersonal besondere Weiterbildungen im Umgang mit Menschen mit Demenz, geistigen Behinderungen oder Mobilitätseinschränkungen hat. In diesem Fall ist zu erläutern, auf welches Personal sich die Angabe bezieht.

Dolmetscherdienste sind nur dann anzugeben, wenn es eine vertragliche Beziehung zu einem gewerblichen Dolmetscher oder einer gewerblichen Dolmetscherin gibt. Hier und bei „Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachliches Personal“ ist aufzuführen, auf welche Sprachen sich die Angabe bezieht.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Neben den genannten verpflichtenden Konkretisierungen können zu jedem Aspekt der Barrierefreiheit ergänzende Angaben gemacht werden. Diese Kommentare sind auf jeweils 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar
BF01	Beschriftung von Zimmern in Blindenschrift	Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift

A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses

A-8.1 Forschung und akademische Lehre

Werden Angaben zur Forschung und akademischen Lehre gemacht, sind die entsprechenden Inhalte aus der Auswahlliste „Forschung und akademische Lehre“ (A-8.1) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zu jeder Nennung können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen

Werden Angaben zum Ausbildungsangebot gemacht, sind aus der Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (A-8.2) des Anhangs 2 die entsprechenden Heilberufe auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zu jedem Heilberuf können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus

Hier gibt das Krankenhaus die Anzahl der Akut-Betten nach §§ 108, 109 SGB V (a.F.) zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres an.

Reha-Betten werden nicht berücksichtigt.

A-10 Gesamtfallzahlen

Anzugeben sind:

Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle:

a) Vollstationäre Fallzahl

b) Teilstationäre Fallzahl

c) Ambulante Fallzahl

Die Angabe der vollstationären und teilstationären Fälle ist verpflichtend. Die Gesamtzahl der im Berichtsjahr behandelten Fälle muss > 0 sein (SUMME aus a, b, c). Für die Regelung zur Fallzählung werden die gesetzlichen Vorgaben und Bundesvereinbarungen zu den Abrechnungsbestimmungen zugrunde gelegt:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Zählung der voll- und teilstationären Fälle:

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, richtet sich die Fallzählung der voll- und teilstationären Fälle nach § 8 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) des jeweiligen Berichtsjahres.

Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres zählt jede abgerechnete vollstationäre DRG-Fallpauschale im Jahr der Entlassung als ein Fall. Bei der Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Krankenhaus ist hier jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche im Anwendungsbereich der BPflV, die nicht das PEPP-System nach § 17d Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), sondern die BPflV mit Stand vom 31. Dezember 2012 (BPflV a. F.) anwenden, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPflV a. F.). Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die das PEPP-System anwenden, richtet sich die Fallzählung nach § 1 Absatz 5 der Vereinbarung über die pauschalierenden Entgelte für die Psychiatrie und Psychosomatik (PEPPV) des jeweiligen Berichtsjahres.

Nach § 3 Absatz 3 PEPPV haben Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der BPflV und dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, bei internen Verlegungen zwischen den Geltungsbereichen eine getrennte Abrechnung der Fälle vorzunehmen und sie damit jeweils als eigenständige Fälle zu zählen.

Zählung der ambulanten Fälle:

Es können alle ambulanten Fälle – einschließlich der Fälle der Privatambulanz – angegeben werden. Vorstationäre, teilstationäre und nachstationäre Fälle sowie ambulante Operationen werden an dieser Stelle nicht mitgezählt. Ambulante Operationen werden in Kapitel B-[X].9 dargestellt.

Es wird die Fallzählweise verwendet. Dabei wird jeder ambulante Kontakt eines Patienten oder einer Patientin mit den Organisationseinheiten/Fachabteilungen eines Krankenhauses gezählt.

A-11 Personal des Krankenhauses

Hier gibt das Krankenhaus seine personelle Ausstattung als Vollkräfte umgerechnet auf den Jahresdurchschnitt an.

Grundsätzlich folgt die Berechnung des Personals in den Berichtsteilen A und B den nachfolgenden Regeln.

Die Gesamtzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ergibt sich aus der Summe der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Teilzeitkräfte, der umgerechneten kurzfristig oder geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer, Arbeitnehmerinnen und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tariflicher Arbeitszeit eingesetzt waren. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung mit einbezogen.

Es wird nur das Personal, welches in der Patientenversorgung tätig ist, gezählt. Dazu gehören neben dem ärztlichen, pflegerischen und psychologischen/psychotherapeutischen Personal insbesondere der medizinisch-technische Dienst und der Funktionsdienst. Nicht dazu gehören Personen, die ausschließlich administrativ und organisatorisch tätig sind und nicht unmittelbar oder mittelbar in die Diagnostik und Therapie der im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten eingebunden sind und nicht mit der Heilbehandlung und Bekämpfung von Krankheiten praktisch befasst sind. Darunter fallen z. B. das Personal in der Verwaltung, Wirtschafts- und Versorgungsdienst und technischer Dienst.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Es werden nur besetzte Stellen gezählt. Tätigkeitsunterbrechungen von mehr als sechs Wochen im Berichtsjahr durch z. B. Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit u.ä. werden nicht einberechnet.

Die maßgeblichen wöchentlichen tariflichen Arbeitszeiten für das in der Patientenversorgung tätige Personal (ärztliches und Pflegepersonal) werden nachrichtlich angegeben.

Die Kosten für nicht fest angestelltes Personal werden in durchschnittlich eingesetztes Personal umgerechnet und gesondert ausgewiesen. Sie werden nach den gleichen Regeln wie die hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt umgerechnet. Nichthauptamtliche Ärzte und Ärztinnen (Beleg- und Konsiliarärzte) sind nicht einzubeziehen. Analog werden das nicht fest angestellte Pflegepersonal und sonstige Personalzahlen nicht fest angestellter Personen umgerechnet.

Berufsgruppen, wie Belegärzte und Beleghebammen, für die kein Zeitäquivalent in Vollkräften errechnet wird, werden als Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres gezählt.

Personal aus einem Personal-Pool, welches fachabteilungs- und oder stationsübergreifend eingesetzt wird, und weiteres Personal, wie z. B. aus Intensivstationen, Ambulanzen, OP-Personal, Funktionspersonal, Radiologie etc., welches nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet ist oder zugeordnet werden kann, ist gesondert auszuweisen.

Die Erfassung des Personals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Ambulanzpersonal wird, sofern es eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet werden kann, bei dieser gezählt.

Die Gesamtzahl der Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl der Vollkräfte aller Organisationseinheiten/Fachabteilungen (B-[X].11) addiert mit der Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen. Dies gilt nur für die in Kapitel A-11.1 bis A-11.3 anzugebenden Berufsgruppen.

A-11.1 Ärzte und Ärztinnen

Anzugeben ist die Zahl der:

- Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften
- davon Fachärzte und Fachärztinnen in Vollkräften
- Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Ärzte und Ärztinnen sowie Fachärzte und Fachärztinnen, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind, in Vollkräften

Belegärzte und Belegärztinnen sind für jeden Standort anzugeben, an dem sie tätig sind. Im Gesamtbericht kann daher die Anzahl der Belegärzte und Belegärztinnen von der Summe der Anzahl der Belegärzte und Belegärztinnen der Standorte abweichen.

Die Erfassung des ärztlichen Personals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Die Gesamtzahl der ärztlichen Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl der ärztlichen Vollkräfte aller Abteilungen (B-[X].11.1) addiert mit der Anzahl ärztlicher Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen.

Zu jeder Angabe können Konkretisierungen vorgenommen werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Angaben zu weiteren ärztlichen Abschlüssen und Zusatzqualifikationen können fachabteilungsbezogen in B-[X].11.1 gemacht werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

A-11.2 Pflegepersonal

Die pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind nur einmal mit ihrer jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen.

Anzugeben ist die Zahl der:

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften
- Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Belegentbindungspfleger und Beleghebammen sind für jeden Standort anzugeben, an dem sie tätig sind. Im Gesamtbericht kann daher die Anzahl der Belegentbindungspfleger und Beleghebammen von der Summe der Anzahl der Entbindungspfleger und Hebammen der Standorte abweichen.

Die Anzahl des Pflegepersonals, welches keiner Fachabteilung zuzuordnen ist, ist gesondert anzugeben.

Die Erfassung des Pflegepersonals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Die Gesamtzahl der pflegerischen Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl der pflegerischen Vollkräfte aller Abteilungen (B-[X].11.2) addiert mit der Anzahl pflegerischer Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen.

Zu jeder Angabe können Konkretisierungen vorgenommen werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Weitere Angaben zu Abschlüssen und Zusatzqualifikationen können fachabteilungsbezogen unter B-[X].11.2 gemacht werden.

A-11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik

Zusätzlich zu den Angaben zum gesamten speziellen therapeutischen Personal unter A-11.4 ist für alle psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen das therapeutische Personal als Vollkräfte im Jahresdurchschnitt anzugeben.

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind nur einmal entsprechend der jeweils höchsten Qualifikation zuzuordnen.

Anzugeben ist die Zahl der:

- Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen
- Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

- Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen
- Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr. 3 Psychotherapeutengesetz - PsychThG)
- Ergotherapeuten
- Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen

Die Berufsbezeichnungen mit Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen orientieren sich an den gesetzlichen Vorgaben sowie an den Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern in der im jeweiligen Berichtsjahr gültigen Fassung.

Unter „Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin“ sind nur Psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen, die über eine von einer Landespsychotherapeutenkammer anerkannte abgeschlossene Zusatzweiterbildung in Klinischer Neuropsychologie verfügen, einzutragen. Fachkundenachweise, andere Fort- und Weiterbildungskurse etc. sollen hier nicht abgebildet werden. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Berufsbezeichnungen) sollen sinngemäß zugeordnet werden.

Die Erfassung des psychologischen/psychotherapeutischen Personals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Zu jeder Berufsgruppe können Ergänzungen zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Die hier ausgewiesene Gesamtzahl der psychologischen/psychotherapeutischen Vollkräfte muss der Summe der psychologischen/psychotherapeutischen Vollkräfte aller psychiatrischen/psychosomatischen Fachabteilungen (B-[X].11.3) entsprechen.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Die entsprechenden Personalqualifikationen sind aus der Auswahlliste „spezielles therapeutisches Personal“ (A-11.4) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Anzugeben ist jeweils die Anzahl in Vollkräften im Jahresdurchschnitt.

Unter A-11.4 ist das unter A-11.3 erfasste Personal ebenfalls zu zählen.

Der Schwerpunkt soll dabei auf Berufsgruppen liegen, die direkt an der Therapie beteiligt sind.

Zu jeder Berufsgruppe des therapeutischen Personals können Ergänzungen zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-12 Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung

A-12.1 Qualitätsmanagement

A-12.1.1 Verantwortliche Person

Verantwortliche Person des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements

Hier sind die Kontaktdaten der für das zentrale einrichtungsinterne Qualitätsmanagement verantwortlichen Person anzugeben [„Kontakt | Person lang“].

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft

A-12.1.2 Lenkungsgremium

Darüber hinaus ist anzugeben, ob es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe gibt, die sich regelmäßig zum Thema austauscht.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

  Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)

- Tagungsfrequenz des Gremiums

  Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz

A-12.2 Klinisches Risikomanagement

Klinisches Risikomanagement beschreibt die Strukturen, Prozesse, Instrumente und Aktivitäten, die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in einem Krankenhaus unterstützen, medizinische / pflegerische / therapeutische Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen und zu bewältigen. In diesem Abschnitt sind entsprechend verantwortliche Personen, Instrumente sowie patienten- bzw. hygienebezogene Maßnahmen zu benennen.

A-12.2.1 Verantwortliche Person

Hier ist die für das klinische Risikomanagement verantwortliche Person anzugeben.

Auswahloptionen: entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement; eigenständige Position für Risikomanagement; keine Person benannt

Ist das Qualitätsmanagement gemäß Stellen- bzw. Aufgabenprofil auch für das klinische Risikomanagement verantwortlich, werden die Kontaktdaten durch die Software aus A-12.1.1 übernommen.

Handelt es sich um eine eigenständige Position, sind die entsprechenden Kontaktdaten anzugeben [„Kontakt | Person lang“].

A-12.2.2 Lenkungsgremium

Darüber hinaus ist anzugeben, ob es eine zentrale Arbeitsgruppe in Form eines Lenkungsgremiums bzw. einer Steuergruppe gibt, die sich regelmäßig zum Thema Risikomanagement austauscht.

Auswahloptionen: ja – wie Arbeitsgruppe Qualitätsmanagement; ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement; nein

Wird „ja – Arbeitsgruppe nur Risikomanagement“ ausgewählt, ist zusätzlich anzugeben:

- Beteiligte Abteilungen/Funktionsbereiche

  Angabe als Freitext mit einer Zeichenbegrenzung von 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen)

- Tagungsfrequenz des Gremiums

  Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz

Entspricht das Gremium dem des Qualitätsmanagements, werden die entsprechenden Daten durch die Software aus A-12.1.2 übernommen.

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

A-12.2.3 Instrumente und Maßnahmen

Die Angaben zu den Instrumenten und Maßnahmen des klinischen Risikomanagements sind aus der Auswahlliste [A-12.2.3] des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben - um die jeweils aufgeführten verpflichtenden Zusatzangaben zu ergänzen.

Grundlage der dort gelisteten Instrumente und Maßnahmen des klinischen Risikomanagements sind anerkannte Expertenstandards bzw. Leitlinien und Handlungsempfehlungen von relevanten nationalen (z. B. Aktionsbündnis Patientensicherheit) oder internationalen Fachgesellschaften. Diese werden an die Besonderheiten der eigenen Organisation angepasst, schriftlich dokumentiert, an die beteiligten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen kommuniziert, regelmäßig überprüft und bei Bedarf aktualisiert.

Die Umsetzung erfolgt in der Regel über Verfahrensbeschreibungen bzw. Standard Operating Procedures (SOP), die einzeln erstellt oder in einer übergreifenden, elektronischen oder papierbasierten QM- bzw. RM-Dokumentation zusammengefasst werden. Um die risikominimierenden Aktivitäten einer Einrichtung möglichst konkret abzubilden, gibt es die Möglichkeit, diese entweder als einzelne Maßnahme oder als Bestandteil einer QM/RM-Gesamtdokumentation anzugeben. Voraussetzung für die Angabe als Teil einer Gesamtdokumentation ist die Auswahl „Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation liegt vor“ mit der Angabe des Namens und letzten Aktualisierungsdatums. Diese Werte werden – wählt man bei den Zusatzangaben die Option „Teil der QM/RM-Dokumentation“ - entsprechend durch die Software übertragen.

A-12.2.3.1 Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems

Hier ist anzugeben, ob in der Einrichtung ein internes Fehlermeldesystem eingesetzt wird.
Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Gremium, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums

  Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz

- Umgesetzte Veränderungsmaßnahmen bzw. sonstige konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Diese Angaben sind auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Weitere Angaben zum „Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems“ sind aus der gleichnamigen Auswahlliste [A-12.2.3.1] des Anhangs 2 zu übernehmen und – wo angegeben - um die dort aufgeführten verpflichtenden Zusatzangaben zu ergänzen.

A-12.2.3.2 Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen

Hier ist anzugeben, ob das Krankenhaus zusätzlich zum internen Fehlermeldesystem auch ein einrichtungsübergreifendes (Critical Incident Reporting System/CIRS) nutzt. Einrichtungsübergreifend bedeutet die aktive Beteiligung an einem Fehlermeldesystem, in dem sowohl die anonymisierten Meldungen als auch die fachlichen Bewertungen öffentlich zugänglich sind (Beispiel CIRSmedical). Dies kann geografisch und/oder fachlich organisiert sein.

Teilnahme an einem einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystem
Auswahloptionen: ja; nein

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Wenn ja,

- Angabe des genutzten Systems gemäß Auswahlliste A-12.2.3.2 des Anhangs 2. Nimmt eine Einrichtung an verschiedenen (z. B. fachlich spezialisierten) Systemen teil, können mehrere angegeben werden.
- Ist das eingesetzte System nicht in der Auswahlliste enthalten, kann es unter „Sonstiges“ frei angegeben werden. Diese Angaben sind auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Darüber hinaus ist anzugeben, ob es ein Gremium gibt, das die gemeldeten Ereignisse regelmäßig bewertet.
Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Tagungsfrequenz des Gremiums

  Auswahloptionen: wöchentlich; monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf; andere Frequenz

A-12.3 Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte

A-12.3.1 Hygienepersonal

Anzugeben ist hier die Anzahl der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die gemäß den Vorgaben der einzelnen Krankenhaushygieneverordnungen der Bundesländer mit der Krankenhaushygiene und Infektionsprävention betraut sind. Dabei werden auch die landesspezifischen Übergangsvorschriften berücksichtigt. Bei der Veröffentlichung nach § 9 Qb-R ist auf Folgendes hinzuweisen: „Gemäß § 23 Absatz 8 Nummer 3 Infektionsschutzgesetz (IfSG) gelten bis einschließlich 31. Dezember 2016 Übergangsvorschriften zur Erfüllung der personellen Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und zur Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten.“

- Krankenhaushygieniker und Krankenhaushygienikerinnen (Anzahl Personen)
- Hygienebeauftragte Ärzte und hygienebeauftragte Ärztinnen (Anzahl Personen)
- Hygienefachkräfte (HFK) (Anzahl Personen)
- Hygienebeauftragte in der Pflege (Anzahl Personen)

Es ist jeweils die Gesamtzahl der Personen anzugeben, die von Seiten des Krankenhauses beauftragt sind. Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die an mehreren Standorten tätig sind, sind auch mehrfach anzugeben. Hier kann die Summe der einzelnen Standorte die Gesamtsumme übersteigen.

Die Aufgaben des Hygienefachpersonals ergeben sich in der Regel direkt aus den einzelnen Krankenhaushygieneverordnungen der Bundesländer. Zur weiteren Orientierung dient die Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) zu „Personellen und organisatorischen Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen“ (Stand 2009).

Bei Inanspruchnahme einer Ausnahmeregelung aufgrund einer landesspezifischen Übergangsvorschrift bzw. aufgrund eines in der Verordnung explizit formulierten Bestandsschutzes ist ein entsprechender Hinweis aufzunehmen. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Darüber hinaus ist anzugeben, ob eine Hygienekommission eingerichtet wurde:
Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Angabe des oder der Kommissionsvorsitzenden [„Kontakt | Person kurz“]
- Tagungsfrequenz des Gremiums

  Auswahloptionen: monatlich; quartalsweise; halbjährlich; jährlich; bei Bedarf

A-12.3.2 Weitere Informationen zur Hygiene

Hier ist anzugeben, welche hygienebezogenen Maßnahmen zur Risikoreduktion, zur Verbesserung der Patientensicherheit und zur Reduzierung von Infektionen im Krankenhaus ergriffen werden. Die Angaben beziehen sich dabei auf standortspezifische, fachabteilungsübergreifende Standards, die für den gesamten Standort des Berichts gelten. Diese Standards können gegebenenfalls durch fachabteilungsspezifische oder auch einzelne fachabteilungsübergreifende Standards ergänzt werden. Bei den einzelnen Maßnahmen ist nur dann „ja“ anzugeben, wenn die jeweiligen Standards mit den entsprechenden Dokumenten für alle betreffenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einfach verfügbar und ganzjährig in Kraft waren. In Entwicklung befindliche oder unterjährig in Kraft gesetzte Standards, Arbeitsanweisungen oder hausinterne Leitlinien können nicht berücksichtigt werden. Dabei ist es unerheblich, ob das jeweilige Dokument elektronisch oder in gedruckter Form zur Verfügung steht.

Der Ärztliche Direktor oder die Ärztliche Direktorin ist als Teil der Geschäftsführung anzusehen.

Die Maßnahmen im Einzelnen:

A-12.3.2.1 Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen

1. Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor.

   Werden am Standort keine zentralen Venenkatheter eingesetzt, ist „trifft nicht zu“ anzugeben.

   Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

Wenn ja:

Der Standard thematisiert insbesondere

a) Hygienische Händedesinfektion
b) Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum
c) Beachtung der Einwirkzeit
d) Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen:
   - sterile Handschuhe
   - steriler Kittel
   - Kopfhaube
   - Mund-Nasen-Schutz
   - steriles Abdecktuch

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert.

Auswahloptionen: ja; nein

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

2. Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor.

   Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

   Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert

   Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.2 Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie

Die Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie dürfen in einer gemeinsamen internen Leitlinie geregelt sein. Als Orientierung können die Leitlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und insbesondere Kapitel 2.1 der S3-Leitlinie „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ (2013) der Paul-Ehrlich-Gesellschaft oder die Empfehlungen einer Expertenkommission der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e. V. zur „Perioperative Antibiotika-Prophylaxe“ (2010) dienen. Aktualisierungen berücksichtigen neben der gültigen wissenschaftlichen Leitlinie die aktuelle Bewertung der auftretenden Infektionserreger (NI), des Antibiotikaverbrauchs und der Resistenzlage (siehe Infektionsschutzgesetz und Länder-Hygieneverordnungen).

Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.
Auswahloptionen: ja; nein

Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.
Auswahloptionen: ja; nein

Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.
Auswahloptionen: ja; nein

Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe liegt vor.
Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

1. Der Standard thematisiert insbesondere:

   a) Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe

   b) Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)

   c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe

   Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

2. Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.

   Auswahloptionen: ja; nein

3. Die standardisierte Antibiotikaprophylaxe wird bei jedem operierten Patienten und jeder operierten Patientin mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft.

   Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.3 Umgang mit Wunden

Der interne Standard zu Wundversorgung und Verbandwechsel soll sich sowohl auf chronische, als auch auf traumatische und postoperative Wunden erstrecken und die einrichtungsindividuellen Besonderheiten berücksichtigen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Standortspezifischer Standard zur Wundversorgung und Verbandwechsel liegt vor.
Wird am Standort keine Wundversorgung durchgeführt, ist „trifft nicht zu“ anzugeben.

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

Der interne Standard thematisiert insbesondere:

a) Hygienische Händedesinfektion (vor, gegebenenfalls während und nach dem Verbandwechsel)

b) Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe))

c) Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden

d) Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundauflage

e) Meldung an den Arzt oder die Ärztin und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert

Auswahloptionen: ja; nein

A-12.3.2.4 Händedesinfektion

Hier ist der Verbrauch von Händedesinfektionsmitteln in Millilitern pro Patiententag anzugeben.

Die Erhebung orientiert sich am Erhebungsprotokoll von HAND-KISS (www.nrz-hygiene.de/surveillance/kiss/hand-kiss/).

Als Patiententage zählen im DRG-System die Belegungstage auf den Stationen. Ein Patiententag wird folgendermaßen definiert: Der Aufnahmetag zählt als 1. Patiententag; der Entlassungstag wird nicht mehr gezählt.

Als Surrogat der Verbrauchsmenge auf Station ist die während eines Jahres auf diese Station gelieferte, d.h. auf die Kostenstelle der Station verbuchte Menge an Händedesinfektionsmittel anzugeben. Eine Inventur am Jahresende mit Bestimmung der Rest-Lagermenge auf Station ist nicht erforderlich.

Als Intensivstation zählen alle Bereiche mit „Betten zur intensivmedizinischen Versorgung“. Zur Abgrenzung einer Station von Einzelbetten ist es erforderlich, dass eine eigene interne Kostenstelle für diesen Bereich geführt wird, die es u.a. erlaubt, die Bestell-/Liefermenge des Händedesinfektionsmittels aus der Abrechnung zu identifizieren.

Knochenmarktransplantationsstationen werden den Intensivstationen zugeordnet.

Aufwachbereiche/-stationen oder Intermediate Care Stationen (Stroke Unit, oder andere) zählen als Allgemeinstationen.

Der Händedesinfektionsmittelverbrauch wurde für das Berichtsjahr erhoben.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja,

- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen

  Einheit: ml/Patiententag

- Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Einheit: ml/Patiententag

Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen.
Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

A-12.3.2.5 Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)

Die standardisierte Information der Patienten und Patientinnen mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z. B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Netzwerke/Netzwerke_node.html).

Auswahloptionen: ja; nein

Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten und Patientinnen liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedelung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort anderen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).

Auswahloptionen: ja; nein

Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten und Patientinnen.

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

Zusätzliche Angaben sind aus der Auswahlliste „Weitere Informationen zur Hygiene“ (A-12.3.2) des Anhangs 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Soweit in der Auswahlliste vorgesehen, sind zusätzliche Angaben zur Durchführung der entsprechenden Maßnahme zu machen. Zusätzlich können zu jedem Aspekt freiwillige Erläuterungen ergänzt werden. Diese Kommentare sind auf jeweils 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-12.4 Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement

Hier erfolgen Angaben zum Lob- und Beschwerdemanagement:

Im Krankenhaus ist ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement eingeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Im Krankenhaus existiert ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement (Beschwerdestimulierung, Beschwerdeannahme, Beschwerdebearbeitung, Beschwerdeauswertung).

Auswahloptionen: ja; nein

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.

Auswahloptionen: ja; nein

Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer oder Beschwerdeführerinnen sind schriftlich definiert.

Auswahloptionen: ja; nein

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Eine Ansprechperson für das Beschwerdemanagement mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. [Kontakt | Person lang] und Link zum Bericht (optional)

Ein Patientenfürsprecher oder eine Patientenfürsprecherin mit definierten Verantwortlichkeiten und Aufgaben ist benannt. [Kontakt | Person lang]

Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden

Auswahloptionen: ja; nein

Es werden regelmäßig Patientenbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

Es werden regelmäßig Einweiserbefragungen durchgeführt.

Auswahloptionen: ja; nein

Link zur Internetseite (optional)

Zu jedem dieser Aspekte können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

A-13 Besondere apparative Ausstattung

Hier erfolgt die Darstellung der besonderen Geräteausstattung der Einrichtung auf Basis der Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung“ (A-13) des Anhangs 2. Dort sind die entsprechenden Geräte auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer und umgangssprachlichen Bezeichnung in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

In der Auswahlliste ist jedes Gerät mit einem „X“ markiert, für das Angaben zur 24 h-Notfallverfügbarkeit zu machen sind. Bei Auswahl eines solchen Gerätes ist die Zusatzangabe verpflichtend, ob es auch tatsächlich 24 h zur Verfügung steht (Ja/Nein).

Der Schwerpunkt liegt auf Geräten, die nicht zur üblichen apparativen Ausstattung eines Krankenhauses gehören. Es können auch Geräte angegeben werden, die nicht vom Krankenhaus betrieben werden, auf die das Krankenhaus aber ständigen Zugriff hat. In diesem Fall ist ein entsprechender Kommentar aufzunehmen.

Zu jedem Gerät können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Beispiel:

Nr.	**Vorhandene Geräte** (X=Zusatzangabe verpflichtend)	**Umgangs-sprachliche Bezeichnung**	**Zusatzangabe: 24 h-Notfall-verfügbarkeit**	**Kommentar**
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	**Ja/Nein**	
AA26	Positronen-emissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin		in Kooperation mit niedergelassenem Radiolgen

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

B Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen

Die Organisationseinheiten/Fachabteilungen sind jeweils komplett gemäß nachfolgender Gliederung darzustellen und fortlaufend zu nummerieren. Die Darstellung nicht bettenführender Abteilungen ist ebenfalls möglich. Der Begriff „Organisationseinheit/Fachabteilung“ ist durch den entsprechenden krankenhausindividuellen Namen der Organisationseinheit/Fachabteilung zu ersetzen.

Die Organisationseinheit/Fachabteilung ist anhand von Fachabteilungsschlüsseln gemäß § 301 SGB V (a.F.) darzustellen. Zur Darstellung des tatsächlichen Fachspektrums der Organisationseinheit/Fachabteilung ist die Nennung mehrerer Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V (a.F.) möglich.

Pro Organisationseinheit/Fachabteilung ist mindestens ein Schlüssel nach § 301 SGB V (a.F.) verpflichtend anzugeben. Mit der differenzierten Nutzung der 3. und 4. Stelle des Fachabteilungsschlüssels besteht die Möglichkeit, die medizinischen Schwerpunkte der Organisationseinheiten/Fachabteilungen auszuweisen. Ziel ist es, modernen Organisationsformen im Krankenhaus Rechnung zu tragen und durch Zuordnung entsprechender Schlüssel nach § 301 SGB V (a.F.) (unabhängig von den zu Abrechnungszwecken verwendeten Schlüsseln) das tatsächliche Leistungsspektrum der Organisationseinheit/Fachabteilung abzubilden, um den Nutzern und Nutzerinnen einer Qualitätsberichtsdatenbank eine möglichst genaue Suche nach der gewünschten Abteilung zu ermöglichen. So ist auch die Angabe desselben spezifischen Schlüssels nach § 301 SGB V (a.F.) für mehrere Organisationseinheiten/Fachabteilungen eines Krankenhauses möglich. Wenn der Organisationseinheit/Fachabteilung kein spezifischer Schlüssel nach § 301 SGB V (a.F.) zu Abrechnungszwecken zugeordnet wurde, ist als Schlüssel 3700 „Sonstige Fachabteilung“ oder ein dem Fachspektrum der Organisationseinheit/Fachabteilung entsprechender Schlüssel nach § 301 SGB V (a.F.) anzugeben.

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

Fachabteilungsschlüssel (mindestens ein Schlüssel / vierstellig)

Name des Chefarztes oder der Chefärztin [„Kontakt | Person lang“] und [„Kontakt | Zugang“]

Art der Organisationseinheit/Fachabteilung

Auswahloptionen:

- Hauptabteilung
- Belegabteilung
- Gemischte Haupt- und Belegabteilung
- Nicht bettenführende Abteilung/sonstige Organisationseinheit

B-[X].2 Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen

Hier ist verpflichtend anzugeben, ob sich das Krankenhaus bei der Vereinbarung von Verträgen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen dieser Organisationseinheit/Fachabteilung an die Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 136a SGB V (a.F.) hält.

Auswahloptionen: ja; nein; keine Vereinbarung geschlossen

Bei „nein“ sind die Leistungen, Leistungskomplexe oder Leistungsaggregationen oder Case-Mix-Volumina, für die leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden, als Freitext allgemeinverständlich anzugeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Wichtig ist vor allem die Angabe von Operationen/Eingriffen oder Leistungen, für die finanzielle Anreize vereinbart wurden, da diese die Unabhängigkeit medizinischer Entscheidungen beeinflussen können.

Zu jeder leistungsbezogenen Zielvereinbarung können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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

An dieser Stelle sind die fachabteilungsbezogenen medizinischen Leistungsangebote der jeweiligen Organisationseinheit/Fachabteilung darzustellen. Hierzu sind aus der Auswahlliste B-[X].3 in Anhang 2 die zutreffenden medizinischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Dabei können die Nummern für „Sonstiges“ (z. B. VR00) mehrfach angegeben werden, um zusätzliche fachabteilungsbezogene medizinische Leistungsangebote darzustellen.

Zu jedem Versorgungsschwerpunkt können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Die Gliederung der Auswahlliste in Fachgebiete dient ausschließlich der besseren Übersichtlichkeit. Eine Organisationseinheit/Fachabteilung kann hier aus allen Fachgebieten, d. h. aus der gesamten Auswahlliste zu B-[X].3, ihre individuellen Versorgungsschwerpunkte auswählen.

B-[X].4 Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung

Angaben zur Barrierefreiheit können entweder für das gesamte Krankenhaus (allgemein) oder spezifisch für eine Organisationseinheit bzw. Fachabteilung (fachabteilungsbezogen) gemacht werden. Hier sind nur die Elemente anzugeben, die nicht bereits unter A-7 für das gesamte Krankenhaus dargestellt wurden. Das bedeutet, die Elemente der Barrierefreiheit, die schon unter A-7 angegeben werden, dürfen nicht unter B-[X].4 wiederholt werden.

Die fachabteilungsspezifischen Angaben sind aus der Auswahlliste zu A-7/B-[X].4 im Anhang 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zu jedem Aspekt der Barrierefreiheit können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind auf jeweils 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

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

Angegeben werden müssen:

a) Vollstationäre Fallzahl

b) Teilstationäre Fallzahl

Teilstationäre Fälle werden nicht in die Fallzahl der vollstationären Fälle eingerechnet, werden aber gesondert dargestellt. Die Regelung zur Fallzählung basiert auf den gesetzlichen Vorgaben und den Bundesvereinbarungen zu den Abrechnungsbestimmungen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Zählung der voll- und teilstationären Fälle:

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die unter den Anwendungsbereich des KHEntgG fallen, richtet sich die Fallzählung der voll- und teilstationären Fälle nach § 8 der FPV des jeweiligen Berichtsjahres.

Entsprechend den Abrechnungsbestimmungen in § 8 FPV des jeweiligen Berichtsjahres zählt jede abgerechnete vollstationäre DRG-Fallpauschale im Jahr der Entlassung als ein Fall. Bei der Wiederaufnahme oder Rückverlegung in dasselbe Krankenhaus ist hier jeweils nur die Fallpauschale zu zählen, die nach der Neueinstufung für die zusammengefassten Krankenhausaufenthalte abgerechnet wird. Bei internen Verlegungen in verschiedene Organisationseinheiten/Fachabteilungen bzw. der bei der Teilnahme an der medizinischen Versorgung durch nicht-bettenführende Abteilungen wird der Fall derjenigen Fachabteilung zugeordnet, aus der der Patient oder die Patientin nach extern entlassen/verlegt wird.

Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche im Anwendungsbereich der BPflV, die nicht das PEPP-System nach § 17d KHG, sondern die BPflV mit Stand vom 31. Dezember 2012 (BPflV a. F.) anwenden, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPflV a. F.). Für Krankenhäuser bzw. Krankenhausbereiche, die das PEPP-System anwenden, richtet sich die Fallzählung nach § 1 Absatz 5 der Vereinbarung über die PEPPV des jeweiligen Berichtsjahres.

Nach § 3 Absatz 3 PEPPV haben Krankenhäuser, die dem Geltungsbereich der BPflV und dem Geltungsbereich des KHEntgG unterliegen, bei internen Verlegungen zwischen den Geltungsbereichen eine getrennte Abrechnung der Fälle vorzunehmen und sie damit jeweils als eigenständige Fälle zu zählen.

B-[X].6 Hauptdiagnosen nach ICD

Hier sind alle Hauptdiagnosen nach ICD-10 mit der jeweiligen Fallzahl anzugeben.

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

Alle ICD-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind vierstellig (z. B. G20.2) und mit Fallzahl (Zahl > 0) anzugeben. Es ist die jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche ICD-10-GM-Version zu verwenden.

B-[X].7 Durchgeführte Prozeduren nach OPS

Hier sind alle durchgeführten Prozeduren mit ihrer jeweiligen OPS-Ziffer anzugeben. Zu jeder Prozedur ist darzustellen, wie häufig sie im Berichtsjahr durchgeführt wurde. Alle OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind endstellig (z. B. 5-877.2) anzugeben.

Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Organisationseinheiten/Fachabteilungen ist die OPS-Darstellung freiwillig.

Es ist der jeweils für das Berichtsjahr aktuelle amtliche OPS-Katalog zu verwenden.

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. Dieses Verfahren dient dazu, das tatsächliche Leistungsgeschehen der Fachabteilung möglichst realistisch abzubilden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Es werden nur die OPS-Ziffern der voll- und teilstationären Fälle berücksichtigt, die auch unter A-10 gezählt werden. OPS-Ziffern, die im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen erfasst wurden, sind hier nicht anzugeben. Verbringungsleistungen sind nicht vom beauftragenden Krankenhaus darzustellen, da sie nicht von diesem unmittelbar durchgeführt wurden. Im Qualitätsbericht des beauftragten Krankenhauses hingegen können sie an entsprechender Stelle aufgenommen werden.

B-[X].8 Ambulante Behandlungsmöglichkeiten

Hier können grundsätzlich alle ambulanten ärztlichen Behandlungsmöglichkeiten unabhängig von der gesetzlichen oder vertraglichen Grundlage und der Art der Abrechnung dargestellt werden. Die entsprechenden Ambulanzarten sind aus der Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ zu B-[X].8 im Anhang 2 auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Neben der Fach- bzw. Vertragsbezeichnung kann eine kurze alltagssprachliche Bezeichnung der Ambulanz angegeben werden (z. B. Diabetes-Ambulanz oder Schrittmacher-Ambulanz).

Die jeweils ambulant angebotenen Leistungen sind aus der Auswahlliste für die fachabteilungsbezogenen medizinischen Leistungsangebote zu B-[X].3 in Anhang 2 auszuwählen und mit der entsprechenden Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Die Hinweise zu B-[X].3 gelten entsprechend.

Abweichend davon sind die angebotenen Leistungen für die Ambulanzart AM06 „Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V“ aus dem entsprechenden Abschnitt der Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ zu B-[X].8 in Anhang 2 auszuwählen und mit den jeweiligen Nummern anzugeben.

Zu jeder Ambulanzart können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Sofern angebotene Leistungen nicht für alle Patienten und Patientinnen zugänglich sind (z. B. Verträge mit einzelnen Krankenkassen), sollte ein entsprechender Hinweis aufgenommen werden. Krankenhausinterne Konsilleistungen sind hier nicht anzugeben.

Beispiel:

Nummer	**Art der Ambulanz**	**Bezeichnung**	**Nr. der Leistung**	**Angebotene Leistungen**	**Kommentar**
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V (a.F.) bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)	Diabetes-Ambulanz	VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	z. B. Diabetes, Schilddrüse
			…	…	
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V (a.F.) bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersu-	Schrittmacher-Ambulanz	VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	chungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)		…	…	
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V (a.F.)		LK03	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose	
…	…	…	…	…	

Ambulante Operationen sind im Kapitel B-[X].9 darzustellen.

B-[X].9 Ambulante Operationen nach § 115b SGB V (a.F.)

Hier ist die Anzahl der ambulanten Operationen mit der jeweiligen OPS-Ziffer anzugeben. Alle OPS-Ziffern der Organisationseinheit/Fachabteilung sind endstellig (z. B. 5-877.2) anzugeben.

Für psychiatrische und psychotherapeutische bzw. psychosomatische und psychotherapeutische Fachabteilungen/Krankenhäuser ist die OPS-Darstellung freiwillig.

Die Häufigkeit der jeweiligen OPS-Ziffer in der jeweiligen Fachabteilung ergibt sich daraus, wie oft die jeweilige Prozedur von der Fachabteilung im Berichtsjahr erbracht wurde. Die OPS-Zählung erfolgt demnach immer in der Fachabteilung, von der die Leistung erbracht wurde. Dieses Verfahren dient dazu, das tatsächliche Leistungsgeschehen der Fachabteilung möglichst realistisch abzubilden.

Die OPS-Prozeduren sind gemäß der jeweils für das Berichtsjahr geltenden Fassung des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (der Anlage des Vertrags nach § 115b Absatz 1 SGB V (a.F.) – Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag)) anzugeben. Berücksichtigt werden hier nur die OPS-Ziffern, die in Abschnitt 1 und 2 des Katalogs ambulant durchführbarer Operationen (der Anlage des AOP-Vertrags) aufgeführt sind.

Die Leistungen des Abschnitts 3 des Katalogs (ohne OPS-Zuordnung) können unter B-[X].8 dargestellt werden.

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

Hier soll angegeben werden, ob es in der Organisationseinheit/Fachabteilung eine Zulassung zum D-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft gibt.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja ist anzugeben, ob

- es einen Arzt oder eine Ärztin mit ambulanter D-Arzt-Zulassung gibt und/oder
- eine stationäre BG-Zulassung vorliegt.

B-[X].11 Personelle Ausstattung

Hier gibt das Krankenhaus die personelle Ausstattung der jeweiligen Organisationseinheit/Fachabteilung als Vollkräfte umgerechnet auf den Jahresdurchschnitt an.

