

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. Dezember 2017
veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 20.02.2018 B3)
in Kraft getreten am 21. Februar 2018

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
§ 10	Entscheidungsbefugnis des Unterausschusses	7

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

(3) ¹Bei 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