Grundsätzlich folgt die Berechnung des Personals in den Berichtsteilen A und B den nachfolgenden Regeln.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Die Gesamtzahl der Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ergibt sich aus der Summe der auf die volle tarifliche Arbeitszeit umgerechneten Teilzeitkräfte, der kurzfristig oder geringfügig beschäftigten Arbeitnehmer, Arbeitnehmerinnen und der Beschäftigten, die im gesamten Jahr bei voller tariflicher Arbeitszeit eingesetzt waren. Überstunden und Bereitschaftsdienste werden nicht in die Berechnung mit einbezogen.

Es wird nur das Personal, welches in der Patientenversorgung tätig ist, gezählt. Dazu gehören neben dem ärztlichen, pflegerischen und psychologischen/psychotherapeutischen Personal insbesondere der medizinisch-technische Dienst und der Funktionsdienst. Nicht dazu gehören Personen, die ausschließlich administrativ und organisatorisch tätig sind und nicht unmittelbar oder mittelbar in die Diagnostik und Therapie der im Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten eingebunden sind und nicht mit der Heilbehandlung und Bekämpfung von Krankheiten praktisch befasst sind. Darunter fallen z. B. das Personal in der Verwaltung, Wirtschafts- und Versorgungsdienst und technischer Dienst.

Es werden nur besetzte Stellen gezählt. Tätigkeitsunterbrechungen von mehr als sechs Wochen im Berichtsjahr durch z. B. Krankheit, Mutterschutz, Elternzeit u.Ä. werden nicht einberechnet.

Die maßgeblichen wöchentlichen tariflichen Arbeitszeiten für das in der Patientenversorgung tätige Personal (ärztliches und Pflegepersonal) werden nachrichtlich angegeben.

Die Kosten für nicht fest angestelltes Personal werden in durchschnittlich eingesetztes Personal umgerechnet und gesondert ausgewiesen. Sie werden nach den gleichen Regeln wie die hauptamtlichen Ärzte und Ärztinnen in Vollkräfte im Jahresdurchschnitt umgerechnet. Nichthauptamtliche Ärzte und Ärztinnen (Beleg- und Konsilarärzte) sind nicht einzubeziehen. Analog werden das nicht fest angestellte Pflegepersonal und sonstige Personalzahlen nicht fest angestellter Personen umgerechnet.

Berufsgruppen, wie Belegärzte und Beleghebammen, für die kein Zeitäquivalent in Vollkräften errechnet wird, werden als Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres gezählt.

Personal aus einem Personal-Pool, welches fachabteilungs- und oder stationsübergreifend eingesetzt wird, und weiteres Personal, wie z.B. aus Intensivstationen, Ambulanzen, OP-Personal, Funktionspersonal, Radiologie etc., welches nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet ist oder zugeordnet werden kann, wird ausschließlich im A-Teil ausgewiesen.

Die Erfassung des Personals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Ambulanzpersonal wird, sofern es eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet werden kann, bei dieser gezählt.

B-[X].11.1 Ärzte und Ärztinnen

Hier ist nur das ärztliche Personal zu erfassen, das dieser Abteilung zugeordnet werden kann. Ärztliches Personal, welches nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet ist oder zugeordnet werden kann, ist in A-11.1 Ärzte und Ärztinnen unter A-11.1 „Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind“ zu erfassen. Die Gesamtzahl der ärztlichen Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl der ärztlichen Vollkräfte aller Organisationseinheiten/Fachabteilungen (B-[X].11.1) addiert mit der Anzahl ärztlicher Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen. Es ist sicherzustellen, dass das jeweilige ärztliche Personal nur einmal gezählt wird.

Anzugeben ist die Zahl der:

- Ärzte und Ärztinnen insgesamt (ohne Belegärzte) in Vollkräften
- davon Fachärzte und Fachärztinnen in Vollkräften

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft

- Belegärzte und Belegärztinnen (nach § 121 SGB V) in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres

Belegärzte und Belegärztinnen sind für jede Organisationseinheit/Fachabteilung anzugeben, in der sie tätig sind.

Die Erfassung des ärztlichen Personals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Zu jeder Angabe können Konkretisierungen vorgenommen werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Darüber hinaus ist das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen anzugeben.

Zu jeder Angabe können Ergänzungen zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Ärztliche Fachexpertise der Abteilung

Unter „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ sollen die Facharztqualifikationen und Zusatz-Weiterbildungen gemäß den Auswahllisten zu B-[X].11.1 in Anhang 2 angegeben werden. Die vorliegenden Facharztqualifikationen und Zusatz-Weiterbildungen sind aus diesen Listen auszuwählen und mit ihren Nummern in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Es soll hier nicht die Anzahl der Qualifikationen, sondern nur deren Vorliegen in der Abteilung (als Expertise) angegeben werden.

Die Schlüssel in der Auswahlliste orientieren sich an der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer (MWBO in der im jeweiligen Berichtsjahr gültigen Fassung) und bilden die „offiziellen“ Facharztbezeichnungen mit Schwerpunkten und die derzeit gültigen Zusatz-Weiterbildungen ab. Fachkundenachweise, Weiterbildungskurse etc. sollen hier nicht abgebildet werden. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Facharztbezeichnungen) sollen sinngemäß zugeordnet werden.

Beispiele:

- Facharzt oder Fachärztin für Nervenheilkunde ist Facharzt oder Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie = AQ42 + AQ51.
- Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin ist Facharzt oder Fachärztin für Anästhesiologie und Zusatz-Weiterbildung Intensivmedizin = AQ01 + ZF15

Zu jeder Facharztbezeichnung bzw. Zusatz-Weiterbildung können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].11.2 Pflegepersonal

Hier ist nur das Pflegepersonal zu erfassen, das dieser Abteilung zugeordnet werden kann. Pool-Personal, welches fachabteilungs- und oder stationsübergreifend eingesetzt wird und weiteres Personal, wie z. B. aus Intensivstationen, Ambulanzen, OP-Personal, Funktionspersonal, Radiologie etc., sofern es nicht eindeutig einer Fachabteilung zugeordnet ist oder zugeordnet werden kann, ist in A-11.2 Pflegepersonal unter A-11.2 Pflegepersonal „Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind“ zu erfassen. Die Gesamtzahl der pflegerischen Vollkräfte des Krankenhauses muss der Anzahl der pflegerischen Vollkräfte aller Organisationseinheiten/Fachabteilungen (B-[X].11.2) addiert mit der Anzahl pflegerischer Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen.

Die pflegerischen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind nur einmal mit ihrer jeweils höchsten Qualifikation zu erfassen. Es ist sicherzustellen, dass jede Vollkraft nur einmal gezählt wird.

Anzugeben ist die Zahl der:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer 2 Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer 1 Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Std. Basiskurs) in Vollkräften
- Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Beleghebammen und –entbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften
- Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer 3 Jahre) in Vollkräften

Darüber hinaus ist das Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen anzugeben.

Die Erfassung des pflegerischen Personals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Sofern der Organisationseinheit/Fachabteilung Auszubildende der Gesundheits- und Krankenpflege und Krankenpflegehilfe zugeordnet sind, werden diese nicht in die Anzahl der Vollkräfte eingerechnet. Sie können zusätzlich zur jeweiligen Berufsgruppe angegeben werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen können unter „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ angegeben werden.

Bei der Darstellung des Pflegepersonals ist nur das in den Organisationseinheiten/Fachabteilungen eingesetzte Pflegepersonal, d. h. nicht die Mitglieder der Pflegedienstleitung, der Verwaltung, des Qualitätsmanagements oder der innerbetrieblichen Krankentransporte zu berücksichtigen. Bei einer interdisziplinär belegten Station, d. h. einer Station, auf der Patienten oder Patientinnen mehrerer Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen liegen (z. B. interdisziplinäre Intensivstation) und die nicht als eigene Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird, erfolgt die Darstellung des Personals anteilsmäßig bezogen auf die jeweilige Organisationseinheit bzw. Fachabteilung. Pflegerisches Personal, das in der direkten Patientenversorgung tätig ist, jedoch in keiner eigenen Organisationseinheit/Fachabteilung dargestellt wird (z. B. „OP-Personal“ oder „Personal der Radiologie“), kann einer passenden Fachabteilung zugeordnet oder in A-11.2 eingetragen werden. Das Personal aus Organisationseinheiten bzw. Fachabteilungen kooperierender Krankenhäuser ist nicht auszuweisen.

Pflegerische Fachexpertise der Abteilung

Unter „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ sollen die pflegebezogenen anerkannten Fachweiterbildungen/zusätzlichen akademischen Abschlüsse und Zusatzqualifikationen, die auf einer pflegerischen Ausbildung beruhen, gemäß den Auswahllisten B-[X].11.2 in Anhang 2 angegeben werden. Die vorliegenden Fachweiterbildungen/zusätzlichen akademischen Abschlüsse und Zusatz-Qualifikationen sind aus diesen Listen auszuwählen und mit ihren Nummern in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Es soll hier nicht die Anzahl der Qualifikationen, sondern nur deren Vorliegen in der Abteilung (als Expertise) angegeben werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Zu jeder Fachweiterbildung/jedem zusätzlichen akademischen Abschluss bzw. Zusatzqualifikation können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

B-[X].11.3 Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik

Für alle psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen ist das therapeutische Personal als Vollkräfte im Jahresdurchschnitt anzugeben. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind nur einmal entsprechend ihrer jeweils höchsten Qualifikation zuzuordnen.

Anzugeben ist die Zahl der:

- Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen in Vollkräften
- Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen in Vollkräften
- Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen in Vollkräften
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen in Vollkräften
- Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG) in Vollkräften
- Ergotherapeuten in Vollkräften
- Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten in Vollkräften
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen in Vollkräften

Die Erfassung des psychologischen/psychotherapeutischen Personals erfolgt getrennt nach „stationäre Versorgung“ und „ambulante Versorgungsformen“.

Für jede Kategorie sind die Anzahl der Vollkräfte und das Verhältnis von der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung) zu den Vollkräften anzugeben.

Die Berufsbezeichnungen mit Weiterbildungen und Zusatzqualifikationen orientieren sich an den gesetzlichen Vorgaben sowie an den Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landespsychotherapeutenkammern in der im jeweiligen Berichtsjahr gültigen Fassung.

Unter „Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin“ sind nur Psychologische Psychotherapeuten und -therapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und -therapeutinnen, die über eine von einer Landespsychotherapeutenkammer anerkannte abgeschlossene Zusatzweiterbildung in Klinischer Neuropsychologie verfügen, einzutragen. Fachkundenachweise, andere Fort- und Weiterbildungskurse etc. sollen hier nicht abgebildet werden. Davon abweichende Qualifikationen (insbesondere ältere Berufsbezeichnungen) sollen sinngemäß zugeordnet werden.

Zu jeder Berufsgruppe des therapeutischen Personals können ergänzende Angaben zur Konkretisierung gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 300 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C Qualitätssicherung

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

Hinweis:

Die Übermittlung der Angaben zu C-1.1[Y] und zu C-1.2[Z] für die Qualitätsindikatoren des Anhangs 3 erfolgt direkt durch die nach QSKH-RL auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen. Hierzu stellen sie den Krankenhäusern die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (gemäß QSKH-RL) zur Fehlerprüfung und Kommentierung zur Verfügung.

Voraussetzung für eine Zusammenführung der C-1-Daten mit den Berichtsteilen A, B und C-2ff., die durch die Krankenhäuser selbst übermittelt werden, ist die Verwendung einheitlicher identifizierender Daten (Institutionskennzeichen und Standortnummer). Um die Übereinstimmung zu gewährleisten, gleichen die auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen im Rahmen der Korrekturphase nach Anlage 2 Nummer 5 während des Anmelde- und Registrierungsprozesses die von der Annahmestelle übermittelten Anmeldedaten der Krankenhäuser zur Übermittlung der Qualitätsberichte mit denen aus der externen vergleichenden Qualitätssicherung ab.

Dazu übermittelt die Annahmestelle folgende Parameter in Form einer Excel-Tabelle:

- Name und Vorname des Ansprechpartners des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts
- Bundesland
- Institutionskennzeichen des Gesamtberichts
- Institutionskennzeichen IST
- Standortnummer IST
- Weitere Institutionskennzeichen
- Krankenhausname
- Krankenhaus Straße und Hausnummer
- Krankenhaus Postleitzahl und Ort
- Telefon des Ansprechpartners
- E-Mail des Ansprechpartners

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Registrierungsdatum

Die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen tragen beobachtete Abweichungen bei Institutionskennzeichen und Standortnummer sowie das Datum der Bearbeitung der Excel-Tabelle in entsprechend markierte Spalten ein. Darüber hinaus gibt es ein Kommentarfeld, in das zusätzlich Freitext eingegeben werden kann. Die so bearbeitete Excel-Tabelle ist fristgerecht an die Annahmestelle zurückzusenden. Diese informiert die betroffenen Krankenhäuser über die Abweichungen und bittet um Prüfung und ggf. Korrektur der Anmeldedaten.

Nur die Krankenhäuser selbst können die notwendigen Korrekturen vornehmen.

Der zeitliche Ablauf dieses Verfahrens wird in Form eines Zeitstrahls auf den Internetseiten des G-BA unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Angaben zum Krankenhaus bzw. Standort:

- Institutionskennzeichen
- Standortnummer

Diese Angaben dienen der eindeutigen Identifikation des Krankenhauses oder Standortes, zu dem die nachfolgend berichteten Daten gehören.

Hinweis zum Datenschutz:

- Die Vorgaben zum Datenschutz sind erfüllt, wenn die „Grundgesamtheit/Fallzahl“ oder „beobachtete Ereignisse/beobachtet“ zwischen 1 und einschließlich 3 liegen.

C-1.1.[Y] Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate

Die Übermittlung der Daten zu C-1.1 erfolgt durch die nach QSKH-RL auf Landesebene beauftragten Stellen.

Hier sind die Fallzahlen und Dokumentationsraten für die bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche anzugeben. Dies umfasst auch die Meldung von Fallzahlen =0.

Folgende Anforderungen sind für die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten zu beachten:

- Liegen für ein Krankenhaus keine erbrachten Leistungen in einem der bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche vor (Soll und Ist = 0), ist das Feld „Dokumentationsrate“ leer zu lassen und der Kommentar „In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.“ anzugeben.
- Ist eine Dokumentationsrate nicht berechenbar (Soll = 0 und Ist > 0), ist das Feld „Dokumentationsrate“ leer zu lassen und der Kommentar „Dokumentationsrate nicht berechenbar“ anzugeben.
- Für jedes Krankenhaus mit nur einem Standort wird eine Dokumentationsrate je Leistungsbereich errechnet, die anzugeben ist.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, werden in den standortspezifischen Qualitätsberichten je Leistungsbereich standortspezifische Angaben gemacht.
- Im Gesamtbericht eines Krankenhauses über mehrere Standorte ist eine gemeinsame Dokumentationsrate je Leistungsbereich anzugeben.

Die Daten werden wie folgt übermittelt:

- Die Daten sind gemäß „Aufstellung der Zahl der zu dokumentierenden Datensätze (Soll) gemäß § 23 Absatz 2 der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach § 108 SGB V (a.F.) zugelassene Krankenhäuser gemäß § 137 Absatz 1 Satz 3 Nummer 1 SGB V (a.F.) in Verbindung mit § 135a SGB V“ (Meldung zur Sollstatistik) für bundesweit verpflichtende Leistungsbereiche des jeweiligen Berichtsjahres zu übermitteln. Für Leistungsbereiche, für die in der Sollstatistik aufgrund von Überliegern zwei Fallzahlen angegeben werden, ist die Summe aus beiden zu bilden und anzugeben.
- „Leistungsbereich“: Hier ist das Kürzel (Leistungsbereich-ID) und bei Veröffentlichung die jeweils allgemeinverständliche Bezeichnung der Leistungsbereiche aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.
- „Fallzahl“: Hier ist die Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll) anzugeben. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.
- „Dokumentationsrate“: Hier ist die Dokumentationsrate im Leistungsbereich in Prozent (%) anzugeben. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Dokumentationsrate nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen. Aufgrund der Systematik des Verfahrens können Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden.
- „Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses“: Hier ist, soweit vorhanden, der Kommentar des Krankenhauses anzugeben. Die Angaben sind auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL:

1. Für die Herzchirurgie (HCH) und die Pankreas-Nierentransplantation (PNTX) stellen die angegebenen Dokumentationsraten aggregierte Soll- und Ist-Zahlen für mehrere in den Auswertungen weiter differenzierte Leistungsbereiche dar.

   Die Ergebnisse in Teil C-1.2 sind entsprechend der folgenden Bereiche differenziert:

   - Die Dokumentationsraten der Herzchirurgie beziehen sich auf die Bereiche „Koronarchirurgie, isoliert“, „Aortenklappenchirurgie, isoliert“ und „Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie“.
   - Die Dokumentationsraten der Pankreas-Nierentransplantation beziehen sich auf die Bereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation“.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

- Für die Leistungsbereiche der Hüft- und Kniegelenksendoprothetik (HEP, KEP) erfolgt eine weitere Differenzierung der Fallzahlen (Soll) für Erstimplantationen („HEP IMP“, „KEP IMP“) und Wechseleingriffe („HEP WE“, „KEP WE“).
- Für die kathetergestützte Implantation von Aortenklappen erfolgt eine differenzierte Darstellung der Fallzahlen (Soll). „Aort Kath Endo“ stellt die Zahl der erbrachten über einen endovaskulären Zugangsweg implantierten Aortenklappen dar. „Aort Kath Trapi“ stellt die Zahl der erbrachten über den transapikalen Zugangsweg implantierten Aortenklappen dar.

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

Die Übermittlung der Ergebnisse zu C-1.2 erfolgt durch die nach QSKH-RL auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen. Hierbei werden die Ergebnisse der Leistungsbereiche der direkten Verfahren durch die auf Bundesebene beauftragte Stelle und die Ergebnisse der Leistungsbereiche der indirekten Verfahren durch die auf Landesebene beauftragte Stelle übermittelt. Sofern den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen Daten zu den im Anhang 3 aufgeführten Leistungsbereichen der verpflichtend zu übermittelnden Qualitätsindikatoren (Tabelle A) vorliegen, sind die Ergebnisse der entsprechenden Indikatoren zu übermitteln.

Folgende Fälle sind für die Darstellung der Ergebnisse zu unterscheiden:

Liegen für ein Krankenhaus keine erbrachten Leistungen der bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche vor, erfolgt keine Angabe zu den Ergebnissen.

Liegen für ein Krankenhaus zwar erbrachte Leistungen in einem Leistungsbereich vor, aber keine Fälle zu einem bestimmten Qualitätsindikator, erfolgt für diesen Qualitätsindikator keine Angabe zu „Rechnerisches Ergebnis“, „Vertrauensbereich (Krankenhaus)“, „Entwicklung Rechnerisches Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr“, „beobachtete Ereignisse/beobachtet“, „erwartete Ereignisse/erwartet“, „Grundgesamtheit/Fallzahl“.

Für jedes Krankenhaus mit nur einem Standort wird ein Ergebnis je Qualitätsindikator übermittelt, das anzugeben ist.

Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte, sind die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren im Qualitätsbericht des Standorts anzugeben, für den die Auswertung vorgenommen wurde.

Liegen für ein Krankenhaus oder einen Krankenhausstandort mehrere Ergebnisse je Qualitätsindikator vor (z. B. beim Vorhandensein verschiedener Fachabteilungen/Organisationseinheiten mit eigener Auswertung), ist das entsprechende Ergebnis unter der Auflistung der Auswertungseinheiten anzugeben. Für die Auswertungseinheiten ist eine fortlaufende Nummerierung und eindeutige Benennung anzugeben.

Hat ein Krankenhaus mehrere Standorte werden im Gesamtbericht die Auswertungen der einzelnen Standorte als Auswertungseinheit aufgeführt.

Die Übermittlung der Qualitätsindikatoren erfolgt gemäß Anhang 1. Dargestellt werden folgende Parameter:

„Leistungsbereich“: Hier ist die Leistungsbereich-ID und bei Veröffentlichungen die allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereiches aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

„Qualitätsindikator“: Hier ist die Indikator-ID und bei Veröffentlichungen die allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators aus den Tabellen in Anhang 3 zu übernehmen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

„Indikator mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus“: Hier sind alle zum Berichtsjahr verfügbaren Indikatoren mit Bezug zu Infektionen im Krankenhaus als solche zu kennzeichnen.

„Empirisch-statistische Bewertung“: Hier ist die „Statistische Einstufung (Empirie)“ aus dem „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“ des Institutes nach § 137a SGB V anzugeben. Dieser wird von dem Institut nach § 137a SGB V jährlich zum 31. März für das Berichtsjahr dem G-BA vorgelegt.

„Einheit“: Hier ist die Einheit des Qualitätsindikators anzugeben. Bei Veröffentlichung soll sie den Werten aus „Rechnerisches Ergebnis“, „Vertrauensbereich (Krankenhaus)“, „Bundesergebnis“, „Vertrauensbereich (Bundesergebnis)“, „Referenzbereich“ zugeordnet werden.

„Rechnerisches Ergebnis“: Hier ist das Ergebnis des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator anzugeben. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt die Angabe entsprechend den Vorgaben zum Datenschutz.

„Vertrauensbereich (Krankenhaus)“: Hier ist der 95 %-Vertrauensbereich des Ergebnisses des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator anzugeben. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt die Angabe entsprechend den Vorgaben zum Datenschutz.

„Entwicklung Rechnerisches Ergebnis zum vorherigen Berichtsjahr“: Hier ist anzugeben, ob sich das Ergebnis statistisch signifikant gegenüber dem Ergebnis des vorherigen Berichtsjahres „verbessert“ oder „verschlechtert“ hat, ob es „unverändert“ oder „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ ist. Ein statistisch signifikanter Unterschied liegt vor, wenn sich die Vertrauensbereiche der jeweiligen Ergebnisse nicht überschneiden. Zur Berechnung der Vertrauensbereiche sind die bundeseinheitlichen Rechenregeln der externen stationären Qualitätssicherung gemäß § 8 QSKH-RL zu verwenden. Das Ergebnis ist „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ mit dem Vorjahr, wenn im Vorjahr kein Ergebnis vorlag oder der Indikator laut dem Dokument „Beschreibung der Qualitätsindikatoren“ (dort im Anhang „Historie der Qualitätsindikatoren") unter www.sqg.de als „eingeschränkt vergleichbar“ mit dem Vorjahr eingestuft ist.

„Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“: Hier ist die Bewertung des Strukturierten Dialogs ebenso wie die nicht vorgesehene Bewertung (Kategorie N) verpflichtend darzustellen. Aus der folgenden Liste sind die zutreffenden Kombinationen aus der Kategorie der Einstufung und aus der Begründung einzutragen (z. B. Bewertung nicht vorgesehen - Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert -> N02)

Kategorie	Einstufung	Ziffer	Begründung
N	Bewertung nicht vorgesehen	01	Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind
		02	Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
R	Ergebnis liegt im Referenzbereich	10	Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich
H	Einrichtung auf rechnerisch	20	Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechneri-

Diese Version ist nicht mehr in Kraft.

	auffälliges Ergebnis hingewiesen		schen Auffälligkeit
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
U	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig	31	Besondere klinische Situation
		32	Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle
		33	Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme)
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig	41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollzählige oder falsche Dokumentation
		51	Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
S	Sonstiges	90	Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog
		91	Strukturierter Dialog noch nicht abgeschlossen
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)

„Qualitative Bewertung im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr“: Hier ist anzugeben, ob die qualitative Bewertung eines Qualitätsindikators mit oder ohne Auslösung eines Strukturierten Dialogs im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht „verbessert“, „unverändert“, „verschlechtert“ oder „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ ist.
Die Einordnung erfolgt auf Basis folgender Matrix:

		Bewertung Erfassungsjahr gemäß QSKH-RL						
	Kategorien	**N**	**R**	**H**	**U**	**A**	**D**	**S**
tung Vor-	**N**	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar

Diese Richtlinien

	R	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	unverändert	verschlechtert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar
	H	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar
	U	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	unverändert	einge-schränkt/nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar
	A	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	verbessert	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	verbessert	unverändert	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar
	D	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	verbessert	einge-schränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	unverändert	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar
	S	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar	eingeschränkt/ nicht ver-gleichbar
Lesebeispiel: Wenn eine auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragte Stelle das Indikatorergebnis eines Krankenhauses wegen fehlerhafter Dokumentation im Vorjahr als „D“ einstuft und im Berichtsjahr wegen qualitativer Auffälligkeiten als „A“, dann ist die Bewertung dieses Qualitätsindikators „eingeschränkt/nicht vergleichbar“.								

„Bundesergebnis“: Hier ist das Ergebnis auf Bundesebene anzugeben.

„Vertrauensbereich (Bundesergebnis)“: Hier ist der 95 %-Vertrauensbereich des bundesweiten Ergebnisses anzugeben.

„Referenzbereich“: Hier ist der bundesweite Referenzbereich für diesen Qualitätsindikator anzugeben.

„beobachtete Ereignisse/beobachtet“: Hier ist die Anzahl der beobachteten Ereignisse anzugeben. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt die Angabe entsprechend den Vorgaben zum Datenschutz. Für Median-basierte Indikatoren erfolgt keine Angabe.

„erwartete Ereignisse/erwartet“: Hier ist die Anzahl der rechnerisch erwarteten Ereignisse für risikoadjustierte O/E-Indikatoren anzugeben. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt die Angabe entsprechend den Vorgaben zum Datenschutz.

„Grundgesamtheit/Fallzahl“: Hier ist die Grundgesamtheit (Anzahl der Patienten und Patientinnen, für die der Qualitätsindikator untersucht wurde) einzutragen. Bei Fallzahlen von 1 bis einschließlich 3 ist die Fallzahl nicht anzugeben und auf den Datenschutz zu verweisen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

„Kommentar/Erläuterung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen“: Hier ist die über die „Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“ hinausgehende Kommentierung der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen zum Ergebnis des Strukturierten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen.

„Kommentar/Erläuterung des Krankenhauses“: Hier können ergänzende Informationen des Krankenhauses bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufgenommen werden.

„Nummer“ und „Bezeichnung“: Hier ist nur bei einem Krankenhaus oder einem Krankenhausstandort mit mehreren Auswertungen je Qualitätsindikator eine fortlaufende Nummer und die Bezeichnung der Auswertungseinheit anzugeben. Bei einem Krankenhaus oder einem Krankenhausstandort mit nur einer Auswertung je Qualitätsindikator entfällt diese Angabe.

Die Angaben zu

- Leistungsbereich-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs,
- Indikator-ID und allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators,
- Qualitätsindikator mit Bezug zu Infektionen,
- Empirisch-statistische Bewertung,
- Einheit,
- Bundesergebnis,
- Vertrauensbereich (Bundesergebnis) und
- Referenzbereich

finden sich auf der Internetseite des Instituts nach § 137a SGB V, www.iqtig.org.

Für Qualitätsindikatoren, bei denen die Bewertung durch den Strukturierten Dialog noch nicht abgeschlossen ist und deren Ergebnisse daher für den Vergleich noch nicht geeignet sind, ist eine Veröffentlichung der Ergebnisse an dieser Stelle ausgeschlossen, um Fehlinterpretationen und Falschinformationen zu vermeiden.

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V (a.F.)

Hier gibt das Krankenhaus an, ob auf Landesebene über die nach § 137 SGB V (a.F.) verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V (a.F.) vereinbart wurden.

Auswahloptionen: ja; nein

Wenn ja, sind die für das jeweilige Bundesland relevanten Leistungsbereiche aus der Auswahlliste „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht“ (C-2) des Anhangs 2 auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Zu jedem Leistungsbereich ist vom Krankenhaus anzugeben, ob es an der entsprechenden externen Qualitätssicherung nach Landesrecht teilnimmt. Gehört ein Bereich nicht zum Leistungsspektrum des Hauses, so ist „trifft nicht zu“ anzugeben.

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

Die Teilnahme an freiwilligen externen Qualitätssicherungsmaßnahmen kann unter C-4 angegeben werden.

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

Gemäß § 137f SGB V (a.F.) werden strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme, DMP) entwickelt, die den Behandlungsablauf und die Qualität der medizinischen Versorgung chronisch Kranker verbessern sollen. Hierzu gehören auch in diesem Zusammenhang durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen.

DMP gibt es zu folgenden Indikationen:

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Brustkrebs
- Koronare Herzkrankheit (KHK)
- Chronische Herzinsuffizienz (bei KHK)
- Asthma bronchiale
- Chronische obstruktive Lungenerkrankung (COPD)

An dieser Stelle sind die DMP anzugeben, an denen das Krankenhaus gemäß seinem Leistungsspektrum im Berichtsjahr teilgenommen hat. Zu jeder Angabe können Ergänzungen gemacht werden. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung

Hier können freiwillige Verfahren der externen Qualitätssicherung (z. B. freiwillige Verfahren auf Landesebene, Verfahren der Fachgesellschaften, Nutzung von Routineabrechnungsdaten) dargestellt werden. Dabei geht es insbesondere um Verfahren, die einen datengestützten Vergleich von Krankenhäusern ermöglichen.

Bei Teilnahme an mehreren Verfahren können diese jeweils nach folgender Logik dargestellt werden:

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Werden Ergebnisse von Qualitätssicherungsmaßnahmen angegeben, ist das Zustandekommen der Ergebnisse verständlich und kurz zu erläutern (gegebenenfalls Link auf Homepage z. B. der Fachgesellschaft). Da an dieser Stelle keine Rechenregeln oder Verfahren zur Risikoadjustierung vorgegeben sind, sollen die Angaben zu den einzelnen Indikatoren um die jeweils verwendete Rechenregel ergänzt werden.

Folgende Aspekte sind dabei zu berücksichtigen:

- Leistungsbereich
- Bezeichnung des Qualitätsindikators
- Ergebnis
- Messzeitraum
- Datenerhebung
- Rechenregeln
- Referenzbereiche
- Vergleichswerte
- Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage

Es gelten die Anforderungen zum Datenschutz gemäß C-1.2.[Z].

Zeichenbegrenzung: Insgesamt 2.000 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) pro Verfahren.

C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Für folgende Leistungsbereiche gelten im aktuellen Berichtsjahr die Mindestmengenregelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V:

Leistungsbereich	**Mindestmenge**
Lebertransplantation	20
Nierentransplantation	25
Komplexe Eingriffe am Organsystem Ösophagus	10
Komplexe Eingriffe am Organsystem Pankreas	10
Stammzelltransplantation	25
Kniegelenk-Totalendoprothesen	50
Versorgung von Früh- und Neugeborenen mit einem Geburtsgewicht <1250 g (bei einem Krankenhaus mit ausgewiesenem Level 1)	14

Für den Leistungsbereich „Koronarchirurgische Eingriffe“ wurde bislang keine Mindestmenge definiert, deshalb ist hierzu keine Angabe vorzunehmen.

Krankenhäuser, die mindestmengenrelevante Leistungen erbringen, geben für diese Leistungsbereiche die jeweils im Berichtsjahr erbrachte Menge an. Bei Unterschreitung der Menge ist der einschlägige Ausnahmetatbestand aus der Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Ausnahmetatbestände“ (C-5) auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Zusätzlich ist dazu anzugeben, seit wann Ausnahmetatbestände bestehen und mit welchen ergänzenden Maßnahmen gemäß § 6 der Regelungen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.) die Versorgungsqualität sichergestellt wird. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.)

An dieser Stelle ist die Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.) darzustellen. Die Einhaltung der in den Richtlinien vorgegebenen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- oder Ergebnisqualität ist Voraussetzung für die Erbringung bestimmter Leistungen.

Die Angaben sind stichtagsbezogen, d.h. zum 31. Dezember des Berichtsjahres zu machen. Werden Beschlüsse umgesetzt, so sind aus der Auswahlliste „Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 137 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V“ (C-6) die entsprechenden Nummern auszuwählen und in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Bei Angaben zu Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen ist dabei die vorgehaltene Versorgungsstufe zu berücksichtigen.

Zu jeder ausgewählten Vereinbarung bzw. Richtlinie können ergänzende Angaben gemacht werden. Diese sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.)

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nummer 1 SGB V (a.F.) darzustellen. Stichtag ist der 31. Dezember des Berichtsjahres.

Gemäß § 2 Satz 1 der FKH-R müssen fortbildungsverpflichtete Personen innerhalb von fünf Jahren an Fortbildungsmaßnahmen teilnehmen, die nach Anerkennung entsprechend dem Fortbildungszertifikat der Ärztekammern bzw. der Psychotherapeutenkammern mit insgesamt mindestens 250 Fortbildungspunkten bewertet wurden.

Alle fortbildungsverpflichteten Personen, deren fachärztliche Anerkennung bzw. psychotherapeutische Approbation mindestens fünf Jahre zurückliegt, haben den Nachweis der Erfüllung der Fortbildungspflicht zu erbringen.

Anzugeben ist die Anzahl der Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht nach den „Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte, der Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten im Krankenhaus“ unterliegen (siehe www.g-ba.de).

Aus der Gesamtanzahl der fortbildungsverpflichteten Personen ist dann die Anzahl derjenigen anzugeben, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt.

Aus dieser Gruppe ist dann die Anzahl derjenigen anzugeben, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Beispiel:

		Anzahl
1.	**Fachärzte und Fachärztinnen, psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und –psychotherapeutinnen, die der Fortbildungspflicht* unterliegen (fortbildungsverpflichtete Personen**)	.....Personen
1.1	- **Davon diejenigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt**	.....Personen
1.1.1	- **Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben**	.....Personen

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2015

Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2015

Anhang 3: Qualitätsindikatoren aus den Verfahren gemäß QSKH-RL für das Berichtsjahr 2015

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 1 zu Anlage 1:

Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2014

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

Inhaltsverzeichnis

1 Erläuterungen zur Datensatzbeschreibung 7
1.1 Erläuterungen zur Detailbeschreibung der XML-Elemente 7
1.1.1 Optionales Vorkommen von XML-Elementen 7
1.1.2 Tabellenspalten und -zeilen 8
2 Hinweise zur XML-Erzeugung 10
2.1 Kodierung in UTF-8 (*UTF-8 Encoding*) 10
2.2 Schema-Validierung (*Schema Validation*) 10
2.3 Bibliotheken und Komponenten (*Libraries and Components*) 10
Teil A 12
3 XML-Struktur Teil A – Übersicht 13
4 Element <Qualitaetsbericht> 21
4.1 Element <Einleitung> 24
4.1.1 Element <Datensatz> 25
4.1.2 Element <Software> 25
4.1.3 Element <Verantwortlicher_Erstellung> 25
4.1.4 Element <Verantwortlicher_Krankenhausleitung> 26
4.1.4.1 Element <Kontakt_Person_lang> 26
4.1.4.1 - 1 Element <Person> 27
4.1.4.1 - 1.1 Element <Telefon> 27
4.1.4.1 - 1.2 Element <Fax> 28
4.1.5 Element <Weiterfuehrende_Links> 28
4.1.5.1 Element <Link> 28
4.2 Element <Krankenhaus> 29
4.3 Element <Standort_dieses_Berichts> 29
4.4 Element <Standorte_des_Krankenhauses> 29
4.4.1 Element <Kontaktdaten> - fachabteilungsübergreifend 30
4.4.1.1 Element <Kontakt_Zugang> 31

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.4.1.2 Element <Kontakt_Adresse> 32
4.4.1.2 - 1 Element <Adresse>....32
4.4.1.3 Element <Aerztliche_Leitung> 33
4.4.1.4 Element <Pflegedienstleitung> 33
4.4.1.5 Element <Verwaltungsleitung> 33
4.5 Element <Krankenhaustraeger> 33
4.5.1 Element <Krankenhaustraeger_Art> 34
4.6 Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus> 34
4.7 Element <Psychiatrisches_Krankenhaus> 35
4.8 Element <Fallzahlen> 35
4.9 Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>....35
4.9.1 Element <MP_Leistungsangebot>....36
4.10 Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote> 36
4.10.1 Element <NM_Leistungsangebot> 37
4.10.2 Element <Zusatzangaben> 38
4.10.2.1 Element <Mediennutzung> 38
4.10.2.2 Element <Telefonnutzung> 39
4.10.2.3 Element <Parkplatznutzung> 39
4.11 Element <Barrierefreiheit> 39
4.11.1 Element <Barrierefreiheit_Aspekt>....40
4.12 Element <Akademische_Lehre>....40
4.12.1 Element <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit> 41
4.13 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe>....41
4.13.1 Element <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen>....41
4.14 Element <Personal_des_Krankenhauses> 42
4.14.1 Element <Aerzte> 42
4.14.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte> 43
4.14.1.1 - 1 Element <Fachaerzte>....44
4.14.1.2 Element <Belegaerzte> 45
4.14.1.3 Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>....45
4.14.2 Element <Pflegekraefte>....46
4.14.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger>....47
4.14.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger> 48
4.14.2.3 Element <Altenpfleger> 49
4.14.2.4 Element <Pflegeassistenten> 50
4.14.2.5 Element <Krankenpflegehelfer>....51
4.14.2.6 Element <Pflegehelfer> 52

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.14.2.7 Element <Hebammen_Entbindungspfleger> 53
4.14.2.8 Element <Operationstechnische_Assistenz> 54
4.14.3 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal> 54
4.14.3.1 Element <Therapeutisches_Personal> 55
4.15 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung> 56
4.15.1 Element <Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement> 57
4.15.2 Element <Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement> 57
4.15.2.1 Element <Lenkungsgremium> 57
4.15.3 Element <Verantwortliche_Person_Risikomanagement> 58
4.15.4 Element <Lenkungsgremium_Risikomanagement> 58
4.15.5 Element <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement> 58
4.15.5.1 Element <Instrument_Massnahme> 59
4.15.5.1 - 1 Element <Zusatzangaben_RM> 59
4.15.5.1 - 1.1 Element <SOP> 60
4.15.5.1 - 1.2 Element <Fallbesprechungen_Konferenzen> 60
4.15.5.1 - 1.2.1 Element <Fallbesprechung_Konferenz> 60
4.15.6 Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem> 61
4.15.6.1 Element <Tagungsgremium> 61
4.15.6.2 Element <Fehlermeldesystem_intern> 61
4.15.6.2 - 1 Element <System_intern> 62
4.15.6.2 - 1.1 Element <Zusatzangaben_IF> 62
4.15.7 Element <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem> 63
4.15.7.1 Element <Fehlermeldesystem_uebergreifend> 63
4.15.7.1 - 1 Element <System_uebergreifend> 63
4.15.7.1 - 1.1 Element <EF_Sonstiges> 64
4.15.8 Element <Hygienepersonal> 64
4.15.8.1 Element <Krankenhaushygieniker> 65
4.15.8.2 Element <Hygienebeauftragte_Aerzte> 65
4.15.8.3 Element <Hygienefachkraefte> 65
4.15.8.4 Element <Hygienebeauftragte_Pflege> 65
4.15.8.5 Element <Kontakt_Person_kurz> 66
4.15.9 Element <Hygienebezogenes_Risikomanagement> 66
4.15.9.1 Element <Hygiene_Instrument_Massnahme> 67
4.15.9.1 - 1 Element <Zusatzangaben_HM> 68
4.15.9.1 - 1.1 Element <Teilnahme_KISS> 69
4.15.9.1 - 1.1.1 Element <KISS_Modul> 69
4.15.10 Element <Beschwerdemanagement> 70

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.15.10.1 Element <Strukturiertes_Beschwerdemanagement> 71
4.15.10.2 Element <Schriftliches_Konzept> 71
4.15.10.3 Element <Umgang_muendliche_Beschwerden>....71
4.15.10.4 Element <Umgang_schriftliche_Beschwerden> 72
4.15.10.5 Element <Zeitziele_fuer_Rueckmeldung>....72
4.15.10.6 Element <Ansprechpartner> 73
4.15.10.6 - 1 Element <Ansprechpersonen> 73
4.15.10.7 Element <Patientenfuersprecher>....73
4.15.10.7 - 1 Element <Fuersprechpersonen> 74
4.15.10.8 Element <Anonyme_Eingabemoeglichkeiten> 74
4.15.10.9 Element <Patientenbefragungen>....74
4.15.10.10 Element <Einweiserbefragungen> 75
4.16 Element <Apparative_Ausstattung>....75
4.16.1 Element <Geraet>....76
4.17 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>....77
4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>....77
4.17.1.1 Element <Fachabteilungsschluessel>....79
4.17.1.1 - 1 Element <Sonstiger> - FA Schlüssel....79
4.17.1.2 Element <Chefaerzte> 79
4.17.1.3 Element <Zugaenge> 80
4.17.1.4 Element <Zielvereinbarungen> 80
4.17.1.4 - 1 Element <Getroffene_Zielvereinbarungen>....81
4.17.1.4 - 1.1 Element <Zielvereinbarung> 81
4.17.1.4 - 1.1.1 Element <Zielvereinbarung_OPS> 81
4.17.1.5 Element <Medizinische_Leistungsangebote> 81
4.17.1.5 - 1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot>....82
4.17.1.5 - 1.1 Element <Sonstiger> - VA VU Schlüssel....83
4.17.1.6 Element <Fallzahlen_OE> 83
4.17.1.7 Element <Hauptdiagnosen>....84
4.17.1.7 - 1 Element <Hauptdiagnose>....84
4.17.1.7 - 1.1 Element <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz> 85
4.17.1.8 Element <Prozeduren> 85
4.17.1.8 - 1 Element <Freiwillig> - Prozedur 86
4.17.1.8 - 2 Element <Verpflichtend> - Prozedur....86
4.17.1.8 - 2.1 Element <Prozedur> 87
4.17.1.8 - 2.1.1 Element <Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>....87
4.17.1.9 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten> 88

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.17.1.9 - 1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>....88
4.17.1.9 - 1.1 Element <Ambulanz>....89
4.17.1.9 - 1.1.1 Element <Leistungen_Ambulanz>....89
4.17.1.9 - 1.2 Element <Ambulanz_116b>....90
4.17.1.9 - 1.2.1 Element <Leistungen_Ambulanz_116b>....90
4.17.1.9 - 1.2.1.1 Element <Leistung>....91
4.17.1.10 Element <Ambulante_Operationen>....91
4.17.1.10 - 1 Element <Freiwillig> - Ambulante Operation....92
4.17.1.10 - 2 Element <Verpflichtend> - Ambulante Operation....92
4.17.1.10 - 2.1 Element <Ambulante_Operation>....92
4.17.1.11 Element <Personelle_Ausstattung>....93
4.17.1.11 - 1 Element <Aerztliches_Personal>....94
4.17.1.11 - 1.1 Element <Hauptabteilung>....95
4.17.1.11 - 1.2 Element <Belegabteilung>....95
4.17.1.11 - 1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>....95
4.17.1.11 - 1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>....96
4.17.1.11 - 2 Element <Aerztliche_Fachexpertisen>....96
4.17.1.11 - 2.1 Element <Fachexpertise>....96
4.17.1.11 - 3 Element <Pflegerische_Fachexpertisen>....97
4.17.1.11 - 3.1 Element <Fachexpertise_Pflege>....97
4.17.1.11 - 4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal_Psycho>....97
4.17.1.11 - 4.1 Element <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>....98
4.17.1.11 - 4.2 Element <Psychologische_Psychotherapeuten>....99
4.17.1.11 - 4.3 Element <Diplom_Psychologen>....100
4.17.1.11 - 4.4 Element <Klinische_Neuropsychologen>....101
4.18 Element <Qualitaetssicherung>....102
4.18.1 Element <QS_nach_Landesrecht>....102
4.18.1.1 Element <Leistungsbereich> - QS nach Landesrecht....103
4.18.2 Element <DMP>....103
4.18.2.1 Element <Teilnahme_DMP>....104
4.18.3 Element <Sonstige_Verfahren_Externe_QS>....104
4.18.3.1 Element <Sonstiges_Verfahren_Externe_QS>....105
4.18.4 Element <Mindestmengen>....105
4.18.4.1 Element <Leistungsbereich> - Mindestmengen....106
4.18.4.1 - 1 Element <Ausnahmetatbestand>....107
4.18.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung>....107
4.18.5.1 Element <Vereinbarung>....107

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.18.6 Element <Fortbildung> 108
Teil B 109
5 Externe Qualitätssicherung 110
5.1 Aufbau und Namenskonvention der XML-Dateien 110
5.1.1 Namenskonvention der XML-Dateien 110
5.1.2 Abschnitt C-1.1.[Y] – Dokumentationsrate 111
5.1.3 Abschnitt C-1.2.[Z] – Ergebnis 111
6 XML-Struktur Teil B – Übersicht 113
7 Element <Externe_Qualitaetssicherung> 114
7.1 Element <Dokumentationsrate> 115
7.1.1 Element <Einzige_Betriebsstaette> 116
7.1.2 Element <Betriebsstaette> 117
7.1.2.1 Element <Leistungsbereich> 119
7.1.2.1 - 1 Element <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz> 121
7.1.2.1 - 2 Element <Dokumentationsrate_Gesamtbericht_mit_Datenschutz> 121
7.1.2.2 Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche> 122
7.1.2.3 Element <Nierenchirurgische_Leistungsbereiche> 123
7.2 Element <Ergebnis> 124
7.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit> 124
7.2.2 Element <Auswertungseinheit> 124
7.2.2.1 Element <Qualitaetsindikator> 125
7.2.2.1 - 1 Element <Abgeschlossener_Strukt_Dialog> 127
7.2.2.1 - 1.1 Element <Vertrauensbereich_Krankenhaus>, Element <Vertrauensbereich_Bundesweit> 132
7.2.2.1 - 1.2 Element <Ergebnis_Gesamtbericht_mit_Datenschutz> 132
7.2.2.1 - 1.3 Element <Zaehler_Nenner> 133
7.2.2.1 - 1.4 Element <Zaehler_Nenner_Gesamtbericht_mit_Datenschutz> 133
8 Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen 134
8.1 Zusätzliche Prüfungen 134
9 Anhang 135
9.1 Liste der Leistungsbereiche für Dokumentationsraten 135
9.2 Liste der Qualitätsindikatoren 136

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

1 Erläuterungen zur Datensatzbeschreibung

In diesem Dokument wird die XML-Struktur beschrieben, in der die Datenbankversion des Qualitätsberichtes zu erstellen ist. Hierbei handelt es sich sowohl um Teil A der Datensatzbeschreibung (für XML-Daten), deren Adressat die Krankenhäuser sind, als auch um Teil B (für XML-Daten), welcher den Abschnitt C-1 betrifft. Für den Gesamtbericht gelten die Vorgaben der „Anleitung zur Datenaggregation im Gesamtbericht“ auf den Internetseiten des G-BA (`http://www.g-ba.de`).

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

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

1.1 Erläuterungen zur Detailbeschreibung der XML-Elemente

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

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

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

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

1.1.1 Optionales Vorkommen von XML-Elementen

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

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

1.1.2 Tabellenspalten und -zeilen

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

Hinweis: Dezimaltrennzeichen ist das Komma.

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

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

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

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

1 genau einmal

1..n mindestens einmal bis beliebig häufig

0..1 gar nicht oder genau einmal

0..n gar nicht oder beliebig häufig

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

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

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

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

Schlüsselwort	Beschreibung
Kein Inhalt	Leeres XML-Element
Zeichenkette	Das XML-Element darf beliebige Zeichen enthalten. Bis zu 4.000 Zeichen werden verarbeitet.
Ziffern	Das XML-Element darf eine beliebige Anzahl von Ziffern [0-9] enthalten.
max. Zeichenanzahl	Das XML-Element darf beliebige Zeichen enthalten. Die maximale Zeichenanzahl ist auf die angegebene Anzahl begrenzt.

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Schlüsselwort	Beschreibung
Schlüssel	Bei dem Inhalt des XML-Elements handelt es sich um einen Schlüssel, d.h. dieser Wert darf in diesem Zusammenhang nur genau einmal vorkommen. Dieses Schlüsselwort „Schlüssel“ kann auch zusätzlich zu einer Formatangabe oder einem Wertebereich angegeben werden.
siehe [Abschnitts-nummer]	Bei dem XML-Element handelt es sich um ein Containerelement, auf dessen Beschreibung verwiesen wird.

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

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

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

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

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

2 Hinweise zur XML-Erzeugung

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

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

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

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

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

2.2 Schema-Validierung (*Schema Validation*)

Um die Qualität der gelieferten XML-Daten zu erhöhen und unnötige Rückläufer bei der Abgabe der Qualitätsberichte zu vermeiden, sind die XML-Daten bereits im Vorfeld gegen das vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereitgestellte Schema zu erproben (`http://www.g-ba.de`).

2.3 Bibliotheken und Komponenten (*Libraries and Components*)

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

Neben kommerziellen Anbietern derartiger Bibliotheken und Komponenten - wie bspw. Microsoft mit den *Microsoft Core XML Services* (MSXML)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

(`http://www.microsoft.com/downloads/details.aspx?FamilyID=993C0BCF-3BCF-4009-BE21-27E85E1857B1`) - existieren auch freie Werkzeuge aus der Open Source Community, wie bspw. das *Apache XML Project* mit Xerces (`http://xerces.apache.org`).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Teil A

(XML-Daten der Krankenhäuser)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

3 XML-Struktur Teil A – Übersicht

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

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

```
  <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>   0..1    siehe S.35
```

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

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

```
<Elementname/>
```

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

```
<Elementname>
```

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

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

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

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

Diese Richtlinie ist nicht rechtsverbindlich in Kraft

```
<Qualitaetsbericht>                                  1       siehe S.21
  <Einleitung>                                       1       siehe S.24
    <Datensatz>                                      1       siehe S.25
    <Software>                                       1       siehe S.25
    <Verantwortlicher_Erstellung>                    1       siehe S.25
      <Kontakt_Person_lang>                          1       siehe S.26
        <Person>                                     1       siehe S.27
        <Telefon>                                    1       siehe S.27
        <Fax>                                        0..1    siehe S.28
      </Kontakt_Person_lang>
    </Verantwortlicher_Erstellung>
    <Verantwortlicher_Krankenhausleitung>            1       siehe S.26
      <Kontakt_Person_lang>                          1       siehe S.26
    </Verantwortlicher_Krankenhausleitung>
    <Weiterfuehrende_Links>                          0..1    siehe S.28
      <Link>                                         1..n    siehe S.28
    </Weiterfuehrende_Links>
  </Einleitung>
  <Krankenhaus>                                      1       siehe S.29
    <Kontaktdaten> - fachabteilungsübergreifend      1       siehe S.30
      <Kontakt_Zugang>                               1       siehe S.31
      <Kontakt_Adresse>                              0..1    siehe S.32
      <Aerztliche_Leitung>                           1       siehe S.33
        <Kontakt_Person_lang>                        1..n    siehe S.26
      </Aerztliche_Leitung>
      <Pflegedienstleitung>                          1       siehe S.33
        <Kontakt_Person_lang>                        1..n    siehe S.26
      </Pflegedienstleitung>
      <Verwaltungsleitung>                           1       siehe S.33
        <Kontakt_Person_lang>                        1..n    siehe S.26
      </Verwaltungsleitung>
    </Kontaktdaten>
  </Krankenhaus>
  <Einziger_Standort/>                               1
  <Standort_dieses_Berichts>                         1       siehe S.29
    <Kontaktdaten> - fachabteilungsübergreifend      1       siehe S.30
  </Standort_dieses_Berichts>
  <Standorte_des_Krankenhauses>                      1       siehe S.29
    <Kontaktdaten> - fachabteilungsübergreifend      1..n    siehe S.30
  </Standorte_des_Krankenhauses>
  <Krankenhaustraeger>                               1       siehe S.33
    <Krankenhaustraeger_Art>                         1       siehe S.34
  </Krankenhaustraeger>
  <Akademisches_Lehrkrankenhaus>                     0..1    siehe S.34
  <Psychiatrisches_Krankenhaus>                      0..1    siehe S.35
  <Fallzahlen>                                       1       siehe S.35
  <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>       0..1    siehe S.35
    <MP_Leistungsangebot>                            1..n    siehe S.36
  </Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>
```

```
<Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>          0..1    siehe S.36
  <NM_Leistungsangebot>                         1..n    siehe S.37
    <Zusatzangaben>                             0..1    siehe S.38
      <Mediennutzung>                           1       siehe S.38
      <Telefonnutzung>                          1       siehe S.39
      <Parkplatznutzung>                        1       siehe S.39
      Besondere_Ernaehrungsgewohnheiten         1
    </Zusatzangaben>
  </NM_Leistungsangebot>
</Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>
<Barrierefreiheit>                              0..1    siehe S.39
  <Barrierefreiheit_Aspekt>                     1..n    siehe S.40
</Barrierefreiheit>
<Akademische_Lehre>                             0..1    siehe S.40
  <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit>
                                                1..n    siehe S.41
</Akademische_Lehre>
<Ausbildung_andere_Heilberufe>                  0..1    siehe S.41
  <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen>           1..n    siehe S.41
</Ausbildung_andere_Heilberufe>
<Personal_des_Krankenhauses>                    1       siehe S.42
  <Aerzte>                                      1       siehe S.42
    <Aerzte_ohne_Belegaerzte>                   1       siehe S.43
      <Fachaerzte>                              1       siehe S.44
    </Aerzte_ohne_Belegaerzte>
    <Belegaerzte>                               1       siehe S.45
    <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>       0..1    siehe S.45
  </Aerzte>
  <Pflegekraefte>                               1       siehe S.46
    <Gesundheits_Krankenpfleger>                1       siehe S.47
    <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>          0..1    siehe S.48
    <Altenpfleger>                              0..1    siehe S.49
    <Pflegeassistenten>                         0..1    siehe S.50
    <Krankenpflegehelfer>                       0..1    siehe S.51
    <Pflegehelfer>                              0..1    siehe S.52
    <Hebammen_Entbindungspfleger>               0..1    siehe S.53
    <Operationstechnische_Assistenz>            0..1    siehe S.54
  </Pflegekraefte>
  <Spezielles_Therapeutisches_Personal>         0..1    siehe S.54
    <Therapeutisches_Personal>                  1..n    siehe S.55
  </Spezielles_Therapeutisches_Personal>
</Personal_des_Krankenhauses>
```

```
<Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>
                                                  1       siehe S.56
  <Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>
                                                  1       siehe S.57
    <Kontakt_Person_lang>                         1       siehe S.26
  </Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>
  <Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>          0..1    siehe S.57
    <Lenkungsgremium>                             1       siehe S.57
  </Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>
  <Verantwortliche_Person_Risikomanagement>       0..1    siehe S.58
    <Kontakt_Person_lang>                         1       siehe S.26
  </Verantwortliche_Person_Risikomanagement>
  <Lenkungsgremium_Risikomanagement>              0..1    siehe S.58
    <Lenkungsgremium>                             1       siehe S.57
  </Lenkungsgremium_Risikomanagement>
  <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>       0..1    siehe S.58
    <Instrument_Massnahme>                        1..n    siehe S.59
      <Zusatzangaben_RM>                          0..1    siehe S.59
      [ <SOP>                                     1       siehe S.60
      [ <Fallbesprechungen_Konferenzen>           1       siehe S.60
          <Fallbesprechung_Konferenz>             1..n    siehe S.60
        </Fallbesprechungen_Konferenzen>
      </Zusatzangaben_RM>
    </Instrument_Massnahme>
  </Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>
  <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>        0..1    siehe S.61
    <Tagungsgremium>                              0..1    siehe S.61
    <Fehlermeldesystem_intern>                    0..1    siehe S.61
      <System_intern>                             1..n    siehe S.62
        <Zusatzangaben_IF>                        1       siehe S.62
      </System_intern>
    </Fehlermeldesystem_intern>
  </Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>
  <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem>
                                                  0..1    siehe S.63
    <Fehlermeldesystem_uebergreifend>             1       siehe S.63
      <System_uebergreifend>                      1..n    siehe S.63
    </Fehlermeldesystem_uebergreifend>
    <Tagungsgremium>                              0..1    siehe S.61
  </Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem>
  <Hygienepersonal>                               0..1    siehe S.64
    <Krankenhaushygieniker>                       1       siehe S.65
    <Hygienebeauftragte_Aerzte>                   0..1    siehe S.65
    <Hygienefachkraefte>                          0..1    siehe S.65
    <Hygienebeauftragte_Pflege>                   0..1    siehe S.65
    <Hygienekommission_nicht_eingerichtet/>       1
    <Kontakt_Person_kurz>                         1       siehe S.66
      <Person>                                    1       siehe S.27
      <Telefon>                                   0..1    siehe S.27
      <Fax>                                       0..1    siehe S.28
    </Kontakt_Person_kurz>
  </Hygienepersonal>
```

```
    <Hygienebezogenes_Risikomanagement>          0..1    siehe S.66
      <Hygiene_Instrument_Massnahme>             1..n    siehe S.67
        <Zusatzangaben_HM>                       0..1    siehe S.68
          <Teilnahme_KISS>                       1       siehe S.69
            <KISS_Modul>                         1..n    siehe S.69
          </Teilnahme_KISS>
        </Zusatzangaben_HM>
      </Hygiene_Instrument_Massnahme>
    </Hygienebezogenes_Risikomanagement>
    <Beschwerdemanagement>                       0..1    siehe S.70
      <Strukturiertes_Beschwerdemanagement>      1       siehe S.71
      <Schriftliches_Konzept>                    1       siehe S.71
      <Umgang_muendliche_Beschwerden>            1       siehe S.71
      <Umgang_schriftliche_Beschwerden>          1       siehe S.72
      <Zeitziele_fuer_Rueckmeldung>              1       siehe S.72
      <Ansprechpartner>                          0..1    siehe S.73
        <Ansprechpersonen>                       1       siehe S.70
          <Kontakt_Person_lang>                  1..n    siehe S.26
        </Ansprechpersonen>
      </Ansprechpartner>
      <Patientenfuersprecher>                    0..1    siehe S.73
        <Fuersprechpersonen>                     1       siehe S.74
          <Kontakt_Person_lang>                  1..n    siehe S.26
        </Fuersprechpersonen>
      </Patientenfuersprecher>
      <Anonyme_Eingabemoeglichkeiten>            1       siehe S.74
      <Patientenbefragungen>                     1       siehe S.74
      <Einweiserbefragungen>                     1       siehe S.75
    </Beschwerdemanagement>
  </Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>
  <Apparative_Ausstattung>                       0..1    siehe S.75
    <Geraet>                                     1..n    siehe S.76
  </Apparative_Ausstattung>
```

Diese Richtlinie

```
<Organisationseinheiten_Fachabteilungen>      1       siehe S.77
  <Organisationseinheit_Fachabteilung>        1..n    siehe S.77
    <Chefaerzte>                              0..1    siehe S.79
      <Kontakt_Person_lang>                   1..n    siehe S.26
    </Chefaerzte>
    <Zugaenge>                                0..1    siehe S.80
      <Kontakt_Zugang>                        1..n    siehe S.31
    </Zugaenge>
    <Zielvereinbarungen>                      1       siehe S.80
    ┌<Zielvereinbarung_eingehalten/>          1
    ├<Keine_Zielvereinbarung_geschlossen/>    1
    └<Getroffene_Zielvereinbarungen>          1       siehe S.81
        <Zielvereinbarung>                    1..n    siehe S.81
           <Zielvereinbarung_OPS>             1..n    siehe S 81
      </Getroffene_Zielvereinbarungen>
    </Zielvereinbarungen>
    <Fachabteilungsschluessel>                1..n    siehe S.79
    <Medizinische_Leistungsangebote>          0..1    siehe S 81
      <Medizinisches_Leistungsangebot>        1..n    siehe S.82
    </Medizinische_Leistungsangebote>
    <Barrierefreiheit>                        0..1    siehe S.39
      <Barrierefreiheit_Aspekt>               1..n    siehe S.40
    </Barrierefreiheit>
    <Fallzahlen_OE>                           1       siehe S.83
  ┌<Hauptdiagnosen>                           1       siehe S.84
  │  <Hauptdiagnose>                          1..n    siehe S.84
  │</Hauptdiagnosen>
  └<Keine_Hauptdiagnose/>                     1
    <Prozeduren>                              1       siehe S.85
    ┌<Keine_Erbracht/>                        1
    ├<Freiwillig>                             1       siehe S.86
    │  <Prozedur>                             0..n    siehe S.87
    │</Freiwillig>
    └<Verpflichtend>                          1       siehe S.86
        <Prozedur>                            1..n    siehe S.87
      </Verpflichtend>
    </Prozeduren>
    <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>     0..1    siehe S.88
      <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>     1..n    siehe S.88
      ┌<Ambulanz>                             1       siehe S.89
      │  <Leistungen_Ambulanz>                0..1    siehe S.89
      │    <Medizinisches_Leistungsangebot>   1..n    siehe S.82
      │  </Leistungen_Ambulanz>
      │</Ambulanz>
      └<Ambulanz_116b>                        1       siehe S.90
         <Leistungen_Ambulanz_116b>           0..1    siehe S.90
           <Leistung>                         1..n    siehe S.91
         </Leistungen_Ambulanz_116b>
       </Ambulanz_116b>
      </Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>
    </Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>
```

```
<Ambulante_Operationen>                          1       siehe S.91
  <Keine_Erbracht/>                              1
  <Freiwillig>                                   1       siehe S.92
    <Ambulante_Operation>                        0..n    siehe S.92
  </Freiwillig>
  <Verpflichtend>                                1       siehe S.92
    <Ambulante_Operation>                        1..n    siehe S.92
  </Verpflichtend>
</Ambulante_Operationen>
<Personelle_Ausstattung>                         1       siehe S.93
  <Aerztliches_Personal>                         1       siehe S.94
    <Hauptabteilung>                             1       siehe S.95
      <Aerzte_ohne_Belegaerzte>                  1       siehe S.43
        <Fachaerzte>                             1       siehe S.44
      </Aerzte_ohne_Belegaerzte>
      <Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte/>           1
    </Hauptabteilung>
    <Belegabteilung>                             1       siehe S.95
      <Belegaerzte>                              1       siehe S.45
    </Belegabteilung>
    <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>             1       siehe S.95
      <Aerzte_ohne_Belegaerzte>                  1       siehe S.43
        <Fachaerzte>                             1       siehe S.44
      </Aerzte_ohne_Belegaerzte>
      <Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte/>           1
      <Belegaerzte>                              1       siehe S.45
    </Gemischte_Haupt_Belegabteilung>
    <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>             1       siehe S.96
      <Aerzte_ohne_Belegaerzte>                  1       siehe S.43
        <Fachaerzte>                             1       siehe S.44
      </Aerzte_ohne_Belegaerzte>
      <Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte/>           1
      <Belegaerzte>                              1       siehe S.45
    </Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>
  </Aerztliches_Personal>
  <Aerztliche_Fachexpertisen>                    0..1    siehe S.96
    <Fachexpertise>                              1..n    siehe S.96
  </Aerztliche_Fachexpertisen>
  <Pflegekraefte>                                1       siehe S.46
    <Gesundheits_Krankenpfleger>                 1       siehe S.47
    <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>           0..1    siehe S.48
    <Altenpfleger>                               0..1    siehe S.49
    <Pflegeassistenten>                          0..1    siehe S.50
    <Krankenpflegehelfer>                        0..1    siehe S.51
    <Pflegehelfer>                               0..1    siehe S.52
    <Hebammen_Entbindungspfleger>                0..1    siehe S.53
    <Operationstechnische_Assistenz>             0..1    siehe S.54
  </Pflegekraefte>                               1       siehe S.46
  <Keine_Pflegekraefte/>                         1
  <Pflegerische_Fachexpertisen>                  0..1    siehe S.97
    <Fachexpertise_Pflege>                       1..n    siehe S.97
  </Pflegerische_Fachexpertisen>
```

```
        <Spezielles_Therapeutisches_Personal_Psycho>
                                                    0..1    siehe S.97
          <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>1           siehe S.98
          <Psychologische_Psychotherapeuten>    1           siehe S.99
          <Diplom_Psychologen>                  1           siehe S.100
          <Klinische_Neuropsychologen>          1           siehe S.101
        </Spezielles_Therapeutisches_Personal_Psycho>
      </Personelle_Ausstattung>
    </Organisationseinheit_Fachabteilung>
  </Organisationseinheiten_Fachabteilungen>

  <Qualitaetssicherung>                             1       siehe S.102
    <QS_nach_Landesrecht>                           0..1    siehe S.102
      <Leistungsbereich>                            1..4    siehe S.103
    </QS_nach_Landesrecht>
    <DMP>                                           0..1    siehe S.103
      <Teilnahme_DMP>                               1..7    siehe S.104
    </DMP>
    <Sonstige_Verfahren_Externe_QS>                 0..1    siehe S.104
      <Sonstiges_Verfahren_Externe_QS>              1..n    siehe S.105
    </Sonstige_Verfahren_Externe_QS>
    <Mindestmengen>                                 0..1    siehe S.105
      <Leistungsbereich>                            1..7    siehe S.106
      [ <Ausnahmetatbestand>                        1..4    siehe S.107
      [ <Kein_Ausnahmetatbestand/>                  1
      </Leistungsbereich>
    </Mindestmengen>
    <Strukturqualitaetsvereinbarung>                0..1    siehe S.107
      <Vereinbarung>                                1..n    siehe S.107
    </Strukturqualitaetsvereinbarung>
    <Fortbildung>                                   0..1    siehe S.108
  </Qualitaetssicherung>
</Qualitaetsbericht>
```

Diese Richtlin

4 Element <Qualitaetsbericht>

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element.					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Einleitung	Informationen über den Datensatz, die verwendete Software sowie verantwortliche Personen für den Qualitätsbericht.	1	*siehe 4.1*	-	
Krankenhaus	Bezeichnung des Krankenhauses.	1	*siehe 4.2*	A-1	Wenn das Krankenhaus mehr als einen Standort hat, steht hier die Standortnummer 99, ansonsten 00.
Einziger_Standort	Dieses Element ist anzugeben, wenn dies der einzige Standort ist.	1	Kein Inhalt	A-1	
Standort_dieses_Berichts	Dieses Element ist anzugeben, wenn es mehr als einen Standort gibt.	1	*siehe 4.3*	A-1	
Standorte_des_Krankenhauses	Dieses Element ist im Gesamtbericht immer anzugeben und listet alle Standorte auf.	1	*siehe 4.4*	A-1	
Krankenhaustraeger		1	*siehe 4.5*	A-2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element.					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Akademisches_Lehrkrankenhaus	Dieses Element ist einzufügen, falls es sich um eine Universitätsklinik oder ein akademisches Lehrkrankenhaus handelt.	0..1	*siehe 4.6*	A-3	
Psychiatrisches_Krankenhaus	Dieses Element ist einzufügen, falls es sich um ein psychiatrisches Fachkrankenhaus oder ein Krankenhaus mit einer psychiatrischen Fachabteilung handelt.	0..1	*siehe 4.7*	A-4	
Anzahl_Betten	Anzahl der Betten des Krankenhauses.	1	Wertebereich: 0..20000	A-9	
Fallzahlen	Fallzahlen des Krankenhauses.	1	*siehe 4.8*	A-10	
Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote	Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.	0..1	*siehe 4.9*	A-5	
Nicht_Medizinische_Leistungsangebote	Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses.	0..1	*siehe 4.10*	A-6	
Barrierefreiheit	Aspekte der Barrierefreiheit des Krankenhauses.	0..1	*siehe 4.11*	A-7	
Akademische_Lehre	Akademische Lehre.	0..1	*siehe 4.12*	A-8.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element.					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ausbildung_andere_Heilberufe	Ausbildung in anderen Heilberufen.	0..1	*siehe 4.13*	A-8.2	
Personal_des_Krankenhauses	Ärzte und Pflegepersonal.	1	*siehe 4.14*	A-11	
Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung		1	*siehe 4.15*	A-12	
Apparative_Ausstattung		0..1	*siehe 4.16*	A-13	
Organisationseinheiten_Fachabteilungen		1	*siehe 4.17*	B	
Qualitaetssicherung		1	*siehe 4.18*	C	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

4.1 Element <Einleitung>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Datensatz	Informationen über den Datensatz.	1	*siehe 4.1.1*	-	
Software	Informationen über die verwendete Software.	1	*siehe 4.1.2*	-	
Verantwortlicher_Erstellung	Für die Erstellung des Qualitätsberichts verantwortliche Person.	1	*siehe 4.1.3*	-	
Verantwortlicher_Krankenhausleitung	Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben im Qualitätsbericht verantwortliche Person der Krankenhausleitung.	1	*siehe 4.1.4*	-	
URL_Homepage_Krankenhaus	Link zur Homepage des Krankenhauses.	0..1	Format: http/https URL nach RFC 3305	-	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
URL_Weitere_Informationen	Link zu weiteren Informationen zu diesem Qualitätsbericht (Image-Broschüren, PDF-Version dieses Berichts etc.).	0..1	Format: http/https URL nach RFC 3305	-	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Weiterfuehrende_Links		0..1	*siehe 4.1.5*	-	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.1.1 Element <Datensatz>

Elternelemente: *4.1. Element <Einleitung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Datum	Erstellungsdatum des Datensatzes.	1	Format: YYYY-MM-DD	-	
Uhrzeit	Erstellungsuhrzeit des Datensatzes.	1	Format: HH:MM:SS	-	
Sprache	Im Datensatz verwendete Sprache.	1	*Auswahlliste:* „deutsch“	-	

4.1.2 Element <Software>

Elternelemente: *4.1. Element <Einleitung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Hersteller	Name des Herstellers der Software zur Erstellung des XML.	1	Zeichenkette	-	
Produktname	Verwendete Software.	1	Zeichenkette	-	
Version	Versionsangabe zur verwendeten Software.	1	Zeichenkette	-	

4.1.3 Element <Verantwortlicher_Erstellung>

Elternelemente: *4.1. Element <Einleitung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontakt_Person_lang		1	*siehe 4.1.4.1*	-	

Diese Spezifikation-Version nicht mehr in K

4.1.4 Element <Verantwortlicher_Krankenhausleitung>

Elternelemente: *4.1. Element <Einleitung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontakt_Person_lang		1	*siehe 4.1.4.1*	-	

4.1.4.1 Element <Kontakt_Person_lang>

Elternelemente: *4.1.3 Element <Verantwortlicher_Erstellung>, 4.1.4 Element <Verantwortlicher_Krankenhausleitung>, 4.4.1.3 Element <Aerztliche_Leitung>, 4.4.1.4 Element <Pflegedienstleitung>, 4.4.1.5 Element <Verwaltungsleitung>, 4.17.1.2 Element <Chefaerzte>, 4.15.10.6 - 1 Element <Ansprechpersonen>, 4.15.10.7 - 1 Element <Fuersprechpersonen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Person		1	*siehe 4.1.4.1 - 1*	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, B-X.1	
Telefon		1	*siehe 4.1.4.1 - 1.1*	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, B-X.1	
Fax		0..1	*siehe 4.1.4.1 - 1.2*	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, B-X.1	
Email		1	Format: konto@maildomäne	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.4, B-X.1	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.1.4.1 - 1 Element <Person>

Elternelemente: *4.1.4.1 Element <Kontakt_Person_lang>, 4.15.8.5 Element <Kontakt_Person_kurz>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Titel		0..1	Zeichenkette	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.3.1, A-12.4, B-X.1	
Vorname		1	Zeichenkette	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.3.1, A-12.4, B-X.1	
Nachname		1	Zeichenkette	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.3.1, A-12.4, B-X.1	
Funktion_Arbeitsschwerpunkt		1	Zeichenkette	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.3.1, A-12.4, B-X.1	

4.1.4.1 - 1.1 Element <Telefon>

Elternelemente: *4.1.4.1 Element <Kontakt_Person_lang>, 4.15.8.5 Element <Kontakt_Person_kurz>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Vorwahl		1	Zeichenkette	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.3.1, A-12.4, B-X.1	
Rufnummer		1	Ziffern	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.3.1, A-12.4, B-X.1	
Durchwahl		0..1	Ziffern	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.3.1, A-12.4, B-X.1	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in K

4.1.4.1 - 1.2 Element <Fax>

Elternelemente: *4.1.4.1 Element <Kontakt_Person_lang>, 4.15.8.5 Element <Kontakt_Person_kurz>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Vorwahl		1	Zeichenkette	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.3.1, A-12.4, B-X.1	
Rufnummer		1	Ziffern	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.3.1, A-12.4, B-X.1	
Durchwahl		0..1	Ziffern	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.3.1, A-12.4, B-X.1	

4.1.5 Element <Weiterfuehrende_Links>

Elternelemente: *4.1. Element <Einleitung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Link		1..n	*siehe 4.1.5.1*	-	

4.1.5.1 Element <Link>

Elternelemente: *4.1.5. Element <Weiterfuehrende_Links>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
URL		1	Format: http/https URL nach RFC 3305	-	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Beschreibung		0..1	Zeichenkette	-	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.2 Element <Krankenhaus>

Elternelemente: ***4. Element <Qualitaetsbericht>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontaktdaten	Fachabteilungsübergreifende Kontaktdaten des Kranken-hauses.	1	*siehe 4.4.1*	A-1	

4.3 Element <Standort_dieses_Berichts>

Elternelemente: ***4. Element <Qualitaetsbericht>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontaktdaten	Fachabteilungsübergreifende Kontaktdaten des Standorts dieses Berichts.	1	*siehe 4.4.1*	A-1	

4.4 Element <Standorte_des_Krankenhauses>

Elternelemente: ***4. Element <Qualitaetsbericht>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontaktdaten	Fachabteilungsübergreifende Kontaktdaten.	1..n	*siehe 4.4.1*	A-1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.4.1 Element <Kontaktdaten> - fachabteilungsübergreifend

Elternelemente: *4.2. Element <Krankenhaus>, 4.4. Element <Standorte_des_Krankenhauses>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Name	Name des Krankenhauses oder des Standorts.	1	Zeichenkette	A-1	
IK	Institutionskennzeichen des Krankenhauses, das sowohl für die Identifikation bei der Annahmestelle als auch bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird.	1	Format: 999999999	A-1	
IK_Weitere	Weitere relevante Institutionskennzeichen.	0..n	Format: 999999999	A-1	
Standortnummer		1	Format: 99	A-1	00 bei Krankenhäusern mit nur einem Standort; 99 beim Gesamtbericht; ansonsten die interne laufende Nummer des Standorts.
Kontakt_Zugang	Die Hausanschrift.	1	*siehe 4.4.1.1*	A-1	
Kontakt_Adresse	Die Postanschrift.	0..1	*siehe 4.4.1.2*	A-1	
Aerztliche_Leitung		1	*siehe 4.4.1.3*	A-1	
Pflegedienstleitung		1	*siehe 4.4.1.4*	A-1	
Verwaltungsleitung		1	*siehe 4.4.1.5*	A-1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.4.1.1 Element <Kontakt_Zugang>

Elternelemente: *4.4.1 Element <Kontaktdaten>, 4.17.1.3 Element <Zugaenge>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Strasse		1	Zeichenkette	A-1, B-X.1	
Hausnummer		1	Zeichenkette	A-1, B-X.1	Da dieses Feld ein Pflichtfeld ist, muss für den Fall, dass keine Hausnummer existiert, ein Unterstrich „_“ angegeben werden. Dieses Zeichen darf bei Visualisierung der Daten nicht dargestellt werden.
Postleitzahl	Gemeint ist die Zustell-Postleitzahl.	1	Format[1]: 99999	A-1, B-X.1	
Ort		1	Zeichenkette	A-1, B-X.1	
URL_Zugang		0..1	Format: http/https URL nach RFC 3305	A-1, B-X.1	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

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

4.4.1.2 Element <Kontakt_Adresse>

Elternelemente: *4.4.1 Element <Kontaktdaten>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Adresse		1	*siehe 4.4.1.2 - 1*	A-1, B-X.1	
Postfach		1	Zeichenkette	A-1, B-X.1	
Postleitzahl		1	Format[2]: 99999	A-1, B-X.1	
Ort		1	Zeichenkette	A-1, B-X.1	

4.4.1.2 - 1 Element <Adresse>

Elternelemente: *4.4.1.2 Element <Kontakt_Adresse>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Strasse		1	Zeichenkette	A-1, B-X.1	
Hausnummer		0..1	Zeichenkette	A-1, B-X.1	
Adresszusatz		0..1	Zeichenkette	A-1, B-X.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

4.4.1.3 Element <Aerztliche_Leitung>

Elternelemente: *4.4.1 Element <Kontaktdaten>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontakt_Person_lang		1..n	*siehe 4.1.4.1*	A-1	

4.4.1.4 Element <Pflegedienstleitung>

Elternelemente: *4.4.1 Element <Kontaktdaten>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontakt_Person_lang		1..n	*siehe 4.1.4.1*	A-1	

4.4.1.5 Element <Verwaltungsleitung>

Elternelemente: *4.4.1 Element <Kontaktdaten>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontakt_Person_lang		1..n	*siehe 4.1.4.1*	A-1	

4.5 Element <Krankenhaustraeger>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Name	Name des Krankenhaus-trägers.	1	Zeichenkette	A-2	
Krankenhaustraeger_Art	Art des Krankenhausträ-gers.	1	*siehe 4.5.1*	A-2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.5.1 Element <Krankenhaustraeger_Art>

Elternelemente: *4.5 Element <Krankenhaustraeger>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Art	Art des Krankenhausträgers.	1	*Auswahlliste* (nach Anlage 1 A-2): „freigemeinnützig“, „öffentlich“, „privat“.	A-2	
Sonstiges	Wenn die Art des Krankenhausträgers nicht einer der drei Kategorien „freigemeinnützig, öffentlich, privat“ zuzuordnen ist, ist im Feld „Sonstiges“ die Art des Krankenhausträgers anzugeben.	1	Zeichenkette	A-2	

4.6 Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Name_Universitaet	Name und Ort der Universität.	1	Zeichenkette	A-3	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in K

4.7 Element <Psychiatrisches_Krankenhaus>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Versorgungsverpflichtung_Psychiatrie	Dieses Element ist einzufügen, falls bei einem psychiatrischen Fachkrankenhaus oder einem Krankenhaus mit einer psychiatrischen Fachabteilung eine regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie besteht.	0..1	kein Inhalt	A-4	

4.8 Element <Fallzahlen>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Vollstationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0..1000000	A-10	
Teilstationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0..1000000	A-10	
Ambulante_Fallzahl	Ambulante Fallzahl in Fallzählweise.	1	Wertebereich: 0..20000000	A-10	

4.9 Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
MP_Leistungsangebot	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot.	1..n	*siehe 4.9.1*	A-5	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

4.9.1 Element <MP_Leistungsangebot>

Elternelemente: *4.9 Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
MP_Schluessel	Schlüssel-Nr. des medizinisch-pflegerischen Leistungsangebots.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote (A-5)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nm. zulässig.	A-5	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <MP_Leistungsangebot> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-5	

4.10 Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
NM_Leistungsangebot	Allgemeines nicht-medizinisches Leistungsangebot.	1..n	*siehe 4.10.1*	A-6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.10.1 Element <NM_Leistungsangebot>

Elternelemente: *4.10 Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
NM_Schluessel	Schlüssel-Nr. des nicht-medizinischen Leistungs-angebots.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsange-bote (A-6)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	A-6	Der Wert darf bei der Wiederholung des Ele-ments <NM_Leistungsangebot> nur genau einmal vor-kommen (Eindeutigkeit).
Zusatzangaben	Zusatzangaben zu ausge-wählten Leistungsangebo-ten.	0..1	*siehe 4.10.2*	A-6	Zusatzangaben zu den Leistungsangeboten gemäß Auswahlliste (Anhang 2) sind ver-pflichtend. **(!)** Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-6	
URL	Zum Beispiel Link zur Website mit aktuellen An-gaben.	0..1	Format: http/https URL nach RFC 3305	A-6	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudi-mentär validiert.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.10.2 Element <Zusatzangaben>

Elternelemente: *4.10.1 Element <NM_Leistungsangebot>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Mediennutzung	Kosten für Fernseher oder sonstige Mediennutzung.	1	*siehe 4.10.2.1*	A-6	
Telefonnutzung	Kosten für Telefonnutzung.	1	*siehe 4.10.2.2*	A-6	
Parkplatznutzung	Parkgebühren.	1	*siehe 4.10.2.3*	A-6	
Besondere_Ernaehrungsgewohnheiten	Angebote für besondere Ernährungsgewohnheiten.	1	max. Zeichenanzahl: 300	A-6	

4.10.2.1 Element <Mediennutzung>

Elternelemente: *4.10.2. Element <Zusatzangaben>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kosten_pro_Tag	Kosten pro Tag, in Euro.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..100,00	A-6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.10.2.2 Element <Telefonnutzung>

Elternelemente: *4.10.2. Element <Zusatzangaben>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kosten_pro_Tag	Kosten pro Tag, in Euro.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..100,00	A-6	
Kosten_pro_Minute_ins_deutsche_Festnetz	Kosten eines Telefonats pro Minute ins deutsche Festnetz, in Euro.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..100,00	A-6	
Kosten_pro_Minute_bei_eintreffenden_Anrufen	Kosten eines Telefonats bei eintreffenden Anrufen, in Euro.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..100,00	A-6	

4.10.2.3 Element <Parkplatznutzung>

Elternelemente: *4.10.2. Element <Zusatzangaben>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kosten_pro_Stunde_Max	Kosten pro Stunde, in Euro. Hier ist der Maximalbetrag einzutragen.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..100,00	A-6	
Kosten_pro_Tag_Max	Kosten pro Tag, in Euro. Hier ist der Maximalbetrag einzutragen.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..100,00	A-6	

4.11 Element <Barrierefreiheit>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>, 4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Barrierefreiheit_Aspekt	Aspekt der Barrierefreiheit.	1..n	*siehe 4.11.1*	A-7, B-X.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.11.1 Element <Barrierefreiheit_Aspekt>

Elternelemente: *4.11 Element <Barrierefreiheit>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
BF_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Aspekts der Barrierefreiheit.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit (A-7 und B-X.4)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	A-7, B-X.4	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Barrierefreiheit_Aspekt> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). **(!)** Für das Krankenhaus (unter A-7) angegebene Aspekte, dürfen unter den Organisationseinheiten (B-X.4) **nicht** wiederholt werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-7, B-X.4	

4.12 Element <Akademische_Lehre>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit	Akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten.	1..n	*siehe 4.12.1*	A-8.1	

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in K

4.12.1 Element <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit>

Elternelemente: *4.12 Element <Akademische_Lehre>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
FL_Schluessel	Schlüssel-Nr. der akademischen Lehre bzw. weiteren wissenschaftlichen Tätigkeit.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Forschung und akademische Lehre (A-8.1)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	A-8.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-8.1	

4.13 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ausbildung_in_anderen_Heilberufen	Ausbildung in anderen Heilberufen.	1..n	*siehe 4.13.1*	A-8.2	

4.13.1 Element <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen>

Elternelemente: *4.13 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
HB_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Ausbildung in anderen Heilberufen.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen (A-8.2)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	A-8.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

Elternelemente: ***4.13 Element <Ausbildung_andere_Heilberufe>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-8.2	

4.14 Element <Personal_des_Krankenhauses>

Elternelemente: ***4. Element <Qualitaetsbericht>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Aerzte		1	*siehe 4.14.1*	A-11.1	
Pflegekraefte		1	*siehe 4.14.2*	A-11.2	
Spezielles_Therapeutisches_Personal		0..1	*siehe 4.14.3*	A-11.3	

4.14.1 Element <Aerzte>

Elternelemente: ***4.14 Element <Personal_des_Krankenhauses>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Aerzte_ohne_Belegaerzte	Anzahl Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	*siehe 4.14.1.1*	A-11.1	
Belegaerzte	Anzahl Belegärzte.	1	*siehe 4.14.1.2*	A-11.1	
Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung	Anzahl Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind.	0..1	*siehe 4.14.1.3*	A-11.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

4.14.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>

Elternelemente: *4.14.1 Element <Aerzte>, 4.17.1.11 - 1.1 Element <Hauptabteilung>, 4.17.1.11 - 1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>, 4.17.1.11 - 1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl	Anzahl Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..5000,00	A-11.1, B-X.11.1	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.1	**(!)** Darf bei A-11.1 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.1 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.1, B-X.11.1	
Fachaerzte	Davon Fachärzte.	1	*siehe 4.14.1.1 - 1*	A-11.1, B-X.11.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in

4.14.1.1 - 1 Element <Fachaerzte>

Elternelemente: *4.14.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl	Anzahl der Fachärzte von den Ärzten insgesamt ohne Belegärzte.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..5000,00	A-11.1, B-X.11.1	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.1	**(!)** Darf bei A-11.1 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.1 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.1, B-X.11.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.14.1.2 Element <Belegaerzte>

Elternelemente: *4.14.1 Element <Aerzte>, 4.17.1.11 - 1.2 Element <Belegabteilung>, 4.17.1.11 - 1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>, 4.17.1.11 - 1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl	Anzahl Belegärzte.	1	Wertebereich: 0..5000	A-11.1, B-X.11.1	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.1	**(!)** Darf bei A-11.1 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.1 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.1, B-X.11.1	

4.14.1.3 Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>

Elternelemente: *4.14.1 Element <Aerzte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl	Anzahl Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,10..5000,00	A-11.1	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.1	

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in

4.14.2 Element <Pflegekraefte>

Elternelemente: *4.14 Element <Personal_des_Krankenhauses>, 4.17.1.11 Element <Personelle_Ausstattung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Gesundheits_Krankenpfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	1	*siehe 4.14.2.1*	A-11.2, B-X.11.2	
Gesundheits_Kinderkrankenpfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	0..1	*siehe 4.14.2.2*	A-11.2, B-X.11.2	
Altenpfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	0..1	*siehe 4.14.2.3*	A-11.2, B-X.11.2	
Pflegeassistenten	2 Jahre Ausbildungsdauer	0..1	*siehe 4.14.2.4*	A-11.2, B-X.11.2	
Krankenpflegehelfer	1 Jahr Ausbildungsdauer	0..1	*siehe 4.14.2.5*	A-11.2, B-X.11.2	
Pflegehelfer	ab 200 Std. Basiskurs	0..1	*siehe 4.14.2.6*	A-11.2, B-X.11.2	
Hebammen_Entbindungspfleger	3 Jahre Ausbildungsdauer	0..1	*siehe 4.14.2.7*	A-11.2, B-X.11.2	
Operationstechnische_Assistenz	3 Jahre Ausbildungsdauer	0..1	*siehe 4.14.2.8*	A-11.2, B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.14.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger>

Elternelemente: *4.14.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11.2, B-X.11.2	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.2	**(!)** Darf bei A-11.2 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.2 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.2, B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.14.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>

Elternelemente: *4.14.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11.2, B-X.11.2	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.2	**(!)** Darf bei A-11.2 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.2 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.2, B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.14.2.3 Element <Altenpfleger>

Elternelemente: *4.14.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11.2, B-X.11.2	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.2	**(!)** Darf bei A-11.2 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.2 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.2, B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.14.2.4 Element <Pflegeassistenten>

Elternelemente: *4.14.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11.2, B-X.11.2	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.2	**(!)** Darf bei A-11.2 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.2 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.2, B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.14.2.5 Element <Krankenpflegehelfer>

Elternelemente: *4.14.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11.2, B-X.11.2	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.2	**(!)** Darf bei A-11.2 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.2 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.2, B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.14.2.6 Element <Pflegehelfer>

Elternelemente: *4.14.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11.2, B-X.11.2	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.2	**(!)** Darf bei A-11.2 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.2 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.2, B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.14.2.7 Element <Hebammen_Entbindungspfleger>

Elternelemente: *4.14.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Wertebereich: 0..10000	A-11.2, B-X.11.2	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.2	**(!)** Darf bei A-11.2 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.2 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.2, B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.14.2.8 Element <Operationstechnische_Assistenz>

Elternelemente: *4.14.2 Element <Pflegekraefte>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11.2, B-X.11.2	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften bzw. Personen. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.2	**(!)** Darf bei A-11.2 nicht vorkommen und muss bei B-X.11.2 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.2, B-X.11.2	

4.14.3 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>

Elternelemente: *4.14 Element <Personal_des_Krankenhauses>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Therapeutisches_Personal	Spezielles therapeutisches Personal.	1..n	*siehe 4.14.3.1*	A-11.3	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in K

4.14.3.1 Element <Therapeutisches_Personal>

Elternelemente: *4.14.3 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
SP_Schluessel	Schlüssel-Nr. des speziellen therapeutischen Personals.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal (A-11.3)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	A-11.3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Therapeutisches_Personal> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Anzahl	Anzahl Vollkräfte.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11.3	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15 Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement		1	*siehe 4.15.1*	A-12.1.1	
Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement		0..1	*siehe 4.15.2*	A-12.1.2	
Verantwortliche_Person_Risikomanagement		0..1	*siehe 4.15.3*	A-12.2.1	Bei Auswahl „entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement“ in der Software muss die Software die Daten aus A12.1.1 übernehmen!
Lenkungsgremium_Risikomanagement		0..1	*siehe 4.15.4*	A-12.2.2	Bei Auswahl „entspricht den Angaben zum Qualitätsmanagement“ in der Software muss die Software die Daten aus A12.1.2 übernehmen!
Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement		0..1	*siehe 4.15.5*	A-12.2.3	
Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem		0..1	*siehe 4.15.6*	A-12.2.3.1	
Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem		0..1	*siehe 4.15.7*	A-12.2.3.2	
Hygienepersonal		0..1	*siehe 4.15.8*	A-12.3.1	
Hygienebezogenes_Risikomanagement		0..1	*siehe 4.15.9*	A-12.3.2	
Beschwerdemanagement		0..1	*siehe 4.15.10*	A-12.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.1 Element <Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>

Elternelemente: *4.15. Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontakt_Person_lang		1	*siehe 4.1.4.1*	A-12.1.1	

4.15.2 Element <Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>

Elternelemente: *4.15. Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Lenkungsgremium		1	*siehe 4.15.2.1*	A-12.1.2	

4.15.2.1 Element <Lenkungsgremium>

Elternelemente: *4.15.2. Element <Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>, 4.15.4. Element <Lenkungsgremium_Risikomanagement>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Beteiligte_Abteilungen_Funktionsbereiche		1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.1.2, A-12.2.2	
Tagungsfrequenz		1	*Auswahlliste* (nach Anlage 1 A-12.2): „wöchentlich“, „monatlich“, „quartalsweise“, „halbjährlich“, „jährlich“, „bei Bedarf“, „andere Frequenz“.	A-12.1.2, A-12.2.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.3 Element <Verantwortliche_Person_Risikomanagement>

Elternelemente: *4.15. Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontakt_Person_lang		1	*siehe 4.1.4.1*	A-12.2.1	

4.15.4 Element <Lenkungsgremium_Risikomanagement>

Elternelemente: *4.15. Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Lenkungsgremium		1	*siehe 4.15.2.1*	A-12.2.2	

4.15.5 Element <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>

Elternelemente: *4.15. Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Instrument_Massnahme		1..n	*siehe 4.15.5.1*	A-12.2.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.5.1 Element <Instrument_Massnahme>

Elternelemente: *4.15.5. Element <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
RM_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Instruments bzw. der Maßnahme.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen“ (A-12.2.3) im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	A-12.2.3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Instrument_Massnahme> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Zusatzangaben_RM	Zusatzangaben zu ausgewählten Instrumenten bzw. Maßnahmen.	0..1	*siehe 4.15.5.1 - 1*	A-12.2.3	Zusatzangaben zu den Leistungsangeboten gemäß Auswahlliste (Anhang 2) sind verpflichtend. **(!)** Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

4.15.5.1 - 1 Element <Zusatzangaben_RM>

Elternelemente: *4.15.5.1. Element <Instrument_Massnahme>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
SOP	Verfahrensbeschreibungen bzw. Standard Operating Procedures.	1	*siehe 4.15.5.1 - 1.1*	A-12.2.3	Bei Auswahl „Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01)“ in Software muss die Software Name und Datum aus RM01 hier einsetzen!
Fallbesprechungen_Konferenzen		1	*siehe 4.15.5.1 - 1.2*	A-12.2.3	

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in K

4.15.5.1 - 1.1 Element <SOP>

Elternelemente: *4.15.5.1 - 1. Element <Zusatzangaben_RM>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Name	Name der Verfahrensbeschreibung/SOP.	1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.2.3	
Datum	Datum der letzten Aktualisierung.	1	Format: YYYY-MM-DD	A-12.2.3	

4.15.5.1 - 1.2 Element <Fallbesprechungen_Konferenzen>

Elternelemente: *4.15.5.1 - 1. Element <Zusatzangaben_RM>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Fallbesprechung_Konferenz		1..n	*siehe 4.15.5.1 - 1.2.1*	A-12.2.3	

4.15.5.1 - 1.2.1 Element <Fallbesprechung_Konferenz>

Elternelemente: *4.15.5.1 - 1.2. Element <Fallbesprechungen_Konferenzen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Art		1	*Auswahlliste* (nach Anlage 1 A-12.2.3): „Tumorkonferenzen“, „Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen“, „Pathologiebesprechungen“, „Palliativbesprechungen“, „Qualitätszirkel“.	A-12.2.3	
Andere		1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.2.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.6 Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>

Elternelemente: *4.15. Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Tagungsgremium		0..1	*siehe 4.15.6.1*	A-12.2.3.1	
Massnahmen		1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.2.3.1	
Fehlermeldesystem_intern		1	*siehe 4.15.6.2*	A-12.2.3.1	

4.15.6.1 Element <Tagungsgremium>

Elternelemente: *4.15.6. Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>,* *4.15.7. Element <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Tagungsfrequenz		1	*Auswahlliste* (nach Anlage 1 A-12.2.3): „wöchentlich“, „monatlich“, „quartalsweise“, „halbjährlich“, „jährlich“, „bei Bedarf“, „andere Frequenz“.	A-12.2.3.1, A-12.2.3.2	

4.15.6.2 Element <Fehlermeldesystem_intern>

Elternelemente: *4.15.6. Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
System_intern		1..n	*siehe 4.15.6.2 - 1*	A-12.2.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.6.2 - 1 Element <System_intern>

Elternelemente: *4.15.6.2. Element <Fehlermeldesystem_intern>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
IF_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Instruments bzw. der Maßnahme.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems“ (A-12.2.3.1) im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	A-12.2.3.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <System_intern> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Zusatzangaben_IF	Zusatzangaben zu den Instrumenten bzw. Maßnahmen.	1	*siehe 4.15.6.2 - 1.1*	A-12.2.3.1	

4.15.6.2 - 1.1 Element <Zusatzangaben_IF>

Elternelemente: *4.15.6.2 - 1. Element <System_intern>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Datum		1	Format: YYYY-MM-DD	A-12.2.3.1	
Frequenz		1	*Auswahlliste* (nach Anlage 1 A-12.2.3.1): „monatlich“, „quartalsweise“, „halbjährlich“, „jährlich“, „bei Bedarf“.	A-12.2.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

4.15.7 Element <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem>

Elternelemente: *4.15. Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Fehlermeldesystem_uebergreifend		1	*siehe 4.15.7.1*	A-12.2.3.2	
Tagungsgremium		0..1	*siehe 4.15.6.1*	A-12.2.3.2	

4.15.7.1 Element <Fehlermeldesystem_uebergreifend>

Elternelemente: *4.15.7. Element <Einrichtungsuebergreifendes_Fehlermeldesystem>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
System_uebergreifend		1..n	*siehe 4.15.7.1 - 1*	A-12.2.3.2	

4.15.7.1 - 1 Element <System_uebergreifend>

Elternelemente: *4.15.7.1. Element <Fehlermeldesystem_uebergreifend>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
EF_Schluessel	Schlüssel-Nr. des einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystems.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen“ (A-12.2.3.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	A-12.2.3.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <System_uebergreifend> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
EF_Sonstiges	Sonstiges einrichtungsübergreifendes Fehlermeldesystem.	1	*siehe 4.15.7.1 - 1.1*	A-12.2.3.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.7.1 - 1.1 Element <EF_Sonstiges>

Elternelemente: *4.15.7.1 - 1. Element <System_uebergreifend>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
EF_Sonstiges_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. des einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystems.	1	„EF00“	A-12.2.3.2	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <System_uebergreifend> mehrfach aufgeführt werden.
Erlaeuterungen		1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.2.3.2	

4.15.8 Element <Hygienepersonal>

Elternelemente: *4.15. Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Krankenhaushygieniker		1	*siehe 4.15.8.1*	A-12.3.1	
Hygienebeauftragte_Aerzte		0..1	*siehe 4.15.8.2*	A-12.3.1	
Hygienefachkraefte		0..1	*siehe 4.15.8.3*	A-12.3.1	
Hygienebeauftragte_Pflege		0..1	*siehe 4.15.8.4*	A-12.3.1	
Hygienekommission_nicht_eingerichtet	Eine Hygienekommission wurde noch nicht eingerichtet.	1	Kein Inhalt	A-12.3.1	
Kontakt_Person_kurz	Eine Hygienekommission wurde eingerichtet. Name und Kontaktdaten des Vorsitzenden.	1	*siehe 4.15.8.5*	A-12.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.8.1 Element <Krankenhaushygieniker>

Elternelemente: *4.15.8 Element <Hygienepersonal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Wertebereich: 0..5000	A-12.3.1	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.1	

4.15.8.2 Element <Hygienebeauftragte_Aerzte>

Elternelemente: *4.15.8 Element <Hygienepersonal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Wertebereich: 0..5000	A-12.3.1	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.1	

4.15.8.3 Element <Hygienefachkraefte>

Elternelemente: *4.15.8 Element <Hygienepersonal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Wertebereich: 0..5000	A-12.3.1	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.1	

4.15.8.4 Element <Hygienebeauftragte_Pflege>

Elternelemente: *4.15.8 Element <Hygienepersonal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl		1	Wertebereich: 0..5000	A-12.3.1	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.8.5 Element <Kontakt_Person_kurz>

Elternelemente: *4.15.8 Element <Hygienepersonal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Person		1	*siehe 4.1.4.1 - 1*	A-12.3.1	
Telefon		0..1	*siehe 4.1.4.1 - 1.1*	A-12.3.1	
Fax		0..1	*siehe 4.1.4.1 - 1.2*	A-12.3.1	
Email		0..1	Format: konto@maildomäne	A-12.3.1	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

4.15.9 Element <Hygienebezogenes_Risikomanagement>

Elternelemente: *4.15. Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Hygiene_Instrument_Massnahme		1..n	*siehe 4.15.9.1*	A-12.3.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.9.1 Element <Hygiene_Instrument_Massnahme>

Elternelemente: *4.15.9. Element <Hygienebezogenes_Risikomanagement>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
HM_Schluessel		1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen" (A-12.3.2) im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	A-12.3.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Hygiene_Instrument_Massnahme> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Zusatzangaben_HM		0..1	*siehe 4.15.9.1 - 1*	A-12.3.2	Zusatzangaben zu den Leistungsangeboten gemäß Auswahlliste (Anhang 2) sind verpflichtend. **(!)** Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.9.1 - 1 Element <Zusatzangaben_HM>

Elternelemente: ***4.15.9.1. Element <Hygiene_Instrument_Massnahme>***

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
URL_Bericht_zu_Infektionsraten	Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten.	1	Format: http/https URL nach RFC 3305	A-12.3.2	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Teilnahme_KISS	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS).	1	*siehe 4.15.9.1 - 1.1*	A-12.3.2	
Name	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen.	1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.3.2	
Teilnahme_ASH	Teilnahme an der „Aktion Saubere Hände“ (ASH).	1	*Auswahlliste* (nach Anlage 1 A-12.3.2): „Teilnahme (ohne Zertifikat)“, „Zertifikat Bronze“, „Zertifikat Silber“, „Zertifikat Gold“.	A-12.3.2	
Frequenz	Tagungsfrequenz der Hygienekommission.	1	*Auswahlliste* (nach Anlage 1 A-12.3.2): „monatlich“, „quartalsweise“, „halbjährlich“, „jährlich“, „bei Bedarf“.	A-12.3.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.9.1 - 1.1 Element <Teilnahme_KISS>

Elternelemente: *4.15.9.1 - 1. Element <Zusatzangaben_HM>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
KISS_Modul		1..n	*siehe 4.15.9.1 - 1.1.1*	A-12.3.2	

4.15.9.1 - 1.1.1 Element <KISS_Modul>

Elternelemente: *4.15.9.1 - 1.1. Element <Teilnahme_KISS>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Name		1	*Auswahlliste* (nach Anlage 1 A-12.3.2): „AMBU-KISS“, „CDAD-KISS“, „DEVICE-KISS“, „HAND-KISS“, „ITS-KISS“, „MRSA-KISS“, „NEO-KISS“, „ONKO-KISS“, „OP-KISS“, „STATIONS-KISS“, „SARI“.	A-12.3.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.10 Element <Beschwerdemanagement>

Elternelemente: *4.15. Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Strukturiertes_Beschwerdemanagement		1	*siehe 4.15.10.1*	A-12.4	
Schriftliches_Konzept		1	*siehe 4.15.10.2*	A-12.4	
Umgang_muendliche_Beschwerden		1	*siehe 4.15.10.3*	A-12.4	
Umgang_schriftliche_Beschwerden		1	*siehe 4.15.10.4*	A-12.4	
Zeitziele_fuer_Rueckmeldung		1	*siehe 4.15.10.5*	A-12.4	
Ansprechpartner	Eine oder mehrere Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement sind benannt.	0..1	*siehe 4.15.10.6*	A-12.4	
Patientenfuersprecher	Ein oder mehrere Patientenfürsprecher sind benannt.	0..1	*siehe 4.15.10.7*	A-12.4	
Anonyme_Eingabemoeglichkeiten	Anonyme Eingabemöglichkeiten von Beschwerden.	1	*siehe 4.15.10.8*	A-12.4	
Patientenbefragungen		1	*siehe 4.15.10.9*	A-12.4	
Einweiserbefragungen		1	*siehe 4.15.10.10*	A-12.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.10.1 Element <Strukturiertes_Beschwerdemanagement>

Elternelemente: *4.15.10. Element <Beschwerdemanagement>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Strukturiertes_Beschwerdemanagement_eingefuehrt	Ein strukturiertes Lob- und Beschwerdemanagement ist eingeführt.	0..1	Kein Inhalt	A-12.4	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

4.15.10.2 Element <Schriftliches_Konzept>

Elternelemente: *4.15.10. Element <Beschwerdemanagement>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Schriftliches_Konzept_existiert	Ein schriftliches, verbindliches Konzept zum Beschwerdemanagement existiert.	0..1	Kein Inhalt	A-12.4	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

4.15.10.3 Element <Umgang_muendliche_Beschwerden>

Elternelemente: *4.15.10. Element <Beschwerdemanagement>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Umgang_muendliche_Beschwerden_geregelt	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit mündlichen Beschwerden.	0..1	Kein Inhalt	A-12.4	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

Diese Richtlinie-Version ist nicht mehr in Kraft

4.15.10.4 Element <Umgang_schriftliche_Beschwerden>

Elternelemente: *4.15.10. Element <Beschwerdemanagement>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Umgang_schriftliche_Beschwerden_geregelt	Das Beschwerdemanagement regelt den Umgang mit schriftlichen Beschwerden.	0..1	Kein Inhalt	A-12.4	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

4.15.10.5 Element <Zeitziele_fuer_Rueckmeldung>

Elternelemente: *4.15.10. Element <Beschwerdemanagement>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Zeitziele_fuer_Rueckmeldung_definiert	Die Zeitziele für die Rückmeldung an die Beschwerdeführer sind schriftlich definiert.	0..1	Kein Inhalt	A-12.4	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.10.6 Element <Ansprechpartner>

Elternelemente: *4.15.10. Element <Beschwerdemanagement>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ansprechpersonen	Eine oder mehrere Ansprechpersonen für das Beschwerdemanagement sind benannt.	1	*siehe 4.15.10.6 - 1*	A-12.4	
URL	Link zum Bericht.	0..1	Format: http/https URL nach RFC 3305	A-12.4	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

4.15.10.6 - 1 Element <Ansprechpersonen>

Elternelemente: *4.15.10.6. Element <Ansprechpartner>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontakt_Person_lang		1..n	*siehe 4.1.4.1*	A-12.4	

4.15.10.7 Element <Patientenfuersprecher>

Elternelemente: *4.15.10. Element <Beschwerdemanagement>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Fuersprechpersonen	Ein oder mehrere Patientenfürsprecher sind benannt.	1	*siehe 4.15.10.7 - 1*	A-12.4	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.15.10.7 - 1 Element <Fuersprechpersonen>

Elternelemente: *4.15.10.7. Element <Patientenfuersprecher>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontakt_Person_lang		1..n	*siehe 4.1.4.1*	A-12.4	

4.15.10.8 Element <Anonyme_Eingabemoeglichkeiten>

Elternelemente: *4.15.10. Element <Beschwerdemanagement>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anonyme_Eingabemoeglichkeiten_existieren	Es existieren anonyme Eingabemöglichkeiten.	0..1	Kein Inhalt	A-12.4	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	
URL_Kontaktformular	Link zu einem Kontaktformular zur anonymen Eingabe.	0..1	Format: http/https URL nach RFC 3305	A-12.4	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

4.15.10.9 Element <Patientenbefragungen>

Elternelemente: *4.15.10. Element <Beschwerdemanagement>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Patientenbefragungen_durchgefuehrt	Patientenbefragungen wurden durchgeführt.	0..1	Kein Inhalt	A-12.4	
URL	Link zur Website.	0..1	Format: http/https URL nach RFC 3305	A-12.4	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

Diese Richtlinie Version ist nicht mehr in K

4.15.10.10 Element <Einweiserbefragungen>

Elternelemente: *4.15.10. Element <Beschwerdemanagement>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Einweiserbefragungen_durchgefuehrt	Einweiserbefragungen wurden durchgeführt.	0..1	Kein Inhalt	A-12.4	
URL	Link zur Website.	0..1	Format: http/https URL nach RFC 3305	A-12.4	**(!)** Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

4.16 Element <Apparative_Ausstattung>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Geraet		1..n	*siehe 4.16.1*	A-13	

Diese Richtlinien-Version nicht mehr in K

4.16.1 Element <Geraet>

Elternelemente: ***4.16 Element <Apparative_Ausstattung>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
AA_Schluessel	Geräte-Schlüssel-Nr.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung (A-13)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	A-13	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Geraet> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Notfallverfuegbarkeit_24h		0..1	0 - wahr, 1 - falsch, 2 - trifft nicht zu	A-13	Die 24h-Notfallverfügbarkeit der Geräte ist verpflichtend nur für in der Auswahlliste entsprechend markierte Geräte anzugeben.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-13	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Organisationseinheit_Fachabteilung		1..n	*siehe 4.17.1*	B-X	

4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>

Elternelemente: *4.17 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Gliederungsnummer	In diesem Element wird die dem X (in B-X) entsprechende fortlaufende Nummerierung der Organisationseinheit / Fachabteilung angegeben.	1	Schlüssel	B-X.1	
Name	Name der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	Zeichenkette	B-X.1	
Chefaerzte	Namen und Kontaktdaten des Chefarztes bzw. der Chefärzte.	0..1	*siehe 4.17.1.2*	B-X.1	
Zugaenge	Zugänge der Organisationseinheit / Fachabteilung.	0..1	*siehe 4.17.1.3*	B-X.1	
Zielvereinbarungen		1	siehe *4.17.1.4*	B-X.2	
Ambulante_D_Arzt_Zulassung	Arzt mit ambulanter D-Arzt-Zulassung vorhanden.	0..1	Kein Inhalt	B-X.10	
Stationaere_BG_Zulassung	Stationäre BG-Zulassung vorhanden.	0..1	Kein Inhalt	B-X.10	
Fachabteilungsschluessel		1..n	*siehe 4.17.1.1*	B-X.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Elternelemente: ***4.17 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Medizinische_Leistungsangebote	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit / Fachabteilung.	0..1	*siehe 4.17.1.5*	B-X.3	
Barrierefreiheit	Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit / Fachabteilung.	0..1	*siehe 4.11*	B-X.4	
Fallzahlen_OE	Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	*siehe 4.17.1.6*	B-X.5	
Hauptdiagnosen	Hauptdiagnosen nach ICD.	1	*siehe 4.17.1.7*	B-X.6	
Keine_Hauptdiagnose	Dieses Element ist anzugeben, falls der Organisationseinheit / Fachabteilung keine Hauptdiagnosen nach ICD-10 zuzuordnen sind.	1	Kein Inhalt	B-X.6	
Prozeduren	Prozeduren nach OPS.	1	*siehe 4.17.1.8*	B-X.7	
Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten		0..1	*siehe 4.17.1.9*	B-X.8	
Ambulante_Operationen	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.	1	*siehe 4.17.1.10*	B-X.9	
Personelle_Ausstattung		1	*siehe 4.17.1.11*	B-X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

4.17.1.1 Element <Fachabteilungsschluessel>

Elternelemente: *4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
FA_Schluessel	Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V.	1	Schlüssel, Format: 9999 Die Schlüssel für sonstige Fachabteilungen („3700“, „3790“, „3791“, „3792“) sind hier **nicht** zulässig.	B-X.1	
Sonstiger	Falls es sich um eine sonstige Fachabteilung handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	*siehe 4.17.1.1 - 1*	B-X.1	

4.17.1.1 - 1 Element <Sonstiger> - FA Schlüssel

Elternelemente: *4.17.1.1 Element <Fachabteilungsschluessel>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
FA_Sonstiger_Schluessel	Sonstiger Fachabteilungsschlüssel nach § 301 SGB V.	1	Es sind nur Schlüssel für sonstige Fachabteilungen („3700“, „3790“, „3791“, „3792“) zulässig.	B-X.1	
Bezeichnung	Bezeichnung der sonstigen Fachabteilung.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.1	

4.17.1.2 Element <Chefaerzte>

Elternelemente: *4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontakt_Person_lang		1..n	*siehe 4.1.4.1*	B-X.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.3 Element <Zugaenge>

Elternelemente: *4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kontakt_Zugang		1..n	*siehe 4.4.1.1*	B-X.1	

4.17.1.4 Element <Zielvereinbarungen>

Elternelemente: *4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Zielvereinbarung_eingehalten	Das Element wird eingefügt, wenn Zielvereinbarungen mit den leitenden Ärzten und Ärztinnen entsprechend § 136a SGB V getroffen wurden.	1	Kein Inhalt	B-X.2	
Keine_Zielvereinbarung_geschlossen	Dieses Element wird eingefügt, wenn keine Zielvereinbarungen nach § 136a SGB V getroffen wurden.	1	Kein Inhalt	B-X.2	
Getroffene_Zielvereinbarungen	Dieses Element wird eingefügt, wenn leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen wurden.	1	*siehe 4.17.1.4 - 1*	B-X.2	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl 500	B-X.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.4 - 1 Element <Getroffene_Zielvereinbarungen>

Elternelemente: 4.17.1.4 *Element <Zielvereinbarungen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Zielvereinbarung		1..n	siehe *4.17.1.4 - 1.1*	B-X.2	

4.17.1.4 - 1.1 Element <Zielvereinbarung>

Elternelemente: *4.17.1.4 Element <Getroffene Zielvereinbarungen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Zielvereinbarung_OPS		1..n	*siehe 4.17.1.4 - 1.1.1*	B-X.2	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl 500	B-X.2	

4.17.1.4 - 1.1.1 Element <Zielvereinbarung_OPS>

Elternelemente: *4.17.1.4 - 1.1 Element<Zielvereinbarung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
OPS_301	OPS 301 Ziffer.	1	Format: X-XXX	B-X.2	
Beschreibung	Allgemeinverständliche Übersetzung inkl. anatomisch/funktionaler Beschreibung	1	Zeichenkette	B-X.2	

4.17.1.5 Element <Medizinische_Leistungsangebote>

Elternelemente: *4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Medizinisches_Leistungsangebot	Medizinisches Leistungsangebot der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1..n	*siehe 4.17.1.5 - 1*	B-X.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.5 - 1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot>

Elternelemente: *4.17.1.5 Element<Medizinische_Leistungsangebote>, 4.17.1.9 - 1.1.1 Element <Leistungen_Ambulanz>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
VA_VU_Schluessel	Schlüssel-Nr. des medizinisches Leistungsangebots der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Medizinische Leistungsangebote (B-X.3 und B-X.8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. **mit Ausnahme** der sonstigen Schlüssel („VA00“, „VC00“, „VD00“, „VG00“, „VH00“, „VI00“, „VN00“, „VO00“, „VK00“, „VP00“, „VR00“, „VU00“, „VX00“, „VZ00“) zulässig.	B-X.3, B-X.8	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Medizinisches_Leistungsangebot> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Sonstiger	Falls es sich um ein sonstiges medizinisches Leistungsangebot der Organisationseinheit / Fachabteilung handelt, ist dieses Element einzufügen.	1	*siehe 4.17.1.5 - 1.1*	B-X.3, B-X.8	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.3	**(!)** Darf bei B-X.8 nicht vorkommen. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.5 - 1.1 Element <Sonstiger> - VA VU Schlüssel

Elternelemente: *4.17.1.5 - 1 Element <Medizinisches_Leistungsangebot>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
VA_VU_Sonstiger_Schluessel	Sonstige Schlüssel-Nr. des medizinischen Leistungsangebotes der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	*Auswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung/ Organisationseinheit (B-X.3 und B-X.8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind **nur** die sonstigen Schlüssel-Nrn. („VA00“, „VC00“, „VD00“, „VG00“, „VH00“, „VI00“, „VN00“, „VO00“, „VK00“, „VP00“, „VR00“, „VU00“, „VX00“, „VZ00“) zulässig.	B-X.3, B-X.8	Die sonstige Schlüssel-Nr. darf bei der Wiederholung des Elements <Medizinisches_Leistungsangebot> mehrfach aufgeführt werden.
Bezeichnung	Bezeichnung des sonstigen medizinischen Leistungsangebotes.	1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.3, B-X.8	

4.17.1.6 Element <Fallzahlen_OE>

Elternelemente: *4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Vollstationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0..100000	B-X.5	
Teilstationaere_Fallzahl		1	Wertebereich: 0..100000	B-X.5	
Erlaeuterungen	Kommentar zu den Fallzahlen der Organisationseinheit / Fachabteilung.	0..1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.5	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in K

4.17.1.7 Element <Hauptdiagnosen>

Elternelemente: *4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Hauptdiagnose	Hauptdiagnose nach ICD.	1..n	*siehe 4.17.1.7 - 1*	B-X.6	

4.17.1.7 - 1 Element <Hauptdiagnose>

Elternelemente: *4.17.1.7 Element <Hauptdiagnosen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
ICD_10	ICD-10-Ziffer.	1	Format: X99[.9]	B-X.6	Die ICD-Ziffern sind hier gemäß Anlage 1 vierstellig anzugeben, es sei denn, der terminale Kode ist dreistellig, z. B. A09.
Fallzahl	Absolute Fallzahl.	1	Wertebereich: 4..100000	B-X.6	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Fallzahl kleiner 4 ist.	1	Kein Inhalt	B-X.6	
Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element <Fallzahl_Datenschutz> angeben wurde.	1	*siehe 4.17.1.7 - 1.1*	B-X.6	**(!)** Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.7 - 1.1 Element <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>

Elternelemente: *4.17.1.7 - 1. Element <Hauptdiagnose>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Fallzahl	Summe der Fallzahl, mit Ausnahme der Fallzahlen, die durch das Element <Fallzahl_Datenschutz> geschützt sind.	0..1	Wertebereich: 4..100000	B-X.6	
Anzahl_FA_Datenschutz	Anzahl der Einzelberichte, in denen das Element <Fallzahl_Datenschutz> angegeben wurde.	1	Wertebereich: 1..100	B-X.6	

4.17.1.8 Element <Prozeduren>

Elternelemente: *4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Keine_Erbracht	Keine Prozeduren nach OPS erbracht.	1	Kein Inhalt	B-X.7	
Freiwillig	Prozeduren nach OPS erbracht, aber keine Verpflichtung, diese im Qualitätsbericht anzugeben.	1	*siehe 4.17.1.8 - 1*	B-X.7	
Verpflichtend	OPS-Prozeduren wurden erbracht und sind verpflichtend im Qualitätsbericht anzugeben.	1	*siehe 4.17.1.8 - 2*	B-X.7	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.8 - 1 Element <Freiwillig> - Prozedur

Elternelemente: *4.17.1.8 Element <Prozeduren>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Prozedur	Prozedur nach OPS.	0..n	*siehe 4.17.1.8 - 2.1*	B-X.7	

4.17.1.8 - 2 Element <Verpflichtend> - Prozedur

Elternelemente: *4.17.1.8 Element <Prozeduren>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Prozedur	Prozedur nach OPS.	1..n	*siehe 4.17.1.8 - 2.1*	B-X.7	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.8 - 2.1 Element <Prozedur>

Elternelemente: *4.17.1.8 - 1 Element <Freiwillig> - Prozedur*, *4.17.1.8 - 2 Element <Verpflichtend> - Prozedur*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
OPS_301	OPS 301 Ziffer.	1	Format: X-XXX[.XX]	B-X.7	Die OPS-Ziffern sind hier gemäß Anlage 1 endstellig anzugeben.
Anzahl	Absolute Anzahl.	1	Wertebereich: 4..100000	B-X.7	
Anzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Anzahl kleiner 4 ist.	1	Kein Inhalt	B-X.7	
Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element <Anzahl_Datenschutz> angeben wurde.	1	*siehe 4.17.1.8 - 2.1.1*	B-X.7	**(!)** Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

4.17.1.8 - 2.1.1 Element <Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>

Elternelemente: *4.17.1.8 - 2.1 Element <Prozedur>, 4.17.1.10 - 2.1. Element <Ambulante_Operation>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl	Summe der Anzahl, mit Ausnahme der Prozeduren, die durch das Element <Anzahl_Datenschutz> geschützt sind.	0..1	Wertebereich: 4..100000	B-X.7, B-X.9	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in K

Elternelemente: *4.17.1.8 - 2.1 Element <Prozedur>, 4.17.1.10 - 2.1. Element <Ambulante_Operation>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl_FA_Datenschutz	Anzahl der Einzelberichte, in denen das Element <Anzahl_Datenschutz> angegeben wurde.	1	Wertebereich: 1..100	B-X.7, B-X.9	

4.17.1.9 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>

Elternelemente: *4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit	Ambulante Behandlungs-möglichkeiten.	1..n	*siehe 4.17.1.9 - 1*	B-X.8	

4.17.1.9 - 1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>

Elternelemente: *4.17.1.9 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ambulanz	Ambulante Behandlungs-möglichkeit.	1	*siehe 4.17.1.9 - 1.1*	B-X.8	
Ambulanz_116b	Ambulante Behandlungs-möglichkeit nach § 116b SGB V.	1	*siehe 4.17.1.9 - 1.2*	B-X.8	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

4.17.1.9 - 1.1 Element <Ambulanz>

Elternelemente: *4.17.1.9 - 1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
AM_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Ambulanzart.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-X.8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. **mit Ausnahme** des Schlüssels 116b („AM06“) zulässig.	B-X.8	Der Wert darf bei Wiederholung des Elements <Ambulanz> mehrfach vorkommen.
Bezeichnung	Bezeichnung der Ambulanz.	0..1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.8	
Leistungen_Ambulanz	Angebotene Leistungen der Ambulanz.	0..1	*siehe 4.17.1.9 - 1.1.1*	B-X.8	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.8	

4.17.1.9 - 1.1.1 Element <Leistungen_Ambulanz>

Elternelemente: *4.17.1.9 - 1.1 Element <Ambulanz>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Medizinisches_Leistungsangebot	Schlüssel-Nr. des medizinischen Leistungsangebots.	1..n	*siehe 4.17.1.5 - 1* *Schlüsselauswahlliste*: Auswahlliste „Medizinische Leistungsangebote der Fachabteilung/ Organisationseinheit (B-X.3 und B-X.8)“	B-X.8	Die Angabe der angebotenen Leistungen erfolgt anhand der Auswahlliste für die fachabteilungsbezogenen medizinischen Leistungsangebote zu B-X.3 in Anhang 2. Die Ausfüllhinweise zu B-X.3 gelten entsprechend.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.9 - 1.2 Element <Ambulanz_116b>

Elternelemente: *4.17.1.9 - 1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
AM_116b_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Ambulanzart.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-X.8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist **nur** der Schlüssel 116b („AM06“) zulässig.	B-X.8	Der Wert darf bei Wiederholung des Elements <Ambulanz_116b> mehrfach vorkommen.
Bezeichnung	Bezeichnung der Ambulanz.	0..1	max. Zeichenanzahl: 200	B-X.8	
Leistungen_Ambulanz_116b	Angebotene Leistungen der Ambulanz.	0..1	*siehe 4.17.1.9 - 1.2.1*	B-X.8	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.8	

4.17.1.9 - 1.2.1 Element <Leistungen_Ambulanz_116b>

Elternelemente: *4.17.1.9 - 1.2 Element <Ambulanz_116b>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Leistung	Angebotene Leistung.	1..n	*siehe 4.17.1.9 - 1.2.1.1*	B-X.8	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.9 - 1.2.1.1 Element <Leistung>

Elternelemente: *4.17.1.9 - 1.2.1 Element <Leistungen_Ambulanz_116b>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
LK_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Leistung.	1	*Schlüsselauswahlliste*: „Leistungen im Katalog gem. § 116b Abs. 3 SGB V (B-X.8)" im Anhang 2 zu Anlage 1	B-X.8	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistung> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).

4.17.1.10 Element <Ambulante_Operationen>

Elternelemente: *4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Keine_Erbracht	Keine ambulante Operation nach OPS erbracht.	1	Kein Inhalt	B-X.9	
Freiwillig	Ambulante Operationen nach OPS erbracht, aber keine Verpflichtung, diese im Qualitätsbericht anzugeben.	1	*siehe 4.17.1.10 - 1*	B-X.9	
Verpflichtend	Ambulante Operationen nach OPS wurden erbracht und sind verpflichtend im Qualitätsbericht anzugeben.	1	*siehe 4.17.1.10 - 2*	B-X.9	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.10 - 1 Element <Freiwillig> - Ambulante Operation

Elternelemente: *4.17.1.10 Element <Ambulante_Operationen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ambulante_Operation	Ambulante Operation nach § 115b SGB V.	0..n	*siehe 4.17.1.10 - 2.1*	B-X.9	

4.17.1.10 - 2 Element <Verpflichtend> - Ambulante Operation

Elternelemente: *4.17.1.10 Element <Ambulante_Operationen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ambulante_Operation	Ambulante Operation nach § 115b SGB V.	1..n	*siehe 4.17.1.10 - 2.1*	B-X.9	

4.17.1.10 - 2.1 Element <Ambulante_Operation>

Elternelemente: *4.17.1.10 - 1 Element <Freiwillig> - Ambulante Operation*, *4.17.1.10 - 2 Element <Verpflichtend> - Ambulante Operation*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
OPS_301	OPS 301 Ziffer.	1	Format: X-XXX[.XX]	B-X.9	Die OPS-Ziffern sind hier gemäß Anlage 1 endstellig anzugeben.
Anzahl	Absolute Anzahl.	1	Wertebereich: 4..100000	B-X.9	
Anzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Anzahl kleiner 4 ist.	1	Kein Inhalt	B-X.9	
Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element <Anzahl_Datenschutz> angeben wurde.	1	*siehe 4.17.1.8 - 2.1.1*	B-X.9	**(!)** Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

4.17.1.11 Element <Personelle_Ausstattung>

Elternelemente: *4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Aerztliches_Personal		1	*siehe 4.17.1.11 - 1*	B-X.11.1	
Aerztliche_Fachexpertisen	Fachexpertisen der Abteilung.	0..1	*siehe 4.17.1.11 - 2*	B-X.11.1	
Pflegekraefte		1	*siehe 4.14.2*	B-X.11.2	
Keine_Pflegekraefte	Dieses Element wird eingefügt, falls die Anzahl der Pflegekräfte gleich Null ist.	1	Kein Inhalt	B-X.11.2	
Pflegerische_Fachexpertisen	Fachexpertisen der Abteilung.	0..1	*siehe 4.17.1.11 - 3*	B-X.11.2	
Spezielles_Therapeutisches_Personal_Psycho	Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.	0..1	*siehe 4.17.1.11 - 4*	B-X.11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.11 - 1 Element <Aerztliches_Personal>

Elternelemente: *4.17.1.11 Element <Personelle_Ausstattung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Hauptabteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	*siehe 4.17.1.11 - 1.1*	B-X.1, B-X.11.1	
Belegabteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	*siehe 4.17.1.11 - 1.2*	B-X.1, B-X.11.1	
Gemischte_Haupt_Belegabteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	*siehe 4.17.1.11 - 1.3*	B-X.1, B-X.11.1	
Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung	Art der Organisationseinheit / Fachabteilung. Das Element enthält die Angaben zum ärztlichen Personal der Organisationseinheit / Fachabteilung.	1	*siehe 4.17.1.11 - 1.4*	B-X.1, B-X.11.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.11 - 1.1 Element <Hauptabteilung>

Elternelemente: *4.17.1.11 - 1 Element <Aerztliches_Personal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Aerzte_ohne_Belegaerzte		1	*siehe 4.14.1.1*	B-X.11.1	
Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte	Dieses Element wird eingefügt, falls die Anzahl der Ärzte insgesamt ohne die Belegärzte gleich Null ist.	1	Kein Inhalt	B-X.11.1	

4.17.1.11 - 1.2 Element <Belegabteilung>

Elternelemente: *4.17.1.11 - 1 Element <Aerztliches_Personal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Belegaerzte		1	*siehe 4.14.1.2*	B-X.11.1	

4.17.1.11 - 1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>

Elternelemente: *4.17.1.11 - 1 Element <Aerztliches_Personal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Aerzte_ohne_Belegaerzte		1	*siehe 4.14.1.1*	B-X.11.1	
Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte	Dieses Element wird eingefügt, falls die Anzahl der Ärzte insgesamt ohne die Belegärzte gleich Null ist.	1	Kein Inhalt	B-X.11.1	
Belegaerzte		1	*siehe 4.14.1.2*	B-X.11.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.11 - 1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>

Elternelemente: *4.17.1.11 - 1 Element <Aerztliches_Personal>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Aerzte_ohne_Belegaerzte		1	*siehe 4.14.1.1*	B-X.11.1	
Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte	Dieses Element wird eingefügt, falls Anzahl der Ärzte insgesamt ohne die Belegärzte gleich Null ist.	1	Kein Inhalt	B-X.11.1	
Belegaerzte		1	*siehe 4.14.1.2*	B-X.11.1	

4.17.1.11 - 2 Element <Aerztliche_Fachexpertisen>

Elternelemente: *4.17.1.11 Element <Personelle_Ausstattung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Fachexpertise	Ärztliche Fachexpertise der Organisationseinheit/Fachabteilung (Facharztbezeichnungen, Zusatzweiterbildungen (fakultativ)).	1..n	*siehe 4.17.1.11 - 2.1*	B-X.11.1	

4.17.1.11 - 2.1 Element <Fachexpertise>

Elternelemente: *4.17.1.11 - 2 Element <Aerztliche_Fachexpertisen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
AQ_ZF_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Fachexpertise.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung (B-X.12.1)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	B-X.11.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Fachexpertise> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.11.1	

Diese Richtlinien-Version nicht mehr in K

4.17.1.11 - 3 Element <Pflegerische_Fachexpertisen>

Elternelemente: *4.17.1.11 Element <Personelle_Ausstattung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Fachexpertise_Pflege	Pflegerische Fachexpertise der Organisationseinheit/Fachabteilung (Fachweiterbildungen, akademische Abschlüsse, Zusatzqualifikationen).	1..n	*siehe 4.17.1.11 - 3.1*	B-X.11.2	

4.17.1.11 - 3.1 Element <Fachexpertise_Pflege>

Elternelemente: *4.17.1.11 - 3 Element <Pflegerische_Fachexpertisen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
PQ_ZP_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Fachexpertise.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Aus der Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung (B-X.12.2)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	B-X.11.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Fachexpertise_Pflege> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.11.2	

4.17.1.11 - 4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elternelemente: *4.17.1.11 Element <Personelle_Ausstattung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten		1	*siehe 4.17.1.11 - 4.1*	B-X.11.3	
Psychologische_Psychotherapeuten		1	*siehe 4.17.1.11 - 4.2*	B-X.11.3	
Diplom_Psychologen		1	*siehe 4.17.1.11 - 4.3*	B-X.11.3	
Klinische_Neuropsychologen		1	*siehe 4.17.1.11 - 4.4*	B-X.11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.11 - 4.1 Element <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>

Elternelemente: *4.17.1.11 - 4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal_Psycho>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl	Anzahl Vollkräfte.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	B-X.11.3	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.3	Muss angegeben werden, falls berechenbar.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.11 - 4.2 Element <Psychologische_Psychotherapeuten>

Elternelemente: *4.17.1.11 - 4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal_Psycho>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl	Anzahl Vollkräfte.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	B-X.11.3	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.3	Muss angegeben werden, falls berechenbar.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.11 - 4.3 Element <Diplom_Psychologen>

Elternelemente: *4.17.1.11 - 4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal_Psycho>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl	Anzahl Vollkräfte	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	B-X.11.3	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.3	Muss angegeben werden, falls berechenbar.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.17.1.11 - 4.4 Element <Klinische_Neuropsychologen>

Elternelemente: *4.17.1.11 - 4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal_Psycho>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Anzahl	Anzahl Vollkräfte	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	B-X.11.3	
Fall_je_Anzahl	Verhältnis der unter B-[X].5 angegebenen vollstationären Fallzahl der Organisationseinheit/Fachabteilung zu den Vollkräften. Wert wird von der das XML generierenden Software errechnet und nicht vom Benutzer eingegeben.	0..1	Bis zu fünf Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00000 bis 1000000,00000	B-X.11.3	Muss angegeben werden, falls berechenbar.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.18 Element <Qualitaetssicherung>

Elternelemente: *4. Element <Qualitaetsbericht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
QS_nach_Landesrecht		0..1	*siehe 4.18.1*	C-2	
DMP		0..1	*siehe 4.18.2*	C-3	
Sonstige_Verfahren_Externe_QS		0..1	*siehe 4.18.3*	C-4	
Mindestmengen		0..1	*siehe 4.18.4*	C-5	
Strukturqualitaetsvereinbarung		0..1	*siehe 4.18.5*	C-6	
Fortbildung		0..1	*siehe 4.18.6*	C-7	

4.18.1 Element <QS_nach_Landesrecht>

Elternelemente: *4.18 Element <Qualitaetssicherung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Leistungsbereich	Angabe des Leistungsbereiches, in dem an der externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V teilgenommen wird.	1..4	*siehe 4.18.1.1*	C-2	

Diese Richtlinien vers ist nicht mehr in ft.

4.18.1.1 Element <Leistungsbereich> - QS nach Landesrecht

Elternelemente: *4.18.1 Element <QS_nach_Landesrecht>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereiches, der an der externen Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V teilnimmt.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Auswahlliste „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht (C-2)“ im Anhang 2 zu Anlage 1	C-2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsbereich> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit). **(!)** Es sind nur die Leistungsbereiche des Bundeslandes gültig, in dem sich das Krankenhaus befindet.
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	C-2	

4.18.2 Element <DMP>

Elternelemente: *4.18 Element <Qualitaetssicherung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Teilnahme_DMP	Disease-Management-Programm (DMP), an dem das Krankenhaus teilnimmt.	1..7	*siehe 4.18.2.1*	C-3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.18.2.1 Element <Teilnahme_DMP>

Elternelemente: *4.18.2 Element <DMP>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Bezeichnung	Bezeichnung des DMP.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Werte der Spalte DMP der Tabelle „Gemäß seinem Leistungsspektrum nimmt das Krankenhaus an den folgenden DMP teil:“ in Anlage 1 Abschnitt C-3.	C-3	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Teilnahme_DMP> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	C-3	

4.18.3 Element <Sonstige_Verfahren_Externe_QS>

Elternelemente: *4.18 Element <Qualitaetssicherung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Sonstiges_Verfahren_Externe_QS	Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung.	1..n	*siehe 4.18.3.1*	C-4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.18.3.1 Element <Sonstiges_Verfahren_Externe_QS>

Elternelemente: *4.18.3 Element <Sonstige_Verfahren_Externe_QS>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Leistungsbereich		0..1	max. Zeichenanzahl: 200	C-4	
Bezeichnung_Qualitaetsindikator		1	max. Zeichenanzahl: 200	C-4	
Ergebnis		1	max. Zeichenanzahl: 100	C-4	
Messzeitraum		0..1	max. Zeichenanzahl: 100	C-4	
Datenerhebung		0..1	max. Zeichenanzahl: 200	C-4	
Rechenregeln		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	C-4	
Referenzbereiche		0..1	max. Zeichenanzahl: 100	C-4	
Vergleichswerte		0..1	max. Zeichenanzahl: 100	C-4	
Quellenangabe_Dokumentation	Quellenangabe zu einer Dokumentation des Qualitätsindikators bzw. des Qualitätsindikatoren-Sets mit Evidenzgrundlage.	0..1	max. Zeichenanzahl: 500	C-4	

4.18.4 Element <Mindestmengen>

Elternelemente: *4.18 Element <Qualitaetssicherung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Leistungsbereich	Angabe der Leistungsbereiche, für die gemäß der für das Berichtsjahr geltenden Mindestmengenregelungen Mindestmengen festgelegt sind.	1..6	*siehe 4.18.4.1*	C-5	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.18.4.1 Element <Leistungsbereich> - Mindestmengen

Elternelemente: *4.18.4 Element <Mindestmengen>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereiches, für den Mindestmengen festgelegt sind.	1	*Schlüsselauswahlliste*: Werte der Spalte Leistungsbereich der Tabelle „Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V“ in Anlage 1, C-5.	C-5	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsbereich> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erbrachte_Menge	Im Berichtsjahr erbrachte Menge.	1	Wertebereich: 1..100000	C-5	
Ausnahmetatbestand	Angaben zur Ausnahmeregelung, die vom Krankenhaus in Anspruch genommen wurde.	1..4	*siehe 4.18.4.1 - 1*	C-5	
Kein_Ausnahmetatbestand	Dieses Element wird eingefügt, falls keine Ausnahmeregelung vom Krankenhaus in Anspruch genommen wurde.	1	Kein Inhalt	C-5	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	C-5	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.18.4.1 - 1 Element <Ausnahmetatbestand>

Elternelemente: *4.18.4.1 Element <Leistungsbereich> - Mindestmengen*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
MM_Schluessel	Schlüssel-Nr. des Ausnahmetatbestands.	1	*Schlüsselauswahlliste*: „Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V - Ausnahmetatbestände (C-5)“ im Anhang 2 zu Anlage 1	C-5	Hier dürfen nur die Werte MM01 bis MM04 vorkommen.

4.18.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung>

Elternelemente: *4.18 Element <Qualitaetssicherung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Vereinbarung		1..n	*siehe 4.18.5.1*	C-6	

4.18.5.1 Element <Vereinbarung>

Elternelemente: *4.18.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
CQ_Schluessel	Schlüssel-Nr. der Vereinbarung.	1	*Schlüsselauswahlliste*: „Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V [neue Fassung] („Strukturqualitätsvereinbarung“) (C-6)“ im Anhang 2 zu Anlage 1.	C-6	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Vereinbarung> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	C-6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.18.6 Element <Fortbildung>

Elternelemente: ***4.18 Element <Qualitaetssicherung>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Fortbildungspflichtige	Anzahl Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die der Fortbildungspflicht unterliegen.	1	Wertebereich: 0..10000	C-7	
Nachweispflichtige	Anzahl der Fachärzte unter den Fortbildungspflichtigen, die der Pflicht zum Fortbildungsnachweis unterliegen, da ihre Facharztanerkennung bzw. Approbation mehr als 5 Jahre zurückliegt.	1	Wertebereich: 0..10000	C-7	Teilmenge von Fortbildungspflichtige
Fortbildungsnachweis_Erbracht_Habende	Anzahl der Nachweispflichtigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht haben.	1	Wertebereich: 0..10000	C-7	Teilmenge von Nachweispflichtige

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

Teil B

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

5 Externe Qualitätssicherung

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

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

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

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

Schließlich folgen in Abschnitt „8. Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen“ noch einige Prüfungen und in Abschnitt „9. Anhang“ die Liste der Leistungsbereiche für die Dokumentationsraten und die QI-Ergebnisse.

5.1 Aufbau und Namenskonvention der XML-Dateien

Die Angaben zu C-1.1.[Y] und C-1.2.[Z] werden separat von den auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen an die Annahmestelle übermittelt. Das Verfahren zur Datenübermittlung wird in den Anlagen 1 und 2 der Qb-R beschrieben.

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

Pro Bericht gibt es immer genau zwei XML-Dateien, und zwar jeweils eine für die auf Bundesebene und eine für die auf Landesebene beauftragte Stelle.

Die ITSG übermittelt IK und Standortnummer an die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen. Wenn für IK und Standortnummer keine Daten bei der auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stelle vorhanden sind, dann wird eine XML-Datei ohne die Elemente 7.1 Element <Dokumentationsrate> und 7.2 Element <Ergebnis> an die ITSG geliefert.

5.1.1 Namenskonvention der XML-Dateien

Die XML-Dateien sind nach folgendem Schema zu benennen:

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

und

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Variable	Bedeutung	Bemerkung
IK	Institutionskennzeichen, unter dem der Qualitätsbericht abgegeben wird (übereinstimmend mit dem ersten Teil)	9-stellige Nummer
SO	Standortnummer, unter der der Qualitätsbericht abgegeben wird (übereinstimmend mit dem ersten Teil)	2-stellige Nummer: 00 falls nur ein Standort, 99 beim Gesamtbericht, ansonsten durchnummeriert
JAHR	Berichtsjahr	4-stellige Zahl, 2014

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

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

5.1.2 Abschnitt C-1.1.[Y] – Dokumentationsrate

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

In der Regel liegt zu jedem Standort und Leistungsbereich genau eine Dokumentationsrate vor. Im Qualitätsbericht können in Ausnahmefällen aber zu einem Standort auch mehrere Dokumentationsraten für verschiedene Betriebsstätten angegeben werden. In diesem Fall werden die Überschriften C-1.1.[Y] nummeriert und zu jedem [Y] in der Überschrift eine Bezeichnung der Betriebsstätte angegeben. Dies entspricht 7.1.2 Element <Betriebsstaette>. Wurden Dokumentationsraten standortübergreifend bestimmt und sollen diese Raten in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, so wird das Element **Dokumentationsrate_Mehrfach** in 7.1.2.1 Element <Leistungsbereich> bzw. 7.1.2.2 Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche> bzw. 7.1.2.3 Element <Nierenchirurgische_Leistungsbereiche> angegeben.

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

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

5.1.3 Abschnitt C-1.2.[Z] – Ergebnis

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

6 XML-Struktur Teil B – Übersicht

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

```
<Externe_Qualitaetssicherung>                        1       siehe S.114
  <Dokumentationsrate>                               0..1    siehe S.115
  ┌ <Einzige_Betriebsstaette>                        1       siehe S.116
  │   <Leistungsbereich>                             0..n    siehe S.119
  │   <Herzchirurgische_Leistungsbereiche>           0..1    siehe S.122
  │   <Nierenchirurgische_Leistungsbereiche>         0..1    siehe S.123
  │ </Einzige_Betriebsstaette>
  └ <Betriebsstaette>                                2..n    siehe S.117
      <Leistungsbereich>                             0..n    siehe S.119
      <Herzchirurgische_Leistungsbereiche>           0..1    siehe S.122
      <Nierenchirurgische_Leistungsbereiche>         0..1    siehe S.123
    </Betriebsstaette>
  </Dokumentationsrate>
  <Ergebnis>                                         0..1    siehe S.124
  ┌ <Einzige_Auswertungseinheit>                     1       siehe S.124
  │   <Qualitaetsindikator>                          1..n    siehe S.125
  │   ┌ <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>              1       siehe S.127
  │   │   <Vertrauensbereich_Krankenhaus>            0..1    siehe S.132
  │   │   <Vertrauensbereich_Bundesweit>             1       siehe S.132
  │   │ ┌ <Zaehler_Nenner>                           1       siehe S.133
  │   │ ├ <Zaehler_Nenner_Datenschutz/>              1
  │   │ └ <Zaehler_Nenner_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
  │   │                                              1       siehe S.133
  │   │ </Abgeschlossener_Strukt_Dialog>
  │   └ <Strukt_Dialog_Nicht_Abgeschlossen/>        1
  │   </Qualitaetsindikator>
  └ </Einzige_Auswertungseinheit>
    <Auswertungseinheit>                             2..n    siehe S.124
      <Qualitaetsindikator>                          1..n    siehe S.125
      ┌ <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>              1       siehe S.127
      │   <Vertrauensbereich_Krankenhaus>            0..1    siehe S.132
      │   <Vertrauensbereich_Bundesweit>             1       siehe S.132
      │ ┌ <Zaehler_Nenner>                           1       siehe S.133
      │ ├ <Zaehler_Nenner_Datenschutz/>              1
      │ └ <Zaehler_Nenner_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>
      │                                              1       siehe S.133
      │ </Abgeschlossener_Strukt_Dialog>
      └ <Strukt_Dialog_Nicht_Abgeschlossen/>         1
      </Qualitaetsindikator>
    </Auswertungseinheit>
  </Ergebnis>
</Externe_Qualitaetssicherung>
```

7 Element <Externe_Qualitaetssicherung>

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element.					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Berichtsjahr	Berichtsjahr.	1	Zahl, 4-stellig: 2014	-	
IK_Krankenhaus	Institutionskennzeichen Krankenhaus des Qualitätsberichts gemäß *5.1.1 Namens-konvention der XML-Dateien*.	1	Zahl, 9-stellig	-	
Standort	Standortnummer des Qualitätsberichts gemäß *5.1.1 Namenskonvention der XML-Dateien*.	1	Zahl, 2-stellig	-	
Land	Kürzel der Geschäftsstelle.	1	Text, 2 Zeichen *Auswahlliste*: BW= Baden-Württemberg BY= Bayern BE= Berlin BB= Brandenburg HB= Bremen HH= Hamburg HE= Hessen MV= Mecklenburg-Vorpommern NI= Niedersachsen NW= Nordrhein-Westfalen RP= Rheinland-Pfalz SL= Saarland SN= Sachsen ST= Sachsen-Anhalt SH= Schleswig-Holstein TH= Thüringen DV=Direktverfahren	-	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element.					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Dokumentationsrate		0..1	*siehe 7.1*	C-1.1	**(!)** Das Element darf nur vorhanden sein, falls Dokumentationsraten enthalten sind.
Ergebnis		0..1	*siehe 7.2*	C-1.2	**(!)** Das Element darf nur vorhanden sein, falls Ergebnisse enthalten sind.

7.1 Element <Dokumentationsrate>

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

7.1.1 Element <Einzige_Betriebsstaette>

Elternelemente: *7.1 Element <Dokumentationsrate>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Leistungsbereich		0..n	*siehe 7.1.2.1*	C-1.1	Nur Leistungsbereiche, deren Fallzahl (Soll) größer 0 ist, werden aufgenommen.
Herzchirurgische_Leistungsbereiche		0..1	*siehe 7.1.2.2*	C-1.1	Für die drei herzchirurgischen Leistungsbereiche 1) „Isolierte Aortenklappenchirurgie“, 2) „Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie“ und 3) „Isolierte Koronarchirurgie“ ist nur die gemeinsame Gesamtdokumentationsrate und keine Fallzahl anzugeben.
Nierenchirurgische_Leistungsbereiche		0..1	*siehe 7.1.2.3*	C-1.1	Für die zwei nierenchirurgischen Leistungsbereiche 1) „Nierentransplantation“ und 2) „Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation“ ist nur die gemeinsame Gesamtdokumentationsrate und keine Fallzahl anzugeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

7.1.2 Element <Betriebsstaette>

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

Elternelemente: ***7.1 Element <Dokumentationsrate>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Nierenchirurgische_Leistungsbereiche		0..1	*siehe 7.1.2.3*		Für die zwei nierenchirurgischen Leistungsbereiche 1) „Nierentransplantation“ und 2) „Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation“ ist nur die gemeinsame Gesamtdokumentationsrate und keine Fallzahl anzugeben.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

7.1.2.1 Element <Leistungsbereich>

Elternelemente: *7.1.1 Element <Einzige_Betriebsstaette>, 7.1.2 Element <Betriebsstaette>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kuerzel	Kürzel des Leistungsbereichs.	1	*Auswahlliste (Siehe Tabelle 9.1 – Leistungsbereiche für Dokumentationsraten – Spalte Kürzel)*	C-1.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsbereich> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Fallzahl	Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll).	1	Wertebereich: 4..100000	C-1.1	
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, falls die Fallzahl 1 bis einschließlich 3 ist.	1	Kein Inhalt	C-1.1	
Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element <Fallzahl_Datenschutz> angeben wurde.	1	*siehe 7.1.2.1 - 1*	C-1.1	**(!)** Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

Elternelemente: *7.1.1 Element <Einzige_Betriebsstaette>, 7.1.2 Element <Betriebsstaette>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Dokumentationsrate	Dokumentationsrate in Prozent (0 bis >100) (gemäß der Systematik des Verfahrens können in Leistungsbereichen Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden).	1	Zahl, 3-stellig mit 1 Nachkommastelle; Wertebereich: 0,0..999,9	C-1.1	
Dokumentationsrate_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt.	1	Kein Inhalt	C-1.1	
Dokumentationsrate_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element <Dokumentationsrate_Datenschutz> angeben wurde.	1	*siehe 7.1.2.1 - 2*	C-1.1	
Kommentar_Krankenhaus	Kommentar des Krankenhauses.	0..1	Text, max. Zeichenanzahl: 500	C-1.1	
Dokumentationsrate_Mehrfach	Mehrfachverwendung von Dokumentationsraten (falls Dokumentationsraten zu dieser Betriebsstätte auch in anderen Qualitätsberichten erscheinen – standortübergreifende Dokumentationsraten).	0..1	Kein Inhalt	C-1.1	Falls vorhanden, stehen weitere Informationen unter Kommentar_Krankenhaus.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

7.1.2.1 - 1 Element <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>

Elternelemente: *7.1.2.1. Element <Leistungsbereich>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Fallzahl	Summe der Fallzahl, mit Ausnahme der Fallzahlen, die durch das Element <Fallzahl_Datenschutz> geschützt sind.	0..1	Wertebereich: 4..100000	C-1.1	
Anzahl_FA_Datenschutz	Anzahl der Einzelberichte, in denen das Element <Fallzahl_Datenschutz> angegeben wurde.	1	Wertebereich: 1..100	C-1.1	

7.1.2.1 - 2 Element <Dokumentationsrate_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>

Elternelemente: *7.1.2.1. Element <Leistungsbereich>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Dokumentationsrate_Untere_Grenze	Untere Grenze der in den Standortberichten enthaltenen Dokumentationsraten.	0..1	Zahl, 3-stellig mit 1 Nachkommastelle; Wertebereich: 0,0..999,9	C-1.1	
Dokumentationsrate_Obere_Grenze	Obere Grenze der in den Standortberichten enthaltenen Dokumentationsraten.	0..1	Zahl, 3-stellig mit 1 Nachkommastelle; Wertebereich: 0,0..999,9	C-1.1	

Diese Richtlinien-Vers ist nicht mehr in K

7.1.2.2 Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche>

Elternelemente: *7.1.1 Element <Einzige_Betriebsstaette>, 7.1.2 Element <Betriebsstaette>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Dokumentationsrate	Dokumentationsrate in Prozent (0 bis >100) (gemäß der Systematik des Verfahrens können in einigen Leistungsbereichen Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden).	1	Zahl, 3-stellig mit 1 Nachkommastelle; Wertebereich: 0,0..999,9	C-1.1	
Kommentar_HCH	Kommentar des Krankenhauses für die Leistungsbereiche „Isolierte Aortenklappenchirurgie“, „Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie“, „Isolierte Koronarchirurgie“.	0..1	Text, max. Zeichenanzahl: 500	C-1.1	
Dokumentationsrate_Mehrfach	Mehrfachverwendung von Dokumentationsraten (falls Dokumentationsraten zu dieser Betriebsstätte auch in anderen Qualitätsberichten erscheinen – standortübergreifende Dokumentationsraten).	0..1	Kein Inhalt	C-1.1	Falls vorhanden, stehen weitere Informationen unter Kommentar_HCH.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

7.1.2.3 Element <Nierenchirurgische_Leistungsbereiche>

Elternelemente: *7.1.1 Element <Einzige_Betriebsstaette>, 7.1.2 Element <Betriebsstaette>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Dokumentationsrate	Dokumentationsrate in Prozent (0 bis >100) (gemäß der Systematik des Verfahrens können in einigen Leistungsbereichen Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden).	1	Zahl, 3-stellig mit 1 Nachkommastelle; Wertebereich: 0,0..999,9	C-1.1	
Kommentar_PNTX	Kommentar des Krankenhauses für die Leistungsbereiche „Nierentransplantation“ und „Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation“.	0..1	Text, max. Zeichenanzahl: 500	C-1.1	
Dokumentationsrate_Mehrfach	Mehrfachverwendung von Dokumentationsraten (falls Dokumentationsraten zu dieser Betriebsstätte auch in anderen Qualitätsberichten erscheinen – standortübergreifende Dokumentationsraten).	0..1	Kein Inhalt	C-1.1	Falls vorhanden, stehen weitere Informationen unter Kommentar_PNTX.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

7.2 Element <Ergebnis>

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

7.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit>

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

7.2.2 Element <Auswertungseinheit>

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

Diese Richtlinie/Version ist nicht mehr in Kraft

7.2.2.1 Element <Qualitaetsindikator>

Elternelemente: *7.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit>, 7.2.2 Element <Auswertungseinheit>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Kuerzel_Leistungsbereich	Kürzel des Leistungsbereiches.	1	*Auswahlliste:* Aus der Tabelle A von Anhang 3 zu Anlage 1 sind alle Kürzel gültig.	C-1.2	
Kuerzel_Qualitaetsindikator	Kürzel des Qualitätsindikators.	1	*Schlüsselauswahl-liste:* Aus der Tabelle A von Anhang 3 zu Anlage 1 sind alle Kürzel gültig.	C-1.2	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Qualitaetsindikator> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Bezug_Infektion	Dieses Element ist einzufügen, falls ein Bezug zu Infektionen besteht.	0..1	Kein Inhalt	C-1.2	
Empirisch_Statistische_Bewertung	Statistische Einstufung (Empirie) aus dem „Bericht zur Prüfung und Bewertung der Indikatoren der externen stationären Qualitätssicherung hinsichtlich ihrer Eignung für die einrichtungsbezogene öffentliche Berichterstattung“.	1	Zeichenkette	C-1.2	
Abgeschlossener_Strukt_Dialog	Wenn der Strukturierte Dialog abgeschlossen ist, stehen in diesem Element Ergebnis_Berichtsjahr und ggf. Vertrauensbereich, Ergebnis sowie Zähler und Nenner.	1	*siehe 7.2.2.1 - 1*	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

Elternelemente: ***7.2.1 Element <Einzige_Auswertungseinheit>, 7.2.2 Element <Auswertungseinheit>***					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Strukt_Dialog_Nicht_Abgeschlossen	Dieses Element ist anzugeben, wenn der Strukturierte Dialog noch nicht abgeschlossen ist.	1	Kein Inhalt	C-1.2	Der Strukturierte Dialog ist noch nicht abgeschlossen. Derzeit ist noch keine Einstufung der Ergebnisse möglich.
Kommentar_Beauftragte_Stelle	Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene zum Ergebnis des Krankenhauses in diesem Qualitätsindikator und zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs.	0..1	Text, max. Zeichenanzahl: 500	C-1.2	Es ist nur der Kommentar des Fachgremiums auf Landes- oder Bundesebene zum Ergebnis des Krankenhauses in diesem Qualitätsindikator und zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs zulässig.
Kommentar_Krankenhaus	Kommentar des Krankenhauses zu seinem Ergebnis in diesem Qualitätsindikator und zu den Ergebnissen des Strukturierten Dialogs.	0..1	Text, max. Zeichenanzahl: 500	C-1.2	
Ergebnis_Mehrfach	Mehrfachverwendung von Ergebnissen (falls Ergebnisse zu dieser Auswertungseinheit auch in anderen Qualitätsberichten erscheinen – standortübergreifende Ergebnisse).	0..1	Kein Inhalt	C-1.2	Falls vorhanden, stehen weitere Informationen unter Kommentar_Krankenhaus.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

7.2.2.1 - 1 Element <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>

Elternelemente: *7.2.2.1 Element <Qualitaetsindikator>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häu-fig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Ergebnis_Berichtsjahr	Einstufung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs.	1	*Auswahlliste (Schlüssel lt. Anl. 1 der QB-Vereinbarung)*: Bewertung nicht vorgesehen: N01 = Qualitätsindikator ohne Ergebnis, da entsprechende Fälle nicht aufgetreten sind N02 = Referenzbereich ist für diesen Indikator nicht definiert N99 = Sonstiges (im Kommentar erläutert) Ergebnis liegt im Referenzbereich: R10 = Ergebnis rechnerisch unauffällig, daher kein Strukturierter Dialog erforderlich Einrichtung auf rechnerisch auffälliges Ergebnis hingewiesen: H20 = Aufforderung an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zur Analyse der rechnerischen Auffälligkeit	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in

			H99 = Sonstiges (im Kommentar erläutert) Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ unauffällig: U31 = Besondere klinische Situation U32 = Das abweichende Ergebnis erklärt sich durch Einzelfälle U33 = Kein Hinweis auf Mängel der medizinischen Qualität (vereinzelte Dokumentationsprobleme) U99 = Sonstiges (im Kommentar erläutert) Bewertung nach Strukturiertem Dialog als qualitativ auffällig: A41 = Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel A42 = Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt A99 = Sonstiges (im Kommentar erläutert) Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation: D50 = Unvollzählige		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

			oder falsche Dokumentation D51 = Softwareprobleme haben eine falsche Dokumentation verursacht D99 = Sonstiges (im Kommentar erläutert) Sonstiges: S90 = Verzicht auf Maßnahmen im Strukturierten Dialog S99 = Sonstiges (im Kommentar erläutert)		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Vergleich_vorheriges_Berichtsjahr	Qualitative Bewertung des Qualitätsindikators im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht.	1	*Auswahlliste:* Das Ergebnis des Strukturierten Dialogs bei diesem Qualitätsindikator hat sich im Vergleich zum vorherigen Berichtsjahr: „verbessert“ „unverändert“ „verschlechtert“ „eingeschränkt/nicht vergleichbar“	C-1.2	
Vertrauensbereich_Krankenhaus	Untere und obere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs.	0..1	*siehe 7.2.2.1 - 1.1*	C-1.2	Wenn dem Krankenhaus kein Ergebnis vorliegt, sind die Elemente <Vertrauensbereich_Krankenhaus>, <Ergebnis> und <Zaehler_Nenner> nicht anzugeben. Wenn im Feld Zaehler/Nenner aus Datenschutzgründen keine Angabe erfolgen kann, werden die Elemente Ergebnis und Vertrauensbereich_Krankenhaus nicht angegeben.
Vertrauensbereich_Bundesweit	Untere und obere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs.	1	*siehe 7.2.2.1 - 1.1*	C-1.2	
Ergebnis	Ergebnis des Krankenhauses in diesem Qualitätsindikator.	0..1	Zahl, n-stellig mit bis zu 2 Nachkommastellen-Bei Prozentzahlen sind Werte von 0 bis 100 einzutragen.	C-1.2	
Ergebnis_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element <Zaehler_Nenner_Datenschutz> angeben wurde.	0..1	*siehe 7.2.2.1 - 1.2*	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Zaehler_Nenner		0..1	*siehe 7.2.2.1 - 1.3*	C-1.2	
Zaehler_Nenner_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn Zähler 1 bis 3 oder Nenner < 4 ist.	0..1	Kein Inhalt	C-1.2	Nicht anzuwenden bei O/E-Qualitätsindikatoren.
Zaeh-ler_Nenner_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbe-richt anzugeben, wenn in min-destens einem Einzelbericht das Element <Zaeh-ler_Nenner_Datenschutz> ange-ben wurde.	0..1	*siehe 7.2.2.1 - 1.4*	C-1.2	**(!)** Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Entwick-lung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr	Rechnerisch ermittelte Entwick-lung zum vorherigen Berichts-jahr.	0..1	*Auswahlliste*: „verschlechtert“ „unverändert“ „verbessert“ „eingeschränkt/nicht vergleichbar“	C-1.2	
Bundesdurchschnitt	Bundesdurchschnittswert dieses Qualitätsindikators.	1	Zahl, n-stellig mit bis zu 2 Nachkommastellen Bei Prozentzahlen sind Werte von 0 bis 100 einzutragen.	C-1.2	
Referenzbereich	Bundesweiter Referenzbereich dieses Qualitätsindikators.	1	Zeichenkette	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

7.2.2.1 - 1.1 Element <Vertrauensbereich_Krankenhaus>, Element <Vertrauensbereich_Bundesweit>

Elternelemente: *7.2.2.1 - 1 Element <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>*

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Vertrauensbereich_Untere_Grenze	Untere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs zum Ergebnis des Krankenhauses / zum bundesweiten Ergebnis in diesem Qualitätsindikator.	1	Zahl, n-stellig mit bis zu 2 Nachkommastellen	C-1.2	
Vertrauensbereich_Obere_Grenze	Obere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs zum Ergebnis des Krankenhauses / zum bundesweiten Ergebnis in diesem Qualitätsindikator.	1	Zahl, n-stellig mit bis zu 2 Nachkommastellen	C-1.2	

7.2.2.1 - 1.2 Element <Ergebnis_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>

Elternelemente: *7.2.2.1 - 1 Element <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>*

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Ergebnis_Untere_Grenze	Untere Grenze der in den Standortberichten enthaltenen Ergebnisse.	0..1	Zahl, n-stellig mit bis zu 2 Nachkommastellen	C-1.2	
Ergebnis_Obere_Grenze	Obere Grenze der in den Standortberichten enthaltenen Ergebnisse.	0..1	Zahl, n-stellig mit bis zu 2 Nachkommastellen	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

7.2.2.1 - 1.3 Element <Zaehler_Nenner>

Elternelemente: *7.2.2.1 - 1 Element <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>, 7.2.2.1 - 1.4 Element <Zaehler_Nenner_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Zaehler	Zähler des Krankenhauses in diesem Qualitätsindikator.	0..1	Wertebereich: 0 oder 4..100000 bzw. 0,00..100,00 mit 2 Nachkommastellen	C-1.2	Der zweite Wertebereich gilt bei O/E-Qualitätsindikatoren, da dort Raten angegeben werden.
Nenner	Nenner des Krankenhauses in diesem Qualitätsindikator.	1	Wertebereich: 4..100000 bzw. 0,00..100,00 mit 2 Nachkommastellen	C-1.2	Der zweite Wertebereich gilt bei O/E-Qualitätsindikatoren, da dort Raten angegeben werden.

7.2.2.1 - 1.4 Element <Zaehler_Nenner_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>

Elternelemente: *7.2.2.1 - 1 Element <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>*					
Elementname	**Beschreibung**	**Häufig.**	**Inhalt/Format**	**Nr.**	**Hinweis**
Zaehler_Nenner		0..1	*siehe 7.2.2.1 - 1.3*	C-1.2	
Anzahl_ZN_Datenschutz	Anzahl der Einzelberichte, in denen das Element <Zaehler_Nenner_Datenschutz> angegeben wurde.	1	Wertebereich: 1..100	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

8 Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen

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

Die Validierung ist weitestgehend durch die Schemadatei abgedeckt.

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

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

Falls in 7. Element <Externe_Qualitaetssicherung> aber 7.1 Element <Dokumentationsrate> vorhanden ist, dann ist zu beachten, dass die Elemente 7.1.1 Element <Einzige_Betriebsstaette> bzw. 7.1.2 Element <Betriebsstaette> nicht leer sind, sie müssen mindestens eins der drei Elemente 7.1.2.1 Element <Leistungsbereich>, 7.1.2.2 Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche> und 7.1.2.3 Element <Nierenchirurgische_Leistungsbereiche> enthalten.

8.1 Zusätzliche Prüfungen

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

1) Bei der Angabe einer Standortnummer 00 darf kein weiterer Standort zum gleichen IK angegeben werden. Bei einer Standortnummer > 00 müssen mindestens 3 Berichte abgegeben werden, und zwar der Gesamtbericht mit der Standortnummer 99 und die Einzelberichte der Standorte 01, 02 usw.

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

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

4) Sollen die Dokumentationsraten zu einem IK in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, ist das Element **Dokumentationsrate_Mehrfach** in 7.1.2.1 Element <Leistungsbereich> bzw. 7.1.2.2 Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche> bzw. 7.1.2.3 Element <Nierenchirurgische_Leistungsbereiche> anzugeben (bei allen Standorten dieses IK), und hierauf wird im Element **Kommentar_Krankenhaus** bzw. in **Kommentar_HCH** bzw. in **Kommentar_PNTX** hingewiesen.

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

9 Anhang

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

9.1 Liste der Leistungsbereiche für Dokumentationsraten

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

Hinweis: Die Kürzel sind auch bei der Datenübermittlung zu verwenden (siehe hierzu auch 7.1.2.1 Element <Leistungsbereich> bzw. 7.1.2.2 Element <Herzchirurgische_Leistungsbereiche> bzw. 7.1.2.3 Element <Nierenchirurgische_Leistungsbereiche>).

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

9.2 Liste der Qualitätsindikatoren

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahllisten für das Berichtsjahr 2014

Auswahlliste „Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote" (A-5)

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

		Koronarsportgruppe
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	*z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie*
MP61	Redressionstherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP38	Sehschule/Orthoptik	
MP62	Snoezelen	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	*z. B. Besichtigungen und Führungen (Kreißsaal, Hospiz etc.), Vorträge, Informationsveranstaltungen*
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	*z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe*
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	*z. B. Babyschwimmen, Babymassage, PEKiP*
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	*z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais*
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	*z. B. Schreiambulanz, Tragetuchkurs, Babymassagekurs, Elterncafé, Erziehungsberatung*
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	*z. B. Forced-Use-Therapie, Taub´sche Therapie, Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie*
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen	*z. B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote*
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	*z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Brustschwester*
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP46	Traditionelle Chinesische Medizin	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	*z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris*
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote" (A-6)

Nr.	Leistungsangebot	Zusatzangaben (verpflichtend)	Kommentar/ Erläuterung
Patientenzimmer			
NM02	Ein-Bett-Zimmer		*z.B. Anzahl*
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		*z.B. Anzahl*
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		*z.B. Anzahl*
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		*z.B. Anzahl*
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		*z.B. Anzahl*
Ausstattung der Patientenzimmer			
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag	*z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben*
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag	*z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben*
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag	*z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben*
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag / pro Minute ins deutsche Festnetz / bei eintreffenden Anrufen	*z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben*
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer		
Besondere Ausstattung des Krankenhauses			
NM48	Geldautomat		
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde / Tag	*z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben*
NM36	Schwimmbad/Bewegungsbad		
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		
Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder			
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung		
NM63	Schule im Krankenhaus		
NM64	Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet		
NM50	Kinderbetreuung		*z.B. Alter der Kinder, Öffnungszeiten, Link zur Webseite mit aktuellen Angaben*
Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen		
NM65	Hotelleistungen		*z.B. Link zur Webseite*
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Art der besonderen Ernährungsgewohnheit (z.B. vegane Küche)	*z.B. jüdische/ muslimische Ernährung, vegetarische/ vegane Küche*
NM42	Seelsorge		
NM67	Andachtsraum		

Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit" (A-7 und B-[X].4)

Nr.	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar/Erläuterung
Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen		
BF01	Beschriftung von Zimmern in Blindenschrift	*z.B. Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift*
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	
BF03	Tastbarer Gebäudeplan	
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	
BF05	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche o.ä.	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit		
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin	
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung		
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße		
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien		
BF23	Allergenarme Zimmer	
BF24	Diätetische Angebote	
Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit		
BF25	Dolmetscherdienst	*z.B. Türkisch*
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	*z.B. Russisch, Englisch*
Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit		
BF27	Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für „Barrierefreiheit“	*Name(n), Telefon, E-Mail*
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Forschung und akademische Lehre“ (A-8.1)

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

Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (A-8.2)

Nr.	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/Erläuterung
HB15	Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)	
HB16	Diätassistent und Diätassistentin	
HB10	Entbindungspfleger und Hebamme	
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin	
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
HB17	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin	
HB09	Logopäde und Logopädin	
HB13	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
HB12	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	
HB05	Medizinisch-technischer-Radiologieassistent und Medizinisch-technische-Radiologieassistentin (MTRA)	
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)	
HB14	Orthoptist und Orthoptistin	
HB11	Podologe und Podologin	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal" (A-11.3)

Nr.	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/ Erläuterung
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP36	Entspannungspädagoge und Entspannungspädagogin/Entspannungstherapeut und Entspannungstherapeutin/Entspannungstrainer und Entspannungstrainerin (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrer und Heileurhythmielehrerin/Feldenkraislehrer und Feldenkraislehrerin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	
SP06	Erzieher und Erzieherin	
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagoge/ Gymnastik- und Tanzpädagogin	
SP08	Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerin	
SP09	Heilpädagoge und Heilpädagogin	
SP39	Heilpraktiker und Heilpraktikerin	
SP30	Hörgeräteakustiker und Hörgeräteakustikerin	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	
SP57	Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin	
SP14	Logopäde und Logopädin/ Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	*z. B. für Babymassage*
SP02	Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	
SP17	Oecotrophologe und Oecothrophologin (Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin)	
SP18	Orthopädiemechaniker und Bandagist und Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin	
SP19	Orthoptist und Orthoptistin/ Augenoptiker und Augenoptikerin	
SP20	Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP22	Podologe und Podologin (Fußpfleger und Fußpflegerin)	
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	
SP40	Sozialpädagogischer Assistent und Sozialpädagogische Assistentin/ Kinderpfleger und Kinderpflegerin	
SP35	Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/ zur Diabetesberaterin	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen" (A-12.2.3)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name letzte Aktualisierung (Datum)
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Auswahloptionen (*Mehrfachangaben möglich*): -Tumorkonferenzen -Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen -Pathologiebesprechungen -Palliativbesprechungen -Qualitätszirkel -Andere: (Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP Zeit und erwarteten Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Auswahlliste „Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems" (A-12.2.3.1)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung (Datum)
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Auswahloptionen: -monatlich -quartalsweise -halbjährlich -jährlich -bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermelde-system und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Auswahloptionen: -monatlich -quartalsweise -halbjährlich -jährlich -bei Bedarf

Auswahlliste „Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen" (A-12.2.3.2)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	
(Mehrfachauswahl möglich)		
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF04	CIRS-Palliativ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF05	CIRS-msp (Referenzzentrum Mammographie Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF06	CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF07	CIRS Urologie (Berufsverband der Urologen, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF08	CIRS Notfallmedizin (Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin, Klinikum Kempten)	
EF09	Coliquio (kooperatives Forschungsprojekt der Hochschule Konstanz)	
EF10	CIRS der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)	
EF11	CIRS der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)	
EF12	„Jeder Fehler zählt“ (Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt)	
EF13	DokuPIK (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus beim Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA))	
EF14	CIRS Health Care	
EF15	PaSIS (Patientensicherheits- und Informationssystem des	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Universitätsklinikums Tübingen)	
EF16	CIRS-Pädiatrie (Bundesverband Kinder- und Jugendärzte; Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer; Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)	
EF17	DGHO-CIRS (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie)	
EF00	Sonstiges	*(Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement" (A-12.3.2)

Nr.	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	Link angeben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	Auswahloptionen/Module: -AMBU-KISS -CDAD-KISS -DEVICE-KISS -HAND-KISS -ITS-KISS -MRSA-KISS -NEO-KISS -ONKO-KISS -OP-KISS -STATIONS-KISS -SARI *(Mehrfachangaben möglich)*
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name *(Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)*
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Auswahloptionen: -Teilnahme (ohne Zertifikat) -Zertifikat Bronze -Zertifikat Silber -Zertifikat Gold
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM06	Regelmäßig tagende Hygienekommission	Auswahloptionen: -monatlich -quartalsweise -halbjährlich -jährlich -bei Bedarf
HM07	Risikoadaptiertes MRSA Aufnahmescreening	
HM08	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung" (A-13)

Nr.	Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzangabe: 24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA (X)	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja/Nein	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X)	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja/Nein	
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja/Nein	
AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja/Nein	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja/Nein	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung (X)		Ja/Nein	z. B. ECMO/ECLA
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja/Nein	
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph (X)		Ja/Nein	
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse		
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja/Nein	z. B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		
AA56	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoff-Ionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten		zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion
AA33	Uroflow/Blasendruck-messung/Urodynami-scher Messplatz	Harnflussmessung		

Auswahlliste „Medizinische Leistungsangebote“ (B-[X].3 und B-[X].8)

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde	Kommentar/Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	*z. B. auch Hornhauttransplantation*
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	*z. B. Behandlung von Gefäßverschlüssen (Rheologie), Diagnostik und Therapie der Frühgeborenenretinopathie*
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	*z. B. intravitreale Injektionen*
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	*z. B. auch refraktive Chirurgie*
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	*z. B. Sehschule*
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation	
VA13	Anpassung von Sehhilfen	
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen	
VA15	Plastische Chirurgie	
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA17	Spezialsprechstunde	
VA18	Laserchirurgie des Auges	
VA00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie**	**Kommentar/Erläuterung**
	Herzchirurgie	
VC01	Koronarchirurgie	*z. B. Bypasschirurgie*
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikelaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur	
VC03	Herzklappenchirurgie	*z. B. Klappenkorrektur, Klappenersatz*
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VC07	Herztransplantation	
VC08	Lungenembolektomie	
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen	
VC10	Eingriffe am Perikard	*z. B. bei Panzerherz*
	Thoraxchirurgie	
VC11	Lungenchirurgie	
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC59	Mediastinoskopie	
	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	*z. B. Carotischirurgie*
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	*z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)*
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	*z. B. Schilddrüsenchirurgie*
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	*z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie*
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC25	Transplantationschirurgie	
VC60	Adipositaschirurgie	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC68	Mammachirurgie	
	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63	Amputationschirurgie	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC69	Verbrennungschirurgie	
	Neurochirurgie	
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschl. Schädelbasis)	
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen	*z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome*
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust-	*z. B. Vertebroplastie*

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

	und Lendenwirbelsäule	
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark	
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	*z. B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronische Wirbelsäulenschmerzen*
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sog. "Funktionelle Neurochirurgie“)	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC70	Kinderneurochirurgie	
	Allgemein	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	*z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)*
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VC00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	*z. B. Photodynamische Tumortherapie*
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen	
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	*z. B. Schweiß- und Talgdrüsenerkrankungen*
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	*z. B. auch Kollagenosen, altersbedingte Hautveränderungen*
VD11	Spezialsprechstunde	
VD12	Dermatochirurgie	*z. B. auch ästhetische Dermatochirurgie*
VD13	Ästhetische Dermatologie	
VD14	Andrologie	
VD15	Dermatohistologie	
VD16	Dermatologische Lichttherapie	
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen	*z. B. auch Extrakorporale Photopherese*
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen	
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VD00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe**	**Kommentar/Erläuterung**
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VG05	Endoskopische Operationen	*z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie*
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	*z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom*
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	*z. B. Endometriose*
VG15	Spezialsprechstunde	
VG16	Urogynäkologie	
VG17	Reproduktionsmedizin	
VG18	Gynäkologische Endokrinologie	
VG19	Ambulante Entbindung	
VG00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO**	**Kommentar/Erläuterung**
	Ohr	
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	
VH04	Mittelohrchirurgie	*z. B. Hörverbesserung, implantierbare Hörgeräte*
VH05	Cochlearimplantation	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	
VH27	Pädaudiologie	
	Nase	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln	
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VI 32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
	Mund/Hals	
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	*z. B. auch Stimmstörungen*
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH25	Schnarchoperationen	
	Onkologie	
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
	Rekonstruktive Chirurgie	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	
VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
	Allgemein	
VH23	Spezialsprechstunde	
VH26	Laserchirurgie	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VH00	(„Sonstiges“)	

Diese Richtlinien Version ist nicht mehr in Kraft.

Nr.	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin	Kommentar/Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	*z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)*
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	*z. B. Diabetes, Schilddrüse*
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	*z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs*
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI26	Naturheilkunde	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI28	Anthroposophische Medizin	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI35	Endoskopie	*z. B. auch Kapselendoskopie*
VI36	Mukoviszidosezentrum	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI41	Shuntzentrum	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	*z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn*
VI44	Geriatrische Tagesklinik	
VI45	Stammzelltransplantation	
VI00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	*z. B. Multiple Sklerose*
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	*z. B. von Hirnnerven*
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN20	Spezialsprechstunde	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	
VN22	Schlafmedizin	
VN23	Schmerztherapie	
VN24	Stroke Unit	
VN00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie**	**Kommentar/Erläuterung**
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	
VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO17	Rheumachirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VO21	Traumatologie	
VO00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie**	**Kommentar/Erläuterung**
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen	
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen	
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen	
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen	
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien	*z. B. Ullrich-Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Marfan-Syndrom)*
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen	
VK25	Neugeborenenscreening	*z. B. Hypothyreose, Adreno-genitales Syndrom (AGS)*
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VK28	Pädiatrische Psychologie	
VK29	Spezialsprechstunde	
VK30	Immunologie	
VK31	Kinderchirurgie	
VK32	Kindertraumatologie	
VK33	Mukoviszidosezentrum	
VK34	Neuropädiatrie	
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum	
VK36	Neonatologie	
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen	
VK00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/ Psychosomatik**	**Kommentar/Erläuterung**

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	*z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel*
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	
VP00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
	Ultraschalluntersuchungen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
	Projektionsradiographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	*z. B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie*
	Computertomographie (CT)	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR13	Elektronenstrahltomographie (EBT)	
	Optische Verfahren	
VR14	Optische laserbasierte Verfahren	
	Darstellung des Gefäßsystems	
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR17	Lymphographie	
	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	
VR18	Szintigraphie	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
	Magnetresonanztomographie (MRT)	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
	Andere bildgebende Verfahren	
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
	Strahlentherapie	
VR30	Oberflächenstrahlentherapie	
VR31	Orthovoltstrahlentherapie	
VR32	Hochvoltstrahlentherapie	*z. B. Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)*
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	
VR34	Radioaktive Moulagen	
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	
	Nuklearmedizinische Therapie	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	
VR39	Radiojodtherapie	
	Allgemein	
VR40	Spezialsprechstunde	
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR42	Kinderradiologie	
VR43	Neuroradiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR45	Intraoperative Bestrahlung	
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen	
VR47	Tumorembolisation	
VR00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie und Nephrologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU08	Kinderurologie	
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	
VU15	Dialyse	
VU16	Nierentransplantation	
VU17	Prostatazentrum	
VU18	Schmerztherapie	
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	
VG16	Urogynäkologie	
VU00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**	**Kommentar/Erläuterung**
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde	
VZ03	Dentale Implantologie	
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie	
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien	
VZ17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich	
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne	
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates	
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks	
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
VZ11	Endodontie	*z. B. Wurzelkanalbehandlungen*
VZ12	Epithetik	*z. B. Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen*
VZ13	Kraniofaziale Chirurgie	
VZ19	Laserchirurgie	
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose	
VZ00	(„Sonstiges“)	
Nr.	**Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen**	**Kommentar/Erläuterung**
VX00	(„Sonstiges“)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

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

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

Nr.	Nr. der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 20. Februar 2014	Angebotene Leistungen	Kommentar/Erläuterung
LK01	Anlage 1 Nr. 1	CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	
LK02	Anlage 1 Nr. 2	Brachytherapie	
LK03	Anlage 2 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose	
LK04	Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie)	
LK05	Anlage 2 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen	
LK06	Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen	
LK07	Anlage 2 Nr. 5	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems)	
LK08	Anlage 2 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit biliärer Zirrhose	
LK09	Anlage 2 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit primär sklerosierender Cholangitis	
LK10	Anlage 2 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Morbus Wilson	
LK11	Anlage 2 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Transsexualismus	
LK12	Anlage 2 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Kindern mit folgenden angeborenen Stoffwechselstörungen: a) Adrenogenitales Syndrom b) Hypothyreose c) Phenylketonurie d) Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel) e) Galactosaemie	
LK13	Anlage 2 Nr. 11	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Marfan-Syndrom	
LK14	Anlage 2 Nr. 12	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit pulmonaler Hypertonie	
LK25	Anlage 2 Nr. 13	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Tuberkulose	
LK26	Anlage 2 Nr. 14	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit neuromuskulären Erkrankungen	
LK27	Anlage 2 Nr. 15	Diagnostik und Therapie von Patienten und Patientinnen mit Kurzdarmsyndrom	
LK28	Anlage 2 Nr. 16	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen vor oder nach Lebertransplantation	
LK15	Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen	
LK16	Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit HIV/AIDS	
LK17	Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schweren Verlaufsformen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

		rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche)	
LK18	Anlage 3 Nr. 4	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3-4)	
LK20	Anlage 3 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Multipler Sklerose	
LK21	Anlage 3 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Anfallsleiden	
LK22	Anlage 3 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie	
LK23	Anlage 3 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden	
LK24	Anlage 3 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen	
Nr.	Nr. der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 20. Februar 2014	Angebotene Leistungen	Kommentar/ Erläuterung
LK29	Anlage 1 a)	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	
LK30	Anlage 2 a)	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	

Diese Richtlinien-Version ist ... Kraft.

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

Nr.	**Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)**	**Kommentar/Erläuterung** (z. B. Weiterbildungsbefugnisse)
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ01	Anästhesiologie	
AQ02	Anatomie	
AQ03	Arbeitsmedizin	
AQ04	Augenheilkunde	
AQ05	Biochemie	
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	
AQ07	Gefäßchirurgie	
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten	
AQ08	Herzchirurgie	
AQ21	Humangenetik	
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin	
AQ23	Innere Medizin	

AQ24	Innere Medizin und SP Angiologie	
AQ25	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie	
AQ27	Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie	
AQ29	Innere Medizin und SP Nephrologie	
AQ30	Innere Medizin und SP Pneumologie	
AQ31	Innere Medizin und SP Rheumatologie	
AQ65	Kieferorthopädie	
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	
AQ33	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie	
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie	
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie	
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
AQ09	Kinderchirurgie	
AQ47	Klinische Pharmakologie	
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
AQ41	Neurochirurgie	
AQ42	Neurologie	
AQ43	Neuropathologie	
AQ44	Nuklearmedizin	
AQ45	Öffentliches Gesundheitswesen	
AQ66	Oralchirurgie	
AQ61	Orthopädie	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
AQ46	Pathologie	
AQ48	Pharmakologie und Toxikologie	
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	
AQ50	Physiologie	
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ52	Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
AQ54	Radiologie	
AQ55	Radiologie, SP Kinderradiologie	
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie	
AQ57	Rechtsmedizin	
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
AQ58	Strahlentherapie	
AQ12	Thoraxchirurgie	
AQ59	Transfusionsmedizin	
AQ62	Unfallchirurgie	
AQ60	Urologie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
AQ64	Zahnmedizin	
Nr.	**Zusatz-Weiterbildung**	**Kommentar/Erläuterung**
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF02	Akupunktur	
ZF03	Allergologie	
ZF04	Andrologie	
ZF05	Betriebsmedizin	
ZF06	Dermatohistologie	
ZF07	Diabetologie	
ZF08	Flugmedizin	
ZF09	Geriatrie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	
ZF11	Hämostaseologie	
ZF12	Handchirurgie	
ZF13	Homöopathie	
ZF14	Infektiologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	
ZF17	Kinder-Gastroenterologie	
ZF18	Kinder-Nephrologie	
ZF19	Kinder-Orthopädie	
ZF20	Kinder-Pneumologie	
ZF21	Kinder-Rheumatologie	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden –	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF26	Medizinische Informatik	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF29	Orthopädische Rheumatologie	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF31	Phlebologie	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF33	Plastische Operationen	
ZF34	Proktologie	
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
ZF39	Schlafmedizin	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	
ZF46	Tropenmedizin	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Nr.	Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss	Kommentar/Erläuterung
PQ01	Bachelor	
PQ02	Diplom	
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ06	Master	
PQ11	Nephrologische Pflege	
PQ07	Onkologische Pflege	
PQ08	Operationsdienst	
PQ09	Pädiatrische Intensivpflege	
PQ10	Psychiatrische Pflege	
Nr.	**Zusatzqualifikation**	**Kommentar/Erläuterung**
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	

ZP17	Case Management	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP03	Diabetes	*z. B. Diabetesberatung*
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	*z. B. Überleitungspflege*
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatrie	*z. B. Zercur*
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP11	Notaufnahme	
ZP20	Palliative Care	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP21	Rehabilitation	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP15	Stomamanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	

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

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

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

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

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

Nr.	Beschluss	Kommentar/Erläuterung

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma	
CQ02	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten	
CQ03	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde	
CQ04	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Protonentherapie in Krankenhäusern bei der Indikation Rektumkarzinom	
CQ05	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1	
CQ06	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 2	
CQ07	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinataler Schwerpunkt	
CQ08	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Abs. 1 Nr. 2 SGB V	
CQ09	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und periostgedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk	
CQ10	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk	
CQ11	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patienten und Patientinnen mit inoperablem hepatozellulärem Karzinom (HCC)	
CQ12	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms	
CQ13	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Kontakt-Laserablation der Prostata (CLAP)	
CQ14	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Visuelle Laserablation der Prostata (VLAP)	
CQ15	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP)	
CQ16	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Thulium-Laserresektion der Prostata (TmLRP)	
CQ17	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Transurethrale Mikrowellentherapie (TUMT)	
CQ18	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patienten und Patientinnen mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach zwei bis vier Zyklen Chemotherapie / Chemoimmuntherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Chemotherapie / Chemoimmuntherapie	
CQ19	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patienten und Patientinnen mit inoperablem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) der UICC Stadien I-III	
CQ20	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Enukleation der Prostata mittels Thulium-Laser (TmLEP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)	
CQ21	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit Ösophaguskarzinom	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahllisten für das Berichtsjahr 2015

Auswahlliste „Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote" (A-5)

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	*z. B. Nichtraucher/innen-Kurse, Koronarsportgruppe*
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/ Psychosozialdienst	*z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrative Bewegungstherapie*
MP61	Redressionstherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP38	Sehschule/Orthoptik	
MP62	Snoezelen	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	*z. B. Besichtigungen und Führungen (Kreißsaal, Hospiz etc.), Vorträge, Informationsveranstaltungen*
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	*z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe*
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	*z. B. Babyschwimmen, Babymassage, PEKiP*
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	*z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais*
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	*z. B. Schreiambulanz, Tragetuchkurs, Babymassagekurs, Elterncafé, Erziehungsberatung*
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	*z. B. Forced-Use-Therapie, Taub´sche Therapie, Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie*
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen	*z. B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote*
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	*z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Brustschwester*
MP43	Stillberatung	
MP44	Stimm- und Sprachtherapie/Logopädie	
MP45	Stomatherapie/-beratung	
MP46	Traditionelle Chinesische Medizin	
MP47	Versorgung mit Hilfsmitteln/Orthopädietechnik	
MP67	Vojtatherapie für Erwachsene und/oder Kinder	
MP48	Wärme- und Kälteanwendungen	
MP50	Wochenbettgymnastik/Rückbildungsgymnastik	
MP51	Wundmanagement	*z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris*
MP68	Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote" (A-6)

Nummer	Leistungsangebot	Zusatzangaben (verpflichtend)	Kommentar/ Erläuterung
Patientenzimmer			
NM02	Ein-Bett-Zimmer		*z.B. Anzahl*
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		*z.B. Anzahl*
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		*z.B. Anzahl*
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		*z.B. Anzahl*
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		*z.B. Anzahl*
Ausstattung der Patientenzimmer			
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag	*z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben*
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag	*z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben*
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag	*z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben*
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag/pro Minute ins deutsche Festnetz/bei eintreffenden Anrufen	*z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben*
NM19	Wertfach/Tresor am Bett/im Zimmer		
Besondere Ausstattung des Krankenhauses			
NM48	Geldautomat		
NM30	Klinikeigene Parkplätze für Besucher und Besucherinnen sowie Patienten und Patientinnen	Kosten pro Stunde/Tag	*z.B. Link zur Webseite mit aktuellen Preisangaben*
NM36	Schwimmbad/Bewegungsbad		
NM01	Gemeinschafts- oder Aufenthaltsraum		
Angebote für schulpflichtige Patienten, Patientinnen und deren Kinder			
NM62	Schulteilnahme in externer Schule/Einrichtung		
NM63	Schule im Krankenhaus		
NM64	Schule über elektronische Kommunikationsmittel, z.B. Internet		
NM50	Kinderbetreuung		*z.B. Alter der Kinder, Öffnungszeiten, Link zur Webseite mit aktuellen Angaben*
Individuelle Hilfs- und Serviceangebote			
NM07	Rooming-in		
NM09	Unterbringung Begleitperson (grundsätzlich möglich)		
NM40	Empfangs- und Begleitdienst für Patienten und Patientinnen sowie Besucher und Besucherinnen durch ehrenamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen		
NM49	Informationsveranstaltungen für Patienten und Patientinnen		
NM65	Hotelleistungen		*z.B. Link zur Webseite*
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Art der besonderen Ernährungsgewohnheit (z.B. vegane Küche)	*z.B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche*
NM42	Seelsorge		
NM67	Andachtsraum		

Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit" (A-7 und B-[X].4)

Nummer	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar/Erläuterung
Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen		
BF01	Beschriftung von Zimmern in Blindenschrift	*z.B. Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift*
BF02	Aufzug mit Sprachansage/Braille-Beschriftung	
BF03	Tastbarer Gebäudeplan	
BF04	Gut lesbare, große und kontrastreiche Beschriftung	
BF05	Blindenleitsystem bzw. personelle Unterstützung für sehbehinderte oder blinde Menschen	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Mobilitätseinschränkungen		
BF06	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette und Dusche oder Ähnliches	
BF07	Zimmer mit rollstuhlgerechter Toilette	
BF08	Rollstuhlgerechter Zugang zu allen/den meisten Serviceeinrichtungen	
BF09	Rollstuhlgerecht bedienbarer Aufzug	
BF10	Rollstuhlgerechte Toiletten für Besucher und Besucherinnen	
BF11	Besondere personelle Unterstützung	
Organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Hörbehinderung oder Gehörlosigkeit		
BF12	Gebärdendolmetscher oder Gebärdendolmetscherin	
BF13	Übertragung von Informationen in LEICHTE SPRACHE	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung		
BF14	Arbeit mit Piktogrammen	
BF15	Bauliche Maßnahmen für Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
BF16	Besondere personelle Unterstützung von Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße		
BF17	Geeignete Betten für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße (Übergröße, elektrisch verstellbar)	
BF18	OP-Einrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: Schleusen, OP-Tische	
BF19	Röntgeneinrichtungen für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße	
BF20	Untersuchungsgeräte für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße: z.B. Körperwaagen, Blutdruckmanschetten	
BF21	Hilfsgeräte zur Pflege für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Patientenlifter	
BF22	Hilfsmittel für Patienten und Patientinnen mit besonderem Übergewicht oder besonderer Körpergröße, z.B. Anti-Thrombosestrümpfe	
Bauliche und organisatorische Maßnahmen zur Berücksichtigung des besonderen Bedarfs von Patienten oder Patientinnen mit schweren Allergien		
BF23	Allergenarme Zimmer	
BF24	Diätetische Angebote	
Berücksichtigung von Fremdsprachlichkeit		
BF25	Dolmetscherdienst	*z.B. Türkisch*
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	*z.B. Russisch, Englisch*
Organisatorische Rahmenbedingungen zur Barrierefreiheit		
BF27	Beauftragter und Beauftragte für Patienten und Patientinnen mit Behinderungen und für „Barrierefreiheit“	*Name(n), Telefon, E-Mail*
BF28	Interne und/oder externe Erhebung der Barrierefreiheit	

Diese Richtlinienversion ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Forschung und akademische Lehre“ (A-8.1)

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

Auswahlliste „Ausbildung in anderen Heilberufen“ (A-8.2)

Nummer	Ausbildung in anderen Heilberufen	Kommentar/Erläuterung
HB15	Anästhesietechnischer Assistent und Anästhesietechnische Assistentin (ATA)	
HB16	Diätassistent und Diätassistentin	
HB10	Entbindungspfleger und Hebamme	
HB06	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	
HB01	Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerin	
HB02	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin	
HB03	Krankengymnast und Krankengymnastin/Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
HB17	Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferin	
HB09	Logopäde und Logopädin	
HB13	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
HB12	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	
HB05	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	
HB07	Operationstechnischer Assistent und Operationstechnische Assistentin (OTA)	
HB14	Orthoptist und Orthoptistin	
HB11	Podologe und Podologin	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal" (A-11.4)

Nummer	Spezielles therapeutisches Personal	Kommentar/ Erläuterung
SP04	Diätassistent und Diätassistentin	
SP36	Entspannungspädagoge und Entspannungspädagogin/Entspannungstherapeut und Entspannungstherapeutin/Entspannungstrainer und Entspannungstrainerin (mit psychologischer, therapeutischer und pädagogischer Vorbildung)/Heileurhythmielehrer und Heileurhythmielehrerin/Feldenkraislehrer und Feldenkraislehrerin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	
SP06	Erzieher und Erzieherin	
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagoge/Gymnastik- und Tanzpädagogin	
SP08	Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerin	
SP09	Heilpädagoge und Heilpädagogin	
SP39	Heilpraktiker und Heilpraktikerin	
SP30	Hörgeräteakustiker und Hörgeräteakustikerin	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	
SP57	Klinischer Neuropsychologe und Klinische Neuropsychologin	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin	
SP14	Logopäde und Logopädin/Klinischer Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	*z. B. für Babymassage*
SP02	Medizinischer Fachangestellter und Medizinische Fachangestellte	
SP43	Medizinisch-technischer Assistent für Funktionsdiagnostik und Medizinisch-technische Assistentin für Funktionsdiagnostik (MTAF)	
SP55	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent und Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin (MTLA)	
SP56	Medizinisch-technischer Radiologieassistent und Medizinisch-technische Radiologieassistentin (MTRA)	
SP16	Musiktherapeut und Musiktherapeutin	
SP17	Oecotrophologe und Oecotrophologin (Ernährungswissenschaftler und Ernährungswissenschaftlerin)	
SP18	Orthopädiemechaniker und Bandagist und Orthopädiemechanikerin und Bandagistin/Orthopädieschuhmacher und Orthopädieschuhmacherin	
SP19	Orthoptist und Orthoptistin/Augenoptiker und Augenoptikerin	
SP20	Pädagoge und Pädagogin/Lehrer und Lehrerin	
SP21	Physiotherapeut und Physiotherapeutin	
SP22	Podologe und Podologin (Fußpfleger und Fußpflegerin)	
SP23	Diplom-Psychologe und Diplom-Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagoge und Sozialpädagogin	
SP40	Sozialpädagogischer Assistent und Sozialpädagogische Assistentin/ Kinderpfleger und Kinderpflegerin	
SP35	Personal mit Weiterbildung zum Diabetesberater/zur Diabetesberaterin	
SP32	Personal mit Zusatzqualifikation nach Bobath oder Vojta	
SP42	Personal mit Zusatzqualifikation in der Manualtherapie	
SP27	Personal mit Zusatzqualifikation in der Stomatherapie	
SP28	Personal mit Zusatzqualifikation im Wundmanagement	
SP58	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nummer 3 PsychThG)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen" (A-12.2.3)

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
RM01	Übergreifende Qualitäts- und/oder Risikomanagement-Dokumentation (QM/RM-Dokumentation) liegt vor	Name letzte Aktualisierung (Datum)
RM02	Regelmäßige Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen	
RM03	Mitarbeiterbefragungen	
RM04	Klinisches Notfallmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM07	Nutzung eines standardisierten Konzepts zur Dekubitusprophylaxe (z.B. „Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege“)	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	Auswahloptionen (*Mehrfachangaben möglich*): -Tumorkonferenzen -Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen -Pathologiebesprechungen -Palliativbesprechungen -Qualitätszirkel -Andere: (Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM12	Verwendung standardisierter Aufklärungsbögen	
RM13	Anwendung von standardisierten OP-Checklisten	
RM14	Präoperative Zusammenfassung vorhersehbarer kritischer OP-Schritte, OP-Zeit und erwarteten Blutverlust	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechselungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) *oder* Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Auswahlliste „Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems" (A-12.2.3.1)

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung (Datum)
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	Auswahloptionen: -monatlich -quartalsweise -halbjährlich -jährlich -bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	Auswahloptionen: -monatlich -quartalsweise -halbjährlich -jährlich -bei Bedarf

Auswahlliste „Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen" (A-12.2.3.2)

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	
(Mehrfachauswahl möglich)		
EF01	CIRS AINS (Berufsverband Deutscher Anästhesisten und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF02	CIRS Berlin (Ärztekammer Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF03	KH-CIRS (Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktionsbündnis Patientensicherheit, Deutscher Pflegerat, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF04	CIRS-Palliativ (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF05	CIRS-msp (Referenzzentrum Mammographie Berlin, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF06	CIRS NRW (Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe, Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF07	CIRS Urologie (Berufsverband der Urologen, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung)	
EF08	CIRS Notfallmedizin (Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notfallmedizin, Klinikum Kempten)	
EF09	Coliquio (kooperatives Forschungsprojekt der Hochschule Konstanz)	
EF10	CIRS der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)	
EF11	CIRS der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS)	
EF12	„Jeder Fehler zählt“ (Institut für Allgemeinmedizin Frankfurt)	
EF13	DokuPIK (Dokumentation Pharmazeutischer Interventionen im Krankenhaus beim Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker (ADKA))	
EF14	CIRS Health Care	
EF15	PaSIS (Patientensicherheits- und Informationssystem des	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Universitätsklinikums Tübingen)	
EF16	CIRS-Pädiatrie (Bundesverband Kinder- und Jugendärzte, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer, Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin)	
EF17	DGHO-CIRS (Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie)	
EF00	Sonstiges	*(Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)*

Auswahlliste „Weitere Informationen zur Hygiene" (A-12.3.2)

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
HM01	Öffentlich zugängliche Berichterstattung zu Infektionsraten	Link angeben
HM02	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS) des nationalen Referenzzentrums für Surveillance von nosokomialen Infektionen	Auswahloptionen/Module: -AMBU-KISS -CDAD-KISS -DEVICE-KISS -HAND-KISS -ITS-KISS -MRSA-KISS -NEO-KISS -ONKO-KISS -OP-KISS -STATIONS-KISS -SARI *(Mehrfachangaben möglich)*
HM03	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen	Name *(Freitext max. 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)*
HM04	Teilnahme an der (freiwilligen) „Aktion Saubere Hände“ (ASH)	Auswahloptionen: -Teilnahme (ohne Zertifikat) -Zertifikat Bronze -Zertifikat Silber -Zertifikat Gold
HM05	Jährliche Überprüfung der Aufbereitung und Sterilisation von Medizinprodukten	
HM09	Schulungen der Mitarbeiter zu hygienebezogenen Themen	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung" (A-13)

Nummer	Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzangabe: 24h-Notfallverfügbarkeit	Kommentar/Erläuterung
AA01	Angiographiegerät/DSA (X)	Gerät zur Gefäßdarstellung	Ja/Nein	
AA38	Beatmungsgerät zur Beatmung von Früh- und Neugeborenen (X)	Maskenbeatmungsgerät mit dauerhaft positivem Beatmungsdruck	Ja/Nein	
AA08	Computertomograph (CT) (X)	Schichtbildverfahren im Querschnitt mittels Röntgenstrahlen	Ja/Nein	
AA09	Druckkammer für hyperbare Sauerstofftherapie	Druckkammer zur Sauerstoffüberdruckbehandlung		
AA10	Elektroenzephalographiegerät (EEG) (X)	Hirnstrommessung	Ja/Nein	
AA43	Elektrophysiologischer Messplatz mit EMG, NLG, VEP, SEP, AEP	Messplatz zur Messung feinster elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA18	Hochfrequenzthermotherapiegerät	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA47	Inkubatoren Neonatologie (X)	Geräte für Früh- und Neugeborene (Brutkasten)	Ja/Nein	
AA50	Kapselendoskop	Verschluckbares Spiegelgerät zur Darmspiegelung		
AA21	Lithotripter (ESWL)	Stoßwellen-Steinzerstörung		
AA15	Gerät zur Lungenersatztherapie/ -unterstützung (X)		Ja/Nein	z. B. ECMO/ECLA
AA22	Magnetresonanztomograph (MRT) (X)	Schnittbildverfahren mittels starker Magnetfelder und elektromagnetischer Wechselfelder	Ja/Nein	
AA68	Offener Ganzkörper-Magnetresonanztomograph (X)		Ja/Nein	
AA23	Mammographiegerät	Röntgengerät für die weibliche Brustdrüse		
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja/Nein	z. B. Hämofiltration, Dialyse, Peritonealdialyse
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin, Kombination mit Computertomographie möglich		
AA56	Protonentherapie	Bestrahlungen mit Wasserstoff-Ionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebezerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomo-	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines		

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	graph (SPECT)	Strahlenkörperchens		
AA32	Szintigraphiescanner/ Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten		zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion
AA33	Uroflow/Blasendruck-messung/Urodynami-scher Messplatz	Harnflussmessung		

Auswahlliste „Medizinische Leistungsangebote“ (B-[X].3 und B-[X].8)

Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Augenheilkunde	Kommentar/Erläuterung
VA01	Diagnostik und Therapie von Tumoren des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA02	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	
VA03	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Konjunktiva	
VA04	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	*z. B. auch Hornhauttransplantation*
VA05	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Linse	
VA06	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Aderhaut und der Netzhaut	*z. B. Behandlung von Gefäßverschlüssen (Rheologie), Diagnostik und Therapie der Frühgeborenenretinopathie*
VA07	Diagnostik und Therapie des Glaukoms	
VA08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Glaskörpers und des Augapfels	*z. B. intravitreale Injektionen*
VA09	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Sehnervs und der Sehbahn	
VA10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	*z. B. auch refraktive Chirurgie*
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	*z. B. Sehschule*
VA12	Ophthalmologische Rehabilitation	
VA13	Anpassung von Sehhilfen	
VA14	Diagnostik und Therapie von strabologischen und neuroophthalmologischen Erkrankungen	
VA15	Plastische Chirurgie	
VA16	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	
VA17	Spezialsprechstunde	
VA18	Laserchirurgie des Auges	
VA00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Chirurgie**	**Kommentar/Erläuterung**
	Herzchirurgie	
VC01	Koronarchirurgie	*z. B. Bypasschirurgie*
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikelaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur	
VC03	Herzklappenchirurgie	*z. B. Klappenkorrektur, Klappenersatz*
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VC07	Herztransplantation	
VC08	Lungenembolektomie	
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen	
VC10	Eingriffe am Perikard	*z. B. bei Panzerherz*

Die Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Thoraxchirurgie	
VC11	Lungenchirurgie	
VC12	Tracheobronchiale Rekonstruktionen bei angeborenen Malformationen	
VC13	Operationen wegen Thoraxtrauma	
VC14	Speiseröhrenchirurgie	
VC15	Thorakoskopische Eingriffe	
VC59	Mediastinoskopie	
	Gefäßchirurgie/Viszeralchirurgie	
VC16	Aortenaneurysmachirurgie	
VC17	Offen chirurgische und endovaskuläre Behandlung von Gefäßerkrankungen	*z. B. Carotischirurgie*
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	*z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderchirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)*
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	*z. B. Schilddrüsenchirurgie*
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	*z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie*
VC23	Leber-, Gallen-, Pankreaschirurgie	
VC24	Tumorchirurgie	
VC25	Transplantationschirurgie	
VC60	Adipositaschirurgie	
VC61	Dialyseshuntchirurgie	
VC62	Portimplantation	
VC68	Mammachirurgie	
	Unfall- und Wiederherstellungschirurgie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC27	Bandrekonstruktionen/Plastiken	
VC28	Gelenkersatzverfahren/Endoprothetik	
VC29	Behandlung von Dekubitalgeschwüren	
VC30	Septische Knochenchirurgie	
VC31	Diagnostik und Therapie von Knochenentzündungen	
VC32	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Kopfes	
VC33	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Halses	
VC34	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Thorax	
VC35	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens	
VC36	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Schulter und des Oberarmes	
VC37	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Ellenbogens und des Unterarmes	
VC38	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	
VC39	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels	
VC40	Diagnostik und Therapie von Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	
VC41	Diagnostik und Therapie von Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	
VC42	Diagnostik und Therapie von sonstigen Verletzungen	
VC63	Amputationschirurgie	
VC64	Ästhetische Chirurgie/Plastische Chirurgie	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC69	Verbrennungschirurgie	
	Neurochirurgie	
VC43	Chirurgie der Hirntumoren (gutartig, bösartig, einschließlich Schädelbasis)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen	*z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome*
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	*z. B. Vertebroplastie*
VC46	Chirurgie der Missbildungen von Gehirn und Rückenmark	
VC47	Chirurgische Korrektur von Missbildungen des Schädels	
VC48	Chirurgie der intraspinalen Tumoren	
VC49	Chirurgie der Bewegungsstörungen	
VC50	Chirurgie der peripheren Nerven	
VC51	Chirurgie chronischer Schmerzerkrankungen	*z. B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronische Wirbelsäulenschmerzen*
VC52	Elektrische Stimulation von Kerngebieten bei Schmerzen und Bewegungsstörungen (sogenannte "Funktionelle Neurochirurgie“)	
VC53	Chirurgische und intensivmedizinische Akutversorgung von Schädel-Hirn-Verletzungen	
VC54	Diagnosesicherung unklarer Hirnprozesse mittels Stereotaktischer Biopsie	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC70	Kinderneurochirurgie	
	Allgemein	
VC55	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	
VC56	Minimalinvasive endoskopische Operationen	*z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)*
VC57	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe	
VC58	Spezialsprechstunde	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VC67	Chirurgische Intensivmedizin	
VC71	Notfallmedizin	
VC00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Dermatologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VD01	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VD02	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen und HIV-assoziierten Erkrankungen	
VD03	Diagnostik und Therapie von Hauttumoren	*z. B. Photodynamische Tumortherapie*
VD04	Diagnostik und Therapie von Infektionen der Haut und der Unterhaut	
VD05	Diagnostik und Therapie von bullösen Dermatosen	
VD06	Diagnostik und Therapie von papulosquamösen Hautkrankheiten	
VD07	Diagnostik und Therapie von Urtikaria und Erythemen	
VD08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	
VD09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Hautanhangsgebilde	*z. B. Schweiß- und Talgdrüsenerkrankungen*
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	*z. B. auch Kollagenosen, altersbedingte Hautveränderungen*
VD11	Spezialsprechstunde	
VD12	Dermatochirurgie	*z. B. auch ästhetische Dermatochirurgie*
VD13	Ästhetische Dermatologie	
VD14	Andrologie	
VD15	Dermatohistologie	
VD16	Dermatologische Lichttherapie	
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen	*z. B. auch Extrakorporale Photopherese*
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen	
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VD00	(„Sonstiges“)	
Num	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe**	**Kommentar/Erläuterung**

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

mer		
VG01	Diagnostik und Therapie von bösartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG02	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren der Brustdrüse	
VG03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Erkrankungen der Brustdrüse	
VG04	Kosmetische/Plastische Mammachirurgie	
VG05	Endoskopische Operationen	*z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie*
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	*z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom*
VG09	Pränataldiagnostik und -therapie	
VG10	Betreuung von Risikoschwangerschaften	
VG11	Diagnostik und Therapie von Krankheiten während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes	
VG12	Geburtshilfliche Operationen	
VG13	Diagnostik und Therapie von entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	
VG14	Diagnostik und Therapie von nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	*z. B. Endometriose*
VG15	Spezialsprechstunde	
VG16	Urogynäkologie	
VG17	Reproduktionsmedizin	
VG18	Gynäkologische Endokrinologie	
VG19	Ambulante Entbindung	
VG00	(„Sonstiges“)	
Num mer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich HNO**	**Kommentar/Erläuterung**
	Ohr	
VH01	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des äußeren Ohres	
VH02	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	
VH03	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Innenohres	
VH04	Mittelohrchirurgie	*z. B. Hörverbesserung, implantierbare Hörgeräte*
VH05	Cochlearimplantation	
VH06	Operative Fehlbildungskorrektur des Ohres	
VH07	Schwindeldiagnostik/-therapie	
VH27	Pädaudiologie	
	Nase	
VH08	Diagnostik und Therapie von Infektionen der oberen Atemwege	
VH09	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	
VH10	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Nasennebenhöhlen	
VH11	Transnasaler Verschluss von Liquorfisteln	
VH12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Tränenwege	
VH13	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VI 32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
	Mund/Hals	
VH14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VH15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VH16	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Kehlkopfes	*z. B. auch Stimmstörungen*
VH17	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Trachea	
VH24	Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen	
VH25	Schnarchoperationen	
	Onkologie	
VH18	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Kopf-Hals-Bereich	
VH19	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Bereich der Ohren	
VH20	Interdisziplinäre Tumornachsorge	
	Rekonstruktive Chirurgie	
VH21	Rekonstruktive Chirurgie im Kopf-Hals-Bereich	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VH22	Rekonstruktive Chirurgie im Bereich der Ohren	
	Allgemein	
VH23	Spezialsprechstunde	
VH26	Laserchirurgie	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VH00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin**	**Kommentar/Erläuterung**
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	*z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)*
VI02	Diagnostik und Therapie der pulmonalen Herzkrankheit und von Krankheiten des Lungenkreislaufes	
VI03	Diagnostik und Therapie von sonstigen Formen der Herzkrankheit	
VI04	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	
VI05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten	
VI06	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Krankheiten	
VI07	Diagnostik und Therapie der Hypertonie (Hochdruckkrankheit)	
VI08	Diagnostik und Therapie von Nierenerkrankungen	
VI09	Diagnostik und Therapie von hämatologischen Erkrankungen	
VI10	Diagnostik und Therapie von endokrinen Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	*z. B. Diabetes, Schilddrüse*
VI11	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (Gastroenterologie)	
VI12	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Darmausgangs	
VI13	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Peritoneums	
VI14	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VI15	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VI16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Pleura	
VI17	Diagnostik und Therapie von rheumatologischen Erkrankungen	
VI18	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen	*z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs*
VI19	Diagnostik und Therapie von infektiösen und parasitären Krankheiten	
VI20	Intensivmedizin	
VI21	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VI22	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VI23	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VI24	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VI25	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen	
VI26	Naturheilkunde	
VI27	Spezialsprechstunde	
VI28	Anthroposophische Medizin	
VI29	Behandlung von Blutvergiftung/Sepsis	
VI30	Diagnostik und Therapie von Autoimmunerkrankungen	
VI31	Diagnostik und Therapie von Herzrhythmusstörungen	
VI32	Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen/Schlafmedizin	
VI33	Diagnostik und Therapie von Gerinnungsstörungen	
VI34	Elektrophysiologie	
VI35	Endoskopie	*z. B. auch Kapselendoskopie*
VI36	Mukoviszidosezentrum	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI41	Shuntzentrum	
VI42	Transfusionsmedizin	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	*z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn*
VI44	Geriatrische Tagesklinik	
VI45	Stammzelltransplantation	
VI00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Neurologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VN01	Diagnostik und Therapie von zerebrovaskulären Erkrankungen	
VN02	Diagnostik und Therapie von sonstigen neurovaskulären Erkrankungen	
VN03	Diagnostik und Therapie von entzündlichen ZNS-Erkrankungen	
VN04	Diagnostik und Therapie von neuroimmunologischen Erkrankungen	
VN05	Diagnostik und Therapie von Anfallsleiden	
VN06	Diagnostik und Therapie von malignen Erkrankungen des Gehirns	
VN07	Diagnostik und Therapie von gutartigen Tumoren des Gehirns	
VN08	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Hirnhäute	
VN09	Betreuung von Patienten und Patientinnen mit Neurostimulatoren zur Hirnstimulation	
VN10	Diagnostik und Therapie von Systematrophien, die vorwiegend das Zentralnervensystem betreffen	
VN11	Diagnostik und Therapie von extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen	
VN12	Diagnostik und Therapie von degenerativen Krankheiten des Nervensystems	
VN13	Diagnostik und Therapie von demyelinisierenden Krankheiten des Zentralnervensystems	*z. B. Multiple Sklerose*
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	*z. B. von Hirnnerven*
VN15	Diagnostik und Therapie von Polyneuropathien und sonstigen Krankheiten des peripheren Nervensystems	
VN16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels	
VN17	Diagnostik und Therapie von zerebraler Lähmung und sonstigen Lähmungssyndromen	
VN18	Neurologische Notfall- und Intensivmedizin	
VN19	Diagnostik und Therapie von geriatrischen Erkrankungen	
VN20	Spezialsprechstunde	
VN21	Neurologische Frührehabilitation	
VN22	Schlafmedizin	
VN23	Schmerztherapie	
VN24	Stroke Unit	
VN00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Orthopädie**	**Kommentar/Erläuterung**
VO01	Diagnostik und Therapie von Arthropathien	
VO02	Diagnostik und Therapie von Systemkrankheiten des Bindegewebes	
VO03	Diagnostik und Therapie von Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO04	Diagnostik und Therapie von Spondylopathien	
VO05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	
VO06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Muskeln	
VO07	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Synovialis und der Sehnen	
VO08	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Weichteilgewebes	
VO09	Diagnostik und Therapie von Osteopathien und Chondropathien	
VO10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
VO11	Diagnostik und Therapie von Tumoren der Haltungs- und Bewegungsorgane	
VO12	Kinderorthopädie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VO13	Spezialsprechstunde	
VO14	Endoprothetik	
VO15	Fußchirurgie	
VO16	Handchirurgie	
VO17	Rheumachirurgie	
VO18	Schmerztherapie/Multimodale Schmerztherapie	
VO19	Schulterchirurgie	
VO20	Sportmedizin/Sporttraumatologie	
VC26	Metall-/Fremdkörperentfernungen	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VO21	Traumatologie	
VO00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Pädiatrie**	**Kommentar/Erläuterung**
VK01	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Herzerkrankungen	
VK02	Betreuung von Patienten und Patientinnen vor und nach Transplantation	
VK03	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Gefäßerkrankungen	
VK04	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) pädiatrischen Nierenerkrankungen	
VK05	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der endokrinen Drüsen (Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Nebenniere, Diabetes)	
VK06	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes	
VK07	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Leber, der Galle und des Pankreas	
VK08	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Erkrankungen der Atemwege und der Lunge	
VK09	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) rheumatischen Erkrankungen	
VK10	Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK11	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) hämatologischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	
VK12	Neonatologische/Pädiatrische Intensivmedizin	
VK13	Diagnostik und Therapie von Allergien	
VK14	Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Immundefekterkrankungen (einschließlich HIV und AIDS)	
VK15	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) Stoffwechselerkrankungen	
VK16	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurologischen Erkrankungen	
VK17	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neuromuskulären Erkrankungen	
VK18	Diagnostik und Therapie von (angeborenen) neurometabolischen/neurodegenerativen Erkrankungen	
VK20	Diagnostik und Therapie von sonstigen angeborenen Fehlbildungen, angeborenen Störungen oder perinatal erworbenen Erkrankungen	
VK21	Diagnostik und Therapie chromosomaler Anomalien	*z. B. Ullrich-Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Marfan-Syndrom)*
VK22	Diagnostik und Therapie spezieller Krankheitsbilder Frühgeborener und reifer Neugeborener	
VK23	Versorgung von Mehrlingen	
VK24	Perinatale Beratung Hochrisikoschwangerer im Perinatalzentrum gemeinsam mit Frauenärzten und Frauenärztinnen	
VK25	Neugeborenenscreening	*z. B. Hypothyreose, Adreno-genitales Syndrom (AGS)*
VK26	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen im Säuglings-, Kleinkindes- und Schulalter	
VK27	Diagnostik und Therapie von psychosomatischen Störungen des Kindes	
VK28	Pädiatrische Psychologie	
VK29	Spezialsprechstunde	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VK30	Immunologie	
VK31	Kinderchirurgie	
VK32	Kindertraumatologie	
VK33	Mukoviszidosezentrum	
VK34	Neuropädiatrie	
VK35	Sozialpädiatrisches Zentrum	
VK36	Neonatologie	
VK37	Diagnostik und Therapie von Wachstumsstörungen	
VK00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik**	**Kommentar/Erläuterung**
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	*z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel*
VP02	Diagnostik und Therapie von Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen	
VP03	Diagnostik und Therapie von affektiven Störungen	
VP04	Diagnostik und Therapie von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen	
VP05	Diagnostik und Therapie von Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	
VP06	Diagnostik und Therapie von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	
VP07	Diagnostik und Therapie von Intelligenzstörungen	
VP08	Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen	
VP09	Diagnostik und Therapie von Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	
VP10	Diagnostik und Therapie von gerontopsychiatrischen Störungen	
VP11	Diagnostik, Behandlung, Prävention und Rehabilitation psychischer, psychosomatischer und entwicklungsbedingter Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter	
VP12	Spezialsprechstunde	
VP13	Psychosomatische Komplexbehandlung	
VP14	Psychoonkologie	
VP15	Psychiatrische Tagesklinik	
VP16	Psychosomatische Tagesklinik	
VP00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Radiologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VR01	Konventionelle Röntgenaufnahmen	
	Ultraschalluntersuchungen	
VR02	Native Sonographie	
VR03	Eindimensionale Dopplersonographie	
VR04	Duplexsonographie	
VR05	Sonographie mit Kontrastmittel	
VR06	Endosonographie	
	Projektionsradiographie	
VR07	Projektionsradiographie mit Spezialverfahren (Mammographie)	
VR08	Fluoroskopie/Durchleuchtung als selbständige Leistung	
VR09	Projektionsradiographie mit Kontrastmittelverfahren	*z. B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie*
	Computertomographie (CT)	
VR10	Computertomographie (CT), nativ	
VR11	Computertomographie (CT) mit Kontrastmittel	
VR12	Computertomographie (CT), Spezialverfahren	
VR13	Elektronenstrahltomographie (EBT)	
	Optische Verfahren	
VR14	Optische laserbasierte Verfahren	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	Darstellung des Gefäßsystems	
VR15	Arteriographie	
VR16	Phlebographie	
VR17	Lymphographie	
	Nuklearmedizinische diagnostische Verfahren	
VR18	Szintigraphie	
VR19	Single-Photon-Emissionscomputertomographie (SPECT)	
VR20	Positronenemissionstomographie (PET) mit Vollring-Scanner	
VR21	Sondenmessungen und Inkorporationsmessungen	
	Magnetresonanztomographie (MRT)	
VR22	Magnetresonanztomographie (MRT), nativ	
VR23	Magnetresonanztomographie (MRT) mit Kontrastmittel	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
	Andere bildgebende Verfahren	
VR25	Knochendichtemessung (alle Verfahren)	
	Zusatzinformationen zu bildgebenden Verfahren	
VR26	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 3D-Auswertung	
VR27	Computergestützte Bilddatenanalyse mit 4D-Auswertung	
VR28	Intraoperative Anwendung der Verfahren	
VR29	Quantitative Bestimmung von Parametern	
	Strahlentherapie	
VR30	Oberflächenstrahlentherapie	
VR31	Orthovoltstrahlentherapie	
VR32	Hochvoltstrahlentherapie	*z. B. Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)*
VR33	Brachytherapie mit umschlossenen Radionukliden	
VR34	Radioaktive Moulagen	
VR35	Konstruktion und Anpassung von Fixations- und Behandlungshilfen bei Strahlentherapie	
VR36	Bestrahlungssimulation für externe Bestrahlung und Brachytherapie	
VR37	Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung und Brachytherapie	
	Nuklearmedizinische Therapie	
VR38	Therapie mit offenen Radionukliden	
VR39	Radiojodtherapie	
	Allgemein	
VR40	Spezialsprechstunde	
VR41	Interventionelle Radiologie	
VR42	Kinderradiologie	
VR43	Neuroradiologie	
VR44	Teleradiologie	
VR45	Intraoperative Bestrahlung	
VR46	Endovaskuläre Behandlung von Hirnarterienaneurysmen, zerebralen und spinalen Gefäßmissbildungen	
VR47	Tumorembolisation	
VR00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Urologie und Nephrologie**	**Kommentar/Erläuterung**
VU01	Diagnostik und Therapie von tubulointerstitiellen Nierenkrankheiten	
VU02	Diagnostik und Therapie von Niereninsuffizienz	
VU03	Diagnostik und Therapie von Urolithiasis	
VU04	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Niere und des Ureters	
VU05	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Harnsystems	
VU06	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der männlichen Genitalorgane	
VU07	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten des Urogenitalsystems	
VU08	Kinderurologie	
VU09	Neuro-Urologie	
VU10	Plastisch-rekonstruktive Eingriffe an Niere, Harnwegen und Harnblase	
VU11	Minimalinvasive laparoskopische Operationen	

Alte Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

VU12	Minimalinvasive endoskopische Operationen	
VU13	Tumorchirurgie	
VU14	Spezialsprechstunde	
VU15	Dialyse	
VU16	Nierentransplantation	
VU17	Prostatazentrum	
VU18	Schmerztherapie	
VU19	Urodynamik/Urologische Funktionsdiagnostik	
VG16	Urogynäkologie	
VU00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte im Bereich Zahnheilkunde/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie**	**Kommentar/Erläuterung**
VZ01	Akute und sekundäre Traumatologie	
VZ02	Ästhetische Zahnheilkunde	
VZ03	Dentale Implantologie	
VZ04	Dentoalveoläre Chirurgie	
VZ05	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Mundhöhle	
VZ06	Diagnostik und Therapie von dentofazialen Anomalien	
VZ17	Diagnostik und Therapie von Spaltbildungen im Kiefer- und Gesichtsbereich	
VZ07	Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Kopfspeicheldrüsen	
VZ08	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Zähne	
VZ09	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Zahnhalteapparates	
VZ18	Diagnostik und Therapie von Störungen der Zahnentwicklung und des Zahndurchbruchs	
VZ16	Diagnostik und Therapie von Krankheiten des Kiefers und Kiefergelenks	
VZ10	Diagnostik und Therapie von Tumoren im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich	
VZ11	Endodontie	*z. B. Wurzelkanalbehandlungen*
VZ12	Epithetik	*z. B. Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen*
VZ13	Kraniofaziale Chirurgie	
VZ19	Laserchirurgie	
VZ14	Operationen an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen	
VZ15	Plastisch-rekonstruktive Chirurgie	
VZ20	Zahnärztliche und operative Eingriffe in Vollnarkose	
VZ00	(„Sonstiges“)	
Nummer	**Versorgungsschwerpunkte in sonstigen medizinischen Bereichen**	**Kommentar/Erläuterung**
VX00	(„Sonstiges“)	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Nummer	**Art der Ambulanz** (Mehrfachnennungen möglich)
AM01	Hochschulambulanz nach § 117 SGB V (a.F.)
AM02	Psychiatrische Institutsambulanz nach § 118 SGB V (a.F.)
AM03	Sozialpädiatrisches Zentrum nach § 119 SGB V (a.F.)
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V (a.F.) bzw. § 31a Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V (a.F.) bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
AM06	Bestimmung zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V (a.F.)
AM07	Privatambulanz
AM08	Notfallambulanz (24 h)
AM09	D-Arzt-/Berufsgenossenschaftliche Ambulanz

AM10	Medizinisches Versorgungszentrum nach § 95 SGB V (a.F.)
AM11	Vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V (a.F.)
AM12	Ambulanz im Rahmen eines Vertrages zur Integrierten Versorgung nach § 140b SGB V (a.F.)
AM13	Ambulanz nach § 311 SGB V (a.F.) (DDR-Altverträge)
AM14	Ambulanz im Rahmen von DMP
AM15	Belegarztpraxis am Krankenhaus
AM16	Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 3 SGB V (a.F.) (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Nummer	Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (a.F.) in der Fassung vom 22. Januar 2015	Angebotene Leistungen	Kommentar/Erläuterung
LK01	Anlage 1 Nr. 1	CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	
LK02	Anlage 1 Nr. 2	Brachytherapie	
LK03	Anlage 2 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Mukoviszidose	
LK04	Anlage 2 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Gerinnungsstörungen (z. B. Hämophilie)	
LK05	Anlage 2 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen	
LK06	Anlage 2 Nr. 4	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen	
LK07	Anlage 2 Nr. 5	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Swyer-James-/McLeod-Syndrom (spezielle Form des Lungenemphysems)	
LK08	Anlage 2 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit biliärer Zirrhose	
LK09	Anlage 2 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit primär sklerosierender Cholangitis	
LK10	Anlage 2 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Morbus Wilson	
LK11	Anlage 2 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Transsexualismus	
LK12	Anlage 2 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Kindern mit folgenden angeborenen Stoffwechselstörungen: a) Adrenogenitales Syndrom b) Hypothyreose c) Phenylketonurie d) Medium-chain-Acyl-CoA-Dehydrogenase-Mangel (MCAD-Mangel) e) Galactosaemie	
LK13	Anlage 2 Nr. 11	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Marfan-Syndrom	
LK14	Anlage 2 Nr. 12	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit pulmonaler Hypertonie	
LK25	Anlage 2 Nr. 13	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Tuberkulose	
LK26	Anlage 2 Nr. 14	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit neuromuskulären Erkrankungen	
LK27	Anlage 2 Nr. 15	Diagnostik und Therapie von Patienten und Patientinnen mit Kurzdarmsyndrom	
LK28	Anlage 2 Nr. 16	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen vor oder nach Lebertransplantation	
LK15	Anlage 3 Nr. 1	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit onkologischen Erkrankungen	
LK16	Anlage 3 Nr. 2	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit HIV/AIDS	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

LK17	Anlage 3 Nr. 3	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche)	
LK18	Anlage 3 Nr. 4	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3 - 4)	
LK20	Anlage 3 Nr. 6	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Multipler Sklerose	
LK21	Anlage 3 Nr. 7	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Anfallsleiden	
LK22	Anlage 3 Nr. 8	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie	
LK23	Anlage 3 Nr. 9	Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden	
LK24	Anlage 3 Nr. 10	Diagnostik und Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Querschnittslähmung bei Komplikationen, die eine interdisziplinäre Versorgung erforderlich machen	
LK29	Anlage 1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	
LK30	Anlage 2 a	Tuberkulose und atypische Mykobakteriose	
LK 31	Anlage 2 k	Marfan-Syndrom	

Diese Richtlinien-Vers. ist nicht mehr in Kraft.

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

Nummer	**Facharztbezeichnung (Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen)**	**Kommentar/Erläuterung** (z. B. Weiterbildungsbefugnisse)
AQ06	Allgemeinchirurgie	
AQ63	Allgemeinmedizin	
AQ01	Anästhesiologie	
AQ02	Anatomie	
AQ03	Arbeitsmedizin	
AQ04	Augenheilkunde	
AQ05	Biochemie	
AQ14	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	
AQ15	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	
AQ16	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Gynäkologische Onkologie	
AQ17	Frauenheilkunde und Geburtshilfe, SP Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	
AQ07	Gefäßchirurgie	
AQ18	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	
AQ20	Haut- und Geschlechtskrankheiten	
AQ08	Herzchirurgie	
AQ21	Humangenetik	
AQ22	Hygiene und Umweltmedizin	
AQ23	Innere Medizin	
AQ24	Innere Medizin und SP Angiologie	
AQ25	Innere Medizin und SP Endokrinologie und Diabetologie	
AQ26	Innere Medizin und SP Gastroenterologie	
AQ27	Innere Medizin und SP Hämatologie und Onkologie	
AQ28	Innere Medizin und SP Kardiologie	
AQ29	Innere Medizin und SP Nephrologie	
AQ30	Innere Medizin und SP Pneumologie	
AQ31	Innere Medizin und SP Rheumatologie	

AQ65	Kieferorthopädie	
AQ32	Kinder- und Jugendmedizin	
AQ33	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Hämatologie und -Onkologie	
AQ34	Kinder- und Jugendmedizin, SP Kinder-Kardiologie	
AQ35	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neonatologie	
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SP Neuropädiatrie	
AQ37	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	
AQ09	Kinderchirurgie	
AQ47	Klinische Pharmakologie	
AQ38	Laboratoriumsmedizin	
AQ39	Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
AQ40	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	
AQ41	Neurochirurgie	
AQ42	Neurologie	
AQ43	Neuropathologie	
AQ44	Nuklearmedizin	
AQ45	Öffentliches Gesundheitswesen	
AQ66	Oralchirurgie	
AQ61	Orthopädie	
AQ10	Orthopädie und Unfallchirurgie	
AQ46	Pathologie	
AQ48	Pharmakologie und Toxikologie	
AQ49	Physikalische und Rehabilitative Medizin	
AQ50	Physiologie	
AQ11	Plastische und Ästhetische Chirurgie	
AQ51	Psychiatrie und Psychotherapie	
AQ52	Psychiatrie und Psychotherapie, SP Forensische Psychiatrie	
AQ53	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	
AQ54	Radiologie	
AQ55	Radiologie, SP Kinderradiologie	
AQ56	Radiologie, SP Neuroradiologie	
AQ57	Rechtsmedizin	
AQ19	Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	
AQ58	Strahlentherapie	
AQ12	Thoraxchirurgie	
AQ59	Transfusionsmedizin	
AQ62	Unfallchirurgie	
AQ60	Urologie	
AQ13	Viszeralchirurgie	
AQ64	Zahnmedizin	
Nummer	**Zusatz-Weiterbildung**	**Kommentar/Erläuterung**
ZF01	Ärztliches Qualitätsmanagement	
ZF02	Akupunktur	
ZF03	Allergologie	
ZF04	Andrologie	
ZF05	Betriebsmedizin	
ZF06	Dermatohistologie	
ZF07	Diabetologie	
ZF08	Flugmedizin	
ZF09	Geriatrie	
ZF10	Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie	
ZF11	Hämostaseologie	
ZF12	Handchirurgie	
ZF13	Homöopathie	
ZF14	Infektiologie	
ZF15	Intensivmedizin	
ZF16	Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

ZF17	Kinder-Gastroenterologie	
ZF18	Kinder-Nephrologie	
ZF19	Kinder-Orthopädie	
ZF20	Kinder-Pneumologie	
ZF21	Kinder-Rheumatologie	
ZF22	Labordiagnostik – fachgebunden –	
ZF23	Magnetresonanztomographie – fachgebunden –	
ZF24	Manuelle Medizin/Chirotherapie	
ZF25	Medikamentöse Tumortherapie	
ZF26	Medizinische Informatik	
ZF27	Naturheilverfahren	
ZF28	Notfallmedizin	
ZF29	Orthopädische Rheumatologie	
ZF30	Palliativmedizin	
ZF31	Phlebologie	
ZF32	Physikalische Therapie und Balneologie	
ZF33	Plastische Operationen	
ZF34	Proktologie	
ZF35	Psychoanalyse	
ZF36	Psychotherapie – fachgebunden –	
ZF37	Rehabilitationswesen	
ZF38	Röntgendiagnostik – fachgebunden –	
ZF39	Schlafmedizin	
ZF40	Sozialmedizin	
ZF41	Spezielle Orthopädische Chirurgie	
ZF42	Spezielle Schmerztherapie	
ZF43	Spezielle Unfallchirurgie	
ZF49	Spezielle Viszeralchirurgie	
ZF44	Sportmedizin	
ZF45	Suchtmedizinische Grundversorgung	
ZF46	Tropenmedizin	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Nummer	**Anerkannte Fachweiterbildung/zusätzlicher akademischer Abschluss**	**Kommentar/Erläuterung**
PQ01	Bachelor	
PQ02	Diplom	
PQ04	Intensivpflege und Anästhesie	
PQ05	Leitung von Stationen oder Funktionseinheiten	
PQ06	Master	
PQ11	Nephrologische Pflege	
PQ07	Onkologische Pflege	
PQ08	Operationsdienst	
PQ09	Pädiatrische Intensivpflege	
PQ10	Psychiatrische Pflege	
Nummer	**Zusatzqualifikation**	**Kommentar/Erläuterung**
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP17	Case Management	
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP03	Diabetes	*z. B. Diabetesberatung*
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	*z. B. Überleitungspflege*
ZP06	Ernährungsmanagement	

ZP07	Geriatrie	*z. B. Zercur*
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP11	Notaufnahme	
ZP20	Palliative Care	
ZP12	Praxisanleitung	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP21	Rehabilitation	
ZP14	Schmerzmanagement	
ZP15	Stomamanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP16	Wundmanagement	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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

Bundesland	Leistungsbereich	Zusatzangaben
Baden-Württemberg	Schlaganfall: Akutbehandlung	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	MRSA	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Bayern	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Hamburg	Anästhesiologie	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum

Hessen	Gynäkologische Operationen: Operationen des Uterus myomatosus, die nicht vom bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich erfasst sind	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: Akutbehandlung	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Rheinland-Pfalz	Schlaganfall	Auswahloptionen: Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

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

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

Nummer	Beschluss	Kommentar/Erläuterung
CQ01	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma	
CQ02	Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit hämato-onkologischen Krankheiten	
CQ03	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Positronenemissionstomographie (PET) in Krankenhäusern bei den Indikationen nichtkleinzelliges Lungenkarzinom (NSCLC) und solide Lungenrundherde	

CQ04	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung der Protonentherapie in Krankenhäusern bei der Indikation Rektumkarzinom	
CQ05	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1	
CQ06	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 2	
CQ07	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen – Perinataler Schwerpunkt	
CQ08	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (a.F.)	
CQ09	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und periostgedeckter autologer Chondrozytenimplantation am Kniegelenk	
CQ10	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei matrixassoziierter autologer Chondrozytenimplantation (ACI-M) am Kniegelenk	
CQ11	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie bei Patienten und Patientinnen mit inoperablem hepatozellulärem Karzinom (HCC)	
CQ12	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms	
CQ13	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Kontakt-Laserablation der Prostata (CLAP)	
CQ14	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Visuelle Laserablation der Prostata (VLAP)	
CQ15	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP)	
CQ16	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Thulium-Laserresektion der Prostata (TmLRP)	
CQ17	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei nichtmedikamentösen lokalen Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms für das Verfahren Transurethrale Mikrowellentherapie (TUMT)	
CQ18	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Positronenemissionstomographie bei Patienten und Patientinnen mit Hodgkin-Lymphomen und aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen zum Interim-Staging nach zwei bis vier Zyklen Chemotherapie/Chemoimmuntherapie zur Entscheidung über die Fortführung der Chemotherapie/Chemoimmuntherapie	
CQ19	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patienten und Patientinnen mit inoperablem nicht-kleinzelligem Lungenkarzinom (NSCLC) der UICC Stadien I - III	
CQ20	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Enukleation der Prostata mittels Thulium-Laser (TmLEP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)	
CQ21	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit Ösophaguskarzinom	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anhang 3 zu Anlage 1 Qualitätsindikatoren aus den Verfahren gemäß QSKH-RL für das Berichtsjahr 2014

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Tabelle A:
Vom G-BA als uneingeschränkt zur Veröffentlichung geeignet bewertete Qualitätsindikatoren

Tabelle B:
Vom G-BA eingeschränkt zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren/Qualitätsindikatoren mit eingeschränkter methodischer Eignung

Tabelle C:
Vom G-BA nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

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

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	690	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	Beachtung der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Herzschrittmachers
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	2196	Leitlinienkonforme Systemwahl bei bradykarden Herzrhythmusstörungen	Beachtung der Leitlinien bei der Auswahl eines Herzschrittmachers
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52128	Eingriffsdauer	Dauer der Operation
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	10223	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Herzschrittmacher
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	10249	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (DDD)	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Herzschrittmacher
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	1103	Chirurgische Komplikationen	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	1100	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	51191	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	51987	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund technischer Probleme mit dem Herzschrittmacher
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	51988	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund eines Problems, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht (Problem mit der Schrittmachersonde oder an der Gewebetasche)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	51994	Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff	Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund einer Infektion oder Schäden an der Gewebetasche
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50004	Leitlinienkonforme Indikation	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für das Einsetzen eines Schockgebers
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50005	Leitlinienkonforme Systemwahl	Beachten der Leitlinien bei der Auswahl eines Schockgebers
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52129	Eingriffsdauer	Dauer der Operation
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50010	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Implantation eines Einkammersystems (VVI)	Durchleuchtungszeit bis 9 Minuten bei Einkammer-Schockgeber (sog. VVI-Schockgeber)
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50011	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Implantation eines Zweikammersystems (VDD, DDD)	Durchleuchtungszeit bis 18 Minuten bei Zweikammer-Schockgeber (sog. VDD- oder DDD-Schockgeber)
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50012	Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei Implantation eines CRT-Systems	Durchleuchtungszeit bis 60 Minuten bei CRT-Schockgeber
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50017	Chirurgische Komplikationen	Komplikationen während oder aufgrund der Operation

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50020	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	51186	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	50025	Eingriffsdauer bis 60 Minuten	Dauer der Operation bis 60 Minuten
09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	50030	Chirurgische Komplikationen	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	50031	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52001	Prozedurassoziiertes Problem (Sonden- oder Taschenproblem) als Indikation zum Folgeeingriff	Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund eines Problems, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52002	Infektion als Indikation zum Folgeeingriff	Entscheidung zur erneuten Operation aufgrund einer Infektion

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50041	Chirurgische Komplikationen	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	50044	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/ Systemwechsel/ Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	51196	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	Entscheidung zur Operation bei einer um 60% verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	604	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	Entscheidung zur Operation bei einer um 50% verengten Halsschlagader und Beschwerden
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	51175	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - offen-chirurgisch	Schlaganfall oder Tod nach Operation
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	11704	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch	Schlaganfall oder Tod während der Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	51176	Schwere Schlaganfälle oder Tod - offen-chirurgisch	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	11724	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - offen-chirurgisch	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	51437	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	Entscheidung zur Operation (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	51443	Indikation bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt	Entscheidung zur Operation (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	51445	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - kathetergestützt	Schlaganfall oder Tod nach Operation (mittels Katheter) bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit
12n1-CHOL	Cholezystektomie	Gallenblasenentfernung	220	Verschluss oder Durchtrennung des Ductus hepatocholedochus	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase
12n1-CHOL	Cholezystektomie	Gallenblasenentfernung	50786	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Verschlüssen oder Durchtrennungen des Ductus hepatocholedochus	Verschluss oder Durchtrennung des Hauptgallengangs nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
12n1-CHOL	Cholezystektomie	Gallenblasenentfernung	51169	Reintervention aufgrund von Komplikationen	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
12n1-CHOL	Cholezystektomie	Gallenblasenentfernung	50791	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reinterventionen aufgrund von Komplikationen	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
12n1-CHOL	Cholezystektomie	Gallenblasenentfernung	227	Reintervention aufgrund von Komplikationen nach laparoskopischer Operation	Erneute Operation wegen Komplikationen nach Entfernung der Gallenblase mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie)
12n1-CHOL	Cholezystektomie	Gallenblasenentfernung	51392	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
12n1-CHOL	Cholezystektomie	Gallenblasenentfernung	51391	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
12n1-CHOL	Cholezystektomie	Gallenblasenentfernung	50824	Sterblichkeit im Krankenhaus bei geringem Sterblichkeitsrisiko	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten ohne lebensbedrohliche Grunderkrankung (ASA 1 - 3)
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Entfernung der Gebärmutter)	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Entfernung der Gebärmutter)	10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Entfernung der Gebärmutter)	612	Organerhaltung bei Ovareingriffen	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	330	Antenatale Kortikosteroidtherapie bei Frühgeburten mit einem präpartalen stationären Aufenthalt von mindestens zwei Kalendertagen	Gabe von Kortison bei drohender Frühgeburt (bei mindestens 2 Tagen Krankenhausaufenthalt vor Entbindung)
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	50045	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Kaiserschnittentbindung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während des Kaiserschnitts

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	1058	E-E-Zeit bei Notfallkaiserschnitt über 20 Minuten	Zeitraum zwischen Entschluss zum Notfallkaiserschnitt und Geburt des Kindes über 20 Minuten
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	319	Bestimmung des Nabelarterien-pH-Wertes bei lebend geborenen Einlingen	Bestimmung des Säuregehalts im Nabelschnurblut von Neugeborenen
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51797	Angabe eines pH-Wertes aber keine Angabe eines Base Excess-Wertes	Angabe des Säuregehalts im Nabelschnurblut von Neugeborenen ohne Angabe des Basenwertes
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	321	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51397	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	318	Anwesenheit eines Pädiaters bei Frühgeburten	Anwesenheit eines Kinderarztes bei Frühgeburten
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	1059	Kritisches Outcome bei Reifgeborenen	Kritischer Zustand des Neugeborenen
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	322	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51181	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Dammrissen Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	323	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten ohne Episiotomie	Schwergradiger Dammriss bei Spontangeburt ohne Dammschnitt
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2266	Präoperative Verweildauer über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus	Operation nach über 48 Stunden nach Aufnahme im Krankenhaus

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	10364	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei endoprothetischer Versorgung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2267	Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur	Fehllage bzw. Lageveränderung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	50879	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	Lageveränderung bzw. Funktionsstörung der fixierenden Metallteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2270	Endoprothesenluxation	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	50884	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Endoprothesenluxationen	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks nach Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2274	Postoperative Wundinfektion	Infektion der Wunde nach Operation
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	50889	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an postoperativen Wundinfektionen	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2268	Reoperation aufgrund von Komplikationen	Erneute Operation wegen Komplikationen
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	50864	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2277	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 1 oder 2	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei ansonsten gesunden oder leicht erkrankten Patienten (ASA 1 oder 2)
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2276	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikofaktor ASA 3	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit schwerer Allgemeinerkrankung (ASA 3)
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2279	Sterblichkeit im Krankenhaus bei osteosynthetischer Versorgung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels fixierender Metallteile
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2278	Sterblichkeit im Krankenhaus bei endoprothetischer Versorgung	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs mittels künstlichem Hüftgelenk
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	51168	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes bei Versorgung des Bruchs – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	1082	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	265	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	2223	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Hüftgelenks
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	449	Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	50919	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	451	Endoprothesenluxation	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	50924	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Endoprothesenluxationen	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	452	Postoperative Wundinfektion	Infektion der Wunde nach Operation
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	50929	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an postoperativen Wundinfektionen	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	456	Reoperation aufgrund von Komplikationen	Erneute Operation wegen Komplikationen
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	50944	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	457	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	50949	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	268	Hüft-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks anhand bestimmter Kriterien
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	270	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	463	Implantatfehllage, -dislokation oder Fraktur	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	50964	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Implantatfehllagen, -dislokationen oder Frakturen	Fehllage bzw. Lageveränderung des künstlichen Hüftgelenks oder Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	465	Endoprothesenluxation	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	50969	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Endoprothesenluxationen	Ausrenken des künstlichen Hüftgelenks – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	470	Reoperation aufgrund von Komplikationen	Erneute Operation wegen Komplikationen
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	50989	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	471	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	50994	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	276	Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien	Entscheidung zum Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	277	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	2218	Bestimmung der postoperativen Beweglichkeit nach Neutral-Null-Methode	Bestimmung der Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	10953	Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/90 nach Neutral-Null-Methode	Ausreichende Beweglichkeit des künstlichen Kniegelenks nach der Operation
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	286	Postoperative Wundinfektion	Infektion der Wunde nach Operation
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	51019	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an postoperativen Wundinfektionen	Infektion der Wunde nach Operation – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	290	Reoperation aufgrund von Komplikationen	Erneute Operation wegen Komplikationen
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	51034	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	472	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	51039	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	295	Knie-Endoprothesenwechsel bei erfüllten Indikationskriterien	Entscheidung zum Wechsel eines künstlichen Kniegelenks anhand bestimmter Kriterien
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	292	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Vorbeugende Gabe von Antibiotika während der Operation
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	475	Reoperation aufgrund von Komplikationen	Erneute Operation wegen Komplikationen
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	51064	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Reoperationen aufgrund von Komplikationen	Erneute Operation wegen Komplikationen – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	476	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	51069	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	51846	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung	Absicherung der Diagnose vor der Behandlung mittels Gewebeuntersuchung
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	2163	Primäre Axilladissektion bei DCIS	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	50719	Lymphknotenentnahme bei DCIS und brusterhaltender Therapie	Lymphknotenentfernung bei Brustkrebs im Frühstadium und Behandlung unter Erhalt der Brust

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	Entscheidung für eine Entfernung der Wächterlymphknoten
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	12774	Isolierte Koronarangiographien mit Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²	Strahlenbelastung bei einer Herzkatheteruntersuchung (Flächendosisprodukt über 3.500 cGy*cm²)
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	12775	Isolierte PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm²	Strahlenbelastung bei einer Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI mit Flächendosisprodukt über 6.000 cGy*cm²)
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	50749	Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²	Strahlenbelastung bei Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI mit Flächendosisprodukt über 8.000 cGy*cm²)
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	51405	Isolierte Koronarangiographien mit einer Kontrastmittelmenge über 150 ml	Herzkatheteruntersuchung mit mehr als 150 ml Kontrastmittel
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	51406	Isolierte PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 200 ml	Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. PCI) mit mehr als 200 ml Kontrastmittel
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	51407	Einzeitig-PCI mit einer Kontrastmittelmenge über 250 ml	Untersuchung und Aufdehnung der Herzkranzgefäße (sog. Einzeitig-PCI) mit mehr als 250 ml Kontrastmittel
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs	52008	Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad 1)	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs	52009	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an stationär erworbenen Dekubitalulcera (ohne Dekubitalulcera Grad 1)	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür erwarben - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs	52010	Alle stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad 4	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades erwarben
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	52006	Intraprozedurale Komplikationen	Komplikationen während des Eingriffs
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	340	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	341	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	12092	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	345	Status am 30. postoperativen Tag	Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	343	Sterblichkeit nach 30 Tagen	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	51914	Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem euroSCORE I	Entscheidung zum Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter) anhand bestimmter Kriterien

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	51915	Indikation zum kathetergestützten Aortenklappenersatz nach logistischem Aortenklappenscore 2.0	Entscheidung zum Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter) anhand bestimmter Kriterien
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	51916	Intraprozedurale Komplikationen	Komplikationen während des Eingriffs
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	52007	Gefäßkomplikationen	Komplikationen an den Gefäßen
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	11994	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	11995	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	12168	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	11997	Status am 30. postoperativen Tag	Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	11996	Sterblichkeit nach 30 Tagen	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	332	Verwendung der linksseitigen Arteria mammaria interna	Verwendung der linksseitigen Brustwandarterie als Umgehungsgefäß (sog. Bypass)
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	348	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	349	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	11617	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	353	Status am 30. postoperativen Tag	Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	351	Sterblichkeit nach 30 Tagen	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	359	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	360	Sterblichkeit im Krankenhaus nach elektiver/dringlicher Operation	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – ohne Notfalloperation
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	12193	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	11391	Status am 30. postoperativen Tag	Vorliegen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	362	Sterblichkeit nach 30 Tagen	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation
HTX	Herztransplantation	Herztransplantation	2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
HTX	Herztransplantation	Herztransplantation	12539	Unbekannter Überlebensstatus 30 Tage postoperativ	Fehlen von Informationen 30 Tage nach der Operation darüber, ob der Patient verstorben ist oder lebt
HTX	Herztransplantation	Herztransplantation	12542	30-Tages-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 30 Tagen (bei vorliegenden Informationen)
HTX	Herztransplantation	Herztransplantation	12253	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)
HTX	Herztransplantation	Herztransplantation	51629	1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
HTX	Herztransplantation	Herztransplantation	12269	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
HTX	Herztransplantation	Herztransplantation	51631	2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
HTX	Herztransplantation	Herztransplantation	12289	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
HTX	Herztransplantation	Herztransplantation	51633	3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	2127	Lebertransplantation beim Spender erforderlich	Lebertransplantation beim Spender erforderlich
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	2128	Eingriffsspezifische oder allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	Komplikationen nach der Operation

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	12296	Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	Sterblichkeit des Spenders 1 Jahr nach Leberspende
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	51603	Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende	Sterblichkeit des Spenders 1 Jahr nach Leberspende (ist nicht bekannt, ob der Spender lebt, wird sein Tod angenommen)
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	12549	Lebertransplantation beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebendspende erforderlich	Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 1 Jahr nach Leberspende erforderlich
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	12609	Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (1 Jahr nach Leberlebendspende)	Eingeschränkte Leberfunktion beim Spender 1 Jahr nach Leberspende
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	12308	Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	Sterblichkeit des Spenders 2 Jahre nach Leberspende
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	51604	Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende	Sterblichkeit des Spenders 2 Jahre nach Leberspende (ist nicht bekannt, ob der Spender lebt, wird sein Tod angenommen)
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	12561	Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberspende erforderlich
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	12613	Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (2 Jahre nach Leberlebendspende)	Eingeschränkte Leberfunktion beim Spender 2 Jahre nach Leberspende
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	12324	Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	Sterblichkeit des Spenders 3 Jahre nach Leberspende
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	51605	Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende	Sterblichkeit des Spenders 3 Jahre nach Leberspende (ist nicht bekannt, ob der Spender lebt, wird sein Tod angenommen)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	12577	Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebendspende erforderlich	Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberspende erforderlich
LLS	Leberlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebendspende eines Teils der Leber)	12617	Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (3 Jahre nach Leberlebendspende)	Eingeschränkte Leberfunktion beim Spender 3 Jahre nach Leberspende
LTX	Lebertransplantation	Lebertransplantation	2096	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
LTX	Lebertransplantation	Lebertransplantation	51594	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
LTX	Lebertransplantation	Lebertransplantation	2097	Tod durch operative Komplikationen	Sterblichkeit innerhalb von 24 Stunden nach der Transplantation
LTX	Lebertransplantation	Lebertransplantation	2133	Postoperative Verweildauer	Dauer des Krankenhausaufenthaltes nach Operation
LTX	Lebertransplantation	Lebertransplantation	12349	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)
LTX	Lebertransplantation	Lebertransplantation	51596	1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
LTX	Lebertransplantation	Lebertransplantation	12365	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
LTX	Lebertransplantation	Lebertransplantation	51599	2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
LTX	Lebertransplantation	Lebertransplantation	12385	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
LTX	Lebertransplantation	Lebertransplantation	51602	3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	2155	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	12397	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	51636	1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	12413	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	51639	2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	12433	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	51641	3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51120	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalt bei Früh- und Risikogeburten, die lebend geboren wurden
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51119	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalt bei Früh- und Risikogeburten, die lebend geboren wurden – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51070	Sterblichkeit bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalt bei Risikogeburten, die lebend geboren wurden (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	50048	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalt bei Risikogeburten, die lebend geboren wurden (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51832	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51837	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51076	Intra- und periventrikuläre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	50050	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEC) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Eingriff aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51843	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Nekrotisierenden Enterokolitiden (NEC) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) - unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	50053	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51078	Höhergradige Frühgeborenenretinopathie (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	50052	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Höhergradigen Frühgeborenenretinopathien (ROP) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Höhergradige Netzhautschädigung bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)- unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung von Frühgeborenen
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51085	Kinder mit Nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	50060	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51086	Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	Anzahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	50061	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) der Anzahl nosokomialer Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne zuverlegte Kinder)	Anzahl der im Krankenhaus erworbenen Infektionen pro 1000 Behandlungstage (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51087	Pneumothorax bei beatmeten Kindern	Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	50062	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) bei beatmeten Kindern mit Pneumothorax (ohne zuverlegte Kinder)	Luftansammlung zwischen Lunge und Brustwand (sog. Pneumothorax) bei beatmeten Kindern (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	50063	Durchführung eines Hörtests	Durchführung eines Hörtests
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	50064	Aufnahmetemperatur unter 36.0 Grad	Körpertemperatur unter 36.0 Grad bei Aufnahme ins Krankenhaus
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	50103	Aufnahmetemperatur über 37.5 Grad	Körpertemperatur über 37.5 Grad bei Aufnahme ins Krankenhaus
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	2138	Dialyse beim Lebendspender erforderlich	Dialyse beim Spender erforderlich
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	51567	Intra- oder postoperative Komplikationen	Komplikationen während oder nach der Operation
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	12440	Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	Sterblichkeit des Spenders 1 Jahr nach Nierenspende
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	51568	Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	Sterblichkeit des Spenders 1 Jahr nach Nierenspende (ist nicht bekannt, ob der Spender lebt, wird sein Tod angenommen)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	12636	Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebendspende)	Eingeschränkte Nierenfunktion beim Spender 1 Jahr nach Nierenspende (bei vorliegenden Informationen)
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	12667	Neu aufgetretene arterielle Hypertonie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende	Neu aufgetretener Bluthochdruck innerhalb des 1. Jahres nach Nierenspende
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	12452	Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	Sterblichkeit des Spenders 2 Jahre nach Nierenspende
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	51569	Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	Sterblichkeit des Spenders 2 Jahre nach Nierenspende (ist nicht bekannt, ob der Spender lebt, wird sein Tod angenommen)
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	12640	Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (2 Jahre nach Nierenlebendspende)	Eingeschränkte Nierenfunktion beim Spender 2 Jahre nach Nierenspende (bei vorliegenden Informationen)
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	12468	Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	Sterblichkeit des Spenders 3 Jahre nach Nierenspende
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	51570	Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	Sterblichkeit des Spenders 3 Jahre nach Nierenspende (ist nicht bekannt, ob der Spender lebt, wird sein Tod angenommen)
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	12644	Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (3 Jahre nach Nierenlebendspende)	Eingeschränkte Nierenfunktion beim Spender 3 Jahre nach Nierenspende (bei vorliegenden Informationen)
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	2171	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	2184	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende	Sofortige Funktionsaufnahme der transplantierten Niere (eines verstorbenen Spenders) beim Empfänger
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	2185	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende	Sofortige Funktionsaufnahme der transplantierten Niere (eines lebenden Spenders) beim Empfänger

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	2188	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende	Ausreichende Funktion der transplantierten Niere (eines verstorbenen Spenders) bei Entlassung
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	2189	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach Lebendorganspende	Ausreichende Funktion der transplantierten Niere (eines lebenden Spenders) bei Entlassung
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	51557	Intra- oder postoperative Komplikationen	Komplikationen während oder nach der Operation
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	2144	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	51560	1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	12809	Transplantatversagen innerhalb des 1. Jahres nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	Versagen der transplantierten Niere innerhalb von 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	12729	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	Ausreichende Funktion der transplantierten Niere nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	12199	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	51561	2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	12810	Transplantatversagen innerhalb von 2 Jahren nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	Versagen der transplantierten Niere innerhalb von 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	12735	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	Ausreichende Funktion der transplantierten Niere nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	12237	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	51562	3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	12811	Transplantatversagen innerhalb von 3 Jahren nach Nierentransplantation (bei bekanntem Status)	Versagen der transplantierten Niere innerhalb von 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	12741	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	Ausreichende Funktion der transplantierten Niere nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	2005	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	2006	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	2007	Erste Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (aus anderem Krankenhaus)	Messung des Sauerstoffgehalts im Blut bei Lungenentzündung innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (ausschließlich aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Patienten)
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	2009	Antimikrobielle Therapie innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme (nicht aus anderem Krankenhaus)	Behandlung der Lungenentzündung mit Antibiotika innerhalb von 8 Stunden nach Aufnahme
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	2012	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	Frühes Mobilisieren von Patienten mit geringem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	2013	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	Frühes Mobilisieren von Patienten mit mittlerem Risiko innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	2015	Verlaufskontrolle des CRP oder PCT innerhalb der ersten 5 Tage nach Aufnahme	Fortlaufende Kontrolle der Lungenentzündung mittels Erhebung von Laborwerten (CRP oder PCT) während der ersten 5 Tage
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	2018	Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit mittlerem Risiko

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	2019	Keine Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	Kein Prüfen der Diagnosestellung und Behandlung bei Patienten mit hohem Risiko
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	2028	Vollständige Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Feststellung des ausreichenden Gesundheitszustandes nach bestimmten Kriterien vor Entlassung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	2036	Erfüllung klinischer Stabilitätskriterien bis zur Entlassung	Ausreichender Gesundheitszustand nach bestimmten Kriterien bei Entlassung
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	11878	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	50778	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	11879	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 1 (CRB-65-SCORE = 0)	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit niedrigem Risiko
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	11880	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 2 (CRB-65-SCORE = 1 oder 2)	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit mittlerem Risiko
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	11881	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Risikoklasse 3 (CRB-65-SCORE = 3 oder 4)	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Patienten mit hohem Risiko
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	50722	Bestimmung der Atemfrequenz bei Aufnahme	Messen der Anzahl der Atemzüge pro Minute des Patienten bei Aufnahme ins Krankenhaus
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation	2143	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation	2145	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung	Ausreichende Funktion der transplantierten Bauchspeicheldrüse bei Entlassung
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation	2146	Entfernung des Pankreastransplantats	Entfernung der transplantierten Bauchspeicheldrüse
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation	12493	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation	51524	1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation	12824	Qualität der Transplantatfunktion (1 Jahr nach Transplantation)	Ausreichende Funktion der transplantierten Bauchspeicheldrüse nach 1 Jahr
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation	12509	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation	51544	2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation	12841	Qualität der Transplantatfunktion (2 Jahre nach Transplantation)	Ausreichende Funktion der transplantierten Bauchspeicheldrüse nach 2 Jahren
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation	12529	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation	51545	3-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 3 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**	**Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators**
PNTX	Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation	Bauchspeicheldrüsen- und Bauchspeicheldrüsen-Nierentransplantation	12861	Qualität der Transplantatfunktion (3 Jahre nach Transplantation)	Ausreichende Funktion der transplantierten Bauchspeicheldrüse nach 3 Jahren

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

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

[leer]

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Tabelle C:
Vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht zur Veröffentlichung empfohlene Qualitätsindikatoren

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52305	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
09n1-HSM-IMPL	Herzschrittmacher-Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52311	Sondendislokation oder -dysfunktion
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	1092	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	480	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Einkammersystem (AAI, VVI)
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	1093	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	481	Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats über 6 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	11484	Dokumentation der Laufzeit des Herzschrittmacher-Aggregats
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	210	Eingriffsdauer bis 45 Minuten
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	52307	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	1096	Chirurgische Komplikationen
09n2-HSM-AGGW	Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	51398	Sterblichkeit im Krankenhaus
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	1089	Chirurgische Komplikationen
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	51399	Sterblichkeit im Krankenhaus
09n3-HSM-REV	Herzschrittmacher-Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	51404	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52316	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen
09n4-DEFI-IMPL	Implantierbare Defibrillatoren - Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52325	Sondendislokation oder -dysfunktion

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	50021	Laufzeit des alten Defibrillator-Aggregats unter 3 Jahre bei Einkammersystem (VVI)
09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	50022	Laufzeit des alten Defibrillator-Aggregats unter 3 Jahre bei Zweikammersystem (VDD, DDD)
09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	50023	Laufzeit des alten Defibrillator-Aggregats unter 3 Jahre bei CRT-System
09n5-DEFI-AGGW	Implantierbare Defibrillatoren - Aggregatwechsel	Wechsel des Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen (ohne Eingriff an den Sonden)	52321	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ Systemwechsel/ Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52328	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff
09n6-DEFI-REV	Implantierbare Defibrillatoren-Revision/ Systemwechsel/ Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	605	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose ohne kontralaterale Karotisstenose - offen-chirurgisch

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	606	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - offen-chirurgisch
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	52240	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei offen-chirurgischer Karotis-Revaskularisation bei asymptomatischer Karotisstenose als Simultaneingriff mit aortokoronarer Bypassoperation
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	51859	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	51448	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei asymptomatischer Karotisstenose und kontralateraler Karotisstenose - kathetergestützt
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	51860	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod bei symptomatischer Karotisstenose - kathetergestützt
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	51457	Periprozedurale Schlaganfälle oder Tod - kathetergestützt
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	51873	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an periprozeduralen Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	51478	Schwere Schlaganfälle oder Tod - kathetergestützt

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
10n2-KAROT	Karotis-Revaskularisation	Wiederherstellung eines ausreichenden Blutflusses durch einen Eingriff an der Halsschlagader	51865	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt
12n1-CHOL	Cholezystektomie	Gallenblasenentfernung	613	Behandlungsbedürftige Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation
12n1-CHOL	Cholezystektomie	Gallenblasenentfernung	224	Allgemeine postoperative Komplikationen
12n1-CHOL	Cholezystektomie	Gallenblasenentfernung	225	Allgemeine postoperative Komplikationen nach laparoskopisch begonnener Operation
12n1-CHOL	Cholezystektomie	Gallenblasenentfernung	226	Allgemeine postoperative Komplikationen nach offen-chirurgischer Operation
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Entfernung der Gebärmutter)	51417	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Entfernung der Gebärmutter)	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Entfernung der Gebärmutter)	51418	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Entfernung der Gebärmutter)	51907	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Entfernung der Gebärmutter)	52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	50046	Antibiotikagabe bei vorzeitigem Blasensprung
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	52243	Kaiserschnittgeburten
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	52249	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Kaiserschnittgeburten

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51826	Azidose bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51831	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Azidosen bei früh geborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	324	Dammriss Grad III oder IV bei spontanen Einlingsgeburten mit Episiotomie
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	52244	Mütter und Kinder, die zusammen nach Hause entlassen wurden
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	52254	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Müttern und Kindern die zusammen nach Hause entlassen wurden
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	331	Müttersterblichkeit bei Geburten
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2115	Endoprothetische Versorgung bei Patienten über 80 Jahren mit medialer Schenkelhalsfraktur (Garden III oder IV)
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	10361	Perioperative Antibiotikaprophylaxe bei osteosynthetischer Versorgung
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2272	Gehunfähigkeit bei Entlassung
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	50874	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2271	Gefäßläsion / Nervenschaden
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	50853	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2269	Wundhämatome / Nachblutungen
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	50858	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen / Nachblutungen
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	2275	Allgemeine postoperative Komplikationen
17n1-HÜFT-FRAK	Hüftgelenknahe Femurfraktur	Bruch des Oberschenkelknochens nahe des Hüftgelenks	50894	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	446	Postoperative Beweglichkeit von mindestens 0/0/70 nach Neutral-Null-Methode
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	264	Gehunfähigkeit bei Entlassung
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	50909	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	447	Gefäßläsion / Nervenschaden
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	50914	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	454	Wundhämatome / Nachblutungen
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	50934	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen / Nachblutungen
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	455	Allgemeine postoperative Komplikationen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
17n2-HÜFT-TEP	Hüft-Endoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks	50939	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	10878	Gehunfähigkeit bei Entlassung
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	50954	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	2221	Gefäßläsion / Nervenschaden
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	50959	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	51866	Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	468	Wundhämatome / Nachblutungen
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	50979	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen / Nachblutungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	469	Allgemeine postoperative Komplikationen
17n3-HÜFT-WECH	Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile	50984	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	2288	Gehunfähigkeit bei Entlassung
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	51004	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	2219	Gefäßläsion / Nervenschaden
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	51009	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Gefäßläsionen oder Nervenschäden
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	285	Fraktur
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	51014	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Frakturen
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	288	Wundhämatome / Nachblutungen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	51024	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen / Nachblutungen
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	289	Allgemeine postoperative Komplikationen
17n5-KNIE-TEP	Knie-Totalendoprothesen-Erstimplantation	Erstmaliges Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks	51029	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	2291	Gehunfähigkeit bei Entlassung
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	51044	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	2220	Gefäßläsion / Nervenschaden
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	300	Fraktur
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	51049	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Frakturen

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	51874	Postoperative Wundinfektionen ohne präoperative Infektzeichen
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	473	Wundhämatome / Nachblutungen
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	51054	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Wundhämatomen / Nachblutungen
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	474	Allgemeine postoperative Komplikationen
17n7-KNIE-WECH	Knie-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile	51059	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an allgemeinen postoperativen Komplikationen
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52268	HER2/neu-Positivitätsrate
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52273	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an HER2/neu-positiven Befunden
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei mammografischer Drahtmarkierung
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	51371	Zeitlicher Abstand von über 21 Tagen zwischen Diagnose und Operation

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	52331	Objektive, nicht-invasive Ischämiezeichen als Indikation zur elektiven, isolierten Koronarangiographie
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	52256	Indikation zur isolierten Koronarangiographie: Anteil ohne pathologischen Befund
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	52332	Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI mit der Indikation "akutes Koronarsyndrom mit ST-Hebungsinfarkt bis 24 h"
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	52333	Erreichen des Rekanalisationsziels bei PCI ohne Herzinfarkt
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	414	MACCE bei isolierter Koronarangiographie
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	415	MACCE bei PCI
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	2232	MACCE bei Erst-PCI aufgrund eines ST-Hebungsinfarkts
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	416	Sterblichkeit im Krankenhaus bei isolierter Koronarangiographie

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	52341	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei isolierter Koronarangiographie
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	417	Sterblichkeit im Krankenhaus bei PCI
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	52342	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Todesfällen bei PCI
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	2311	Unvollständige Dokumentation von Diabetes mellitus und Niereninsuffizienz
21n3-KORO-PCI	Koronarangiographie und Perkutane Koronarintervention (PCI)	Untersuchung und Behandlung der Herzkranzgefäße (mittels Herzkatheter)	12773	Fehlende Dokumentation des Flächendosisprodukts
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs	52326	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 2
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs	52327	Alle Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcera Grad/Kategorie 3 oder nicht näher bezeichnet
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	2263	Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	2280	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
HCH-AORT-CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	2282	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
HCH-AORT-KATH	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Kathetergestützt)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (mittels Herzkatheter)	12001	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	2256	Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	2257	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen-chirurgisch)	2259	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	2283	Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	2284	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	2286	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51077	Zystische Periventrikuläre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	50051	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Zystischen Periventrikulären Leukomalazien (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	52262	Zunahme des Kopfumfangs

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs-bereich-ID	**Leistungsbereich**	**Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs**	**Indikator-ID**	**Bezeichnung des Qualitätsindikators**
NEO	Neonatologie	Versorgung von Frühgeborenen	51845	Aufnahmetemperatur nicht angegeben
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebendspende
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kra

Anlage 2 Annahmestelle und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr 2014

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

Annahmestelle

Die Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG) ist die Datenannahmestelle der Qualitätsberichte gemäß den Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser.

Die Kontaktadresse der gemeinsamen Annahmestelle lautet:

Informationstechnische Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung GmbH (ITSG)
Seligenstädter Grund 11
63150 Heusenstamm
Telefon-Hotline: 06104 - 947 36 400
Telefax: 06104 - 600 50 300
E-Mail: Hotline-qb@itsg.de

Datenlieferverfahren

	Anmeldung
1.	Zugelassene Krankenhäuser melden sich vor der Lieferung der Qualitätsberichte bei der Annahmestelle an. Die Anmeldung erfolgt online über ein Webformular.
2.	Das Anmeldeverfahren beginnt 18 Wochen vor dem Ablauf der in § 6 Abs. 1 genannten Übermittlungsfrist für die Qualitätsberichte und endet 12 Wochen vor dem Ablauf dieser Übermittlungsfrist.
3.	Für jeden Bericht, der geliefert werden soll, ist eine eigene Anmeldung notwendig. Für die Anmeldung übermittelt das Krankenhaus folgende Angaben gemäß Anlage 1, Berichtsteil A-1: – Institutionskennzeichen und Standortnummer zur Identifikation: Dabei muss es sich um das Institutionskennzeichen (IK) und die Standortnummer handeln, die für das Berichtsjahr bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wurden. Nimmt ein Krankenhaus nicht am Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung nach § 137 SGB V teil, werden das im Berichtsjahr gültige IK und die Standortnummer angegeben. Diese Angabe muss der Angabe aus Berichtsteil A-1, I.2 entsprechen. – Weitere Institutionskennzeichen, die für die externe vergleichende Qualitätssicherung im Berichtsjahr verwendet wurden: Wurde im Berichtsjahr mehr als ein IK für die Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung verwendet, sind alle weiteren IK

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

	anzugeben. – Kontaktdaten des Krankenhauses (Name des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts, Ansprechperson, Telefonnummern, E-Mail-Adressen; sofern ein Gesamtbericht angemeldet wird, sind das IK und die Adress- und Kontaktdaten des Hauptstandorts sowie die IK, die Standortnummern und die Kontaktdaten aller einzelnen Standorte anzugeben) – Grundlage der Zulassung des Krankenhauses nach § 108 SGB V (Angabe, ob anerkannte Hochschulklinik, Plankrankenhaus oder Versorgungsvertrag)
4.	Die Freischaltung der Adresse erfolgt erst nach Bestätigung durch das Krankenhaus (Double-Opt-In-Prinzip). Erst nach dieser Freischaltung ist die Übermittlung von Dateien möglich. Das Krankenhaus erhält für jede Anmeldung Zugangsdaten (Benutzername und Passwort).
5.	Nach Ablauf der Anmeldefrist deaktiviert die Annahmestelle das Anmeldeformular für Krankenhäuser, erstellt eine Liste aller angemeldeten Einrichtungen und übermittelt diese den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen zum Abgleich. Bei Abweichungen zwischen den bei den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen und der Annahmestelle vorliegenden Institutions- und Standortnummern erhalten die Krankenhäuser die Gelegenheit, ihre Daten zu korrigieren. Hierzu informiert die Annahmestelle die betroffenen Krankenhäuser und aktiviert das Anmeldeformular. Nach Abschluss dieser maximal vierwöchigen Prüf- und Korrekturphase werden die Identifikationsdaten für den Datenlieferprozess des jeweiligen Berichtsjahres fixiert und die Annahmestelle übermittelt den mit der Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen die abschließende Liste.
6.	Nach Abschluss der Korrekturphase bestätigt die Annahmestelle dem Krankenhaus die Anmeldung und übermittelt dabei die gemeldeten Daten. Die Angaben zu den Institutionskennzeichen und Standortnummern können nur innerhalb des Anmeldeverfahrens nach Nr. 2 und der Korrekturphase nach Nr. 5 geändert werden.
7.	Abweichend davon können die sonstigen krankenhausbezogenen Kontaktdaten jederzeit aktualisiert werden.
	Annahmeverfahren gemäß § 6 Abs. 1 (alle Berichtsteile außer C-1)
8.	Die Annahmestelle versendet unverzüglich eine Bestätigung der Datenannahme für alle eingehenden Dateien per E-Mail.
9.	Die Dateien werden anhand des festgelegten Datenschemas (gemäß Anhang 1 zu Anlage 1) geprüft.
10.	Die Annahmestelle informiert das Krankenhaus unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.
11.	Angemeldete Krankenhäuser, von denen bis 14 Tage vor dem Ende der Übermittlungsfrist gemäß § 6 Abs. 1 kein Bericht eingegangen ist, erhalten eine Erinnerungs-E-Mail von der Annahmestelle.
	Annahmeverfahren gemäß § 6 Abs. 2 (Berichtsteil C-1)
12.	Die Annahmestelle liefert die Liste der Daten aus Ziffer 3, erster und zweiter Spiegelstrich an die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

13.	Die Daten zur externen vergleichenden Qualitätssicherung – inklusive der Kommentare des Krankenhauses – werden nur für Krankenhäuser geliefert, die sich bis 12 Wochen vor Ablauf der Übermittlungsfrist nach § 6 Abs. 1 angemeldet haben. Für Krankenhäuser, die sich bis zu diesem Zeitpunkt angemeldet haben und für die keine Qualitätssicherungsdaten vorliegen, erfolgt eine Null-Meldung.
14.	Die Dateien werden anhand des festgelegten Datenschemas (gemäß Anhang 1 zu Anlage 1) geprüft. Die Annahmestelle informiert die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen unverzüglich über das Prüfergebnis per E-Mail.
15.	Die Annahmestelle informiert die auf Bundes- und Landesebene beauftragten Stellen 14 Tage vor dem Ablauf der Übermittlungsfrist gemäß § 6 Abs. 2, für welche Krankenhäuser noch keine Qualitätsdaten geliefert wurden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 3 Verfahren zur Veröffentlichung der Berichtspflicht und zur Erstellung einer Liste nach § 8 Absatz 1 ab dem Berichtsjahr 2015

§ 1 Feststellung des Umfangs der Berichtspflicht für ein Berichtsjahr

(1) Der G-BA veröffentlicht vor Beginn des Anmeldezeitraums zur Übermittlung des Qualitätsberichts gemäß Nummer 2 Anlage 2 Qb-R eine Liste derjenigen Krankenhäuser und deren Standorte, für die eine Berichtspflicht nach § 2 Absatz 2 Qb-R besteht (im Folgenden Positivliste).

(2) Die Positivliste wird ab dem Berichtsjahr 2016 auf Grundlage folgender Informationen erstellt:

1. der Positivliste des vorangegangenen Berichtsjahres,
2. den Aktualisierungen aufgrund des Antragsverfahrens gemäß § 2 für das laufende Berichtsjahr.

(3) Die Positivliste für das vorangegangene Jahr wird bis zum 30. Juni jedes Jahres auf den Internetseiten des G-BA veröffentlicht.

(4) Grundlage der Positivliste für das Berichtsjahr 2015 sind die Liste der Annahmestelle, welche die angenommenen Qualitätsberichte für das Berichtsjahr 2014 bis zum Veröffentlichungszeitraum gemäß § 9 Absatz 1 Qb-R aufführt, Nachlieferungsanträge gemäß § 6 Absatz 3 Qb-R für das Berichtsjahr 2014 sowie die im Rahmen des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 2 Anlage 3 (a. F.) für das Berichtsjahr 2013 durch den G-BA darüber hinaus festgestellten Berichtspflichten.

§ 2 Antragsverfahren zur jährlichen Aktualisierung der Positivliste gemäß § 1 Absatz 1

(1) [1]Die Positivliste wird durch ein Antragsverfahren für jedes Berichtsjahr aktualisiert. [2]Beantragt werden kann die Anpassung der Positivliste an die im Berichtsjahr vorliegenden Umstände. [3]Dies umfasst die Aufnahme oder Streichung eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses oder Standortes im Sinne von § 2 Qb-R auf oder von der Positivliste.

(2) Antragsberechtigte Stellen sind nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser und ihre Verbände, Krankenkassen und ihre Verbände, Landesplanungsbehörden, die auf Landesebene beauftragten Stellen gemäß QSKH-Richtlinie sowie das Institut nach § 137a SGB V (im Folgenden Antragsteller).

(3) Die Antragsfrist beginnt unmittelbar mit der Veröffentlichung der Positiv-Liste für das vorangegangene Berichtsjahr auf den Internetseiten des G-BA und endet am 1. März des folgenden Jahres.

(4) [1]Der Antrag ist nach Maßgabe des Vordrucks [Anhang] zu begründen und mit für den Nachweis geeigneten Belegen an die G-BA-Geschäftsstelle zu übermitteln. [2]Für den Nachweis geeignete Belege, insbesondere bei Beantragung der Aufnahme auf oder Streichung von der Positivliste, sind zum Beispiel der für das Berichtsjahr gültige Krankenhausplan, der Feststellungsbescheid oder andere Nachweise über den Versorgungsauftrag. [3]Werden Anträge von Antragsstellern eingereicht, die nicht von dem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus stammen, welches im Antrag näher

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

bezeichnet ist, fordert die G-BA-Geschäftsstelle das betroffene Krankenhaus schriftlich unter Fristsetzung und unter Bezeichnung des beantragten Sachverhalts zur Stellungnahme nach Maßgabe des Vordrucks [Anhang] und zur Übermittlung geeigneter Belege nach Satz 1 auf. [4]Die Frist für das Krankenhaus soll nicht kürzer als drei Wochen sein. [5]Nach Abschluss der Antragsfrist und - sofern ein Stellungnahmeverfahren nach Satz 3 durchgeführt wurde – nach Ablauf der Stellungnahmefrist, stellt die G-BA-Geschäftsstelle unverzüglich die eingegangenen Rückmeldungen für die Beratungen im G-BA zusammen. [6]Der zuständige Unterausschuss des G-BA entscheidet über die Aktualisierung der Positivliste auf Grundlage der vorhandenen Informationen. [7]Liegen zum Zeitpunkt dieser Entscheidung keine Belege des Krankenhauses gemäß Satz 1 vor, für welches ein Antrag auf Aktualisierung durch einen Dritten gestellt wurde und welches gemäß Satz 3 beteiligt wurde, wird davon ausgegangen, dass die beantragte Aktualisierung zutreffend ist.

§ 3 Beschluss über die Aufnahme auf die Liste nach § 8 Absatz 1 Qb-R

(1) Die Annahmestelle übermittelt der G-BA-Geschäftsstelle unmittelbar nach dem Fristablauf gemäß § 6 Absatz 3 Buchstabe a Satz 3 Qb-R oder, sofern ein Nachlieferverfahren durchgeführt wird, nach Ablauf der Frist zur Nachlieferung der Qualitätsberichte gemäß § 6 Absatz 3 Buchstabe a Satz 6 Qb-R eines jeden Berichtsjahres, beginnend für das Berichtsjahr 2015, eine elektronische Liste der nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser und deren Standorte gemäß § 2 Qb-R, für die Qualitätsberichte angenommen wurden (im Folgenden abschließende Lieferliste).

(2) [1]Auf Grundlage des Abgleichs der Positivliste mit der abschließenden Lieferliste gemäß Absatz 1 des jeweiligen Berichtsjahres entscheidet der G-BA über die ordnungsgemäße Lieferung des Qualitätsberichts sowie über die Aufnahme des Krankenhauses auf die Liste gemäß § 8 Absatz 1 Qb-R. [2]Der G-BA beschließt die Veröffentlichung der Liste gemäß § 8 Absatz 1 Qb-R auf den Internetseiten des G-BA bis zum 30. September.

(3) Abweichend von Absatz 2 werden zur Ermittlung fehlender Qualitätsberichte für das Berichtsjahr 2015 zusätzlich die im Rahmen des Antragsverfahrens für das Berichtsjahr 2016 gemäß § 2 getroffenen Feststellungen, sofern sie bereits das Berichtsjahr 2015 betreffen, berücksichtigt.

§ 4 Stellungnahmeverfahren für das Berichtsjahr 2014

Für das Berichtsjahr 2014 wird kein Verfahren zur Erstellung der Liste nach § 8 Absatz 1 Qb-R (a. F.) nach Anlage 3 (a. F.) durchgeführt.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Formular zur Begründung eines Antrags gemäß § 2 Anlage 3

1. Krankenhaus	
a) Vollständiger Name	
b) Anschrift	
c) Bundesland	
d) Institutionskennzeichen	

2. Angaben zur Zulassung nach § 108 SGB V	
Ist das Krankenhaus nach § 108 SGB V zugelassen?	☒ Ja ☐ Nein
- Ist das Krankenhaus nach landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt?	☐ Ja ☐ Nein
- Ist das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen?	☐ Ja ☐ Nein
- Hat das Krankenhaus einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen?	☐ Ja ☐ Nein

3. Angaben zu den Standorten	
Weist der Versorgungsauftrag, insbesondere der Feststellungsbescheid neben der unter 1. genannten Adresse des Krankenhauses weitere Standorte aus?	☐ Ja ☐ Nein
Falls ja, - Anzahl der insgesamt ausgewiesenen Standorte angeben:	☐ Anzahl Standorte
- Adresse und Institutionskennzeichen jedes Standortes angeben unter 4.	

4. Nähere Angaben zu den Standorten		
Nr.	**Institutionskennzeichen**	**Adresse**

Diese Richtlinie - Version ist nicht mehr in Kraft.

5. Belege/Nachweise Gemäß § 2 Absatz 4 Anlage 3 Qb-R sind für den Nachweis geeignete Belege insbesondere bei Beantragung der Aufnahme auf oder Streichung von der Positivliste zu übermitteln. Folgende **Nachweise** sind beigefügt:	
a) zur Zulassung nach § 108 SGB V	☐ Ja ☐ Nein
b) zu den Standorten	☐ Ja ☐ Nein
c) Feststellungsbescheid	☐ Ja ☐ Nein
d) Versorgungsauftrag	☐ Ja ☐ Nein
e) Sonstiges (z.B. Gründe für Nicht-Lieferung): _____ _____ _____	☐ Ja

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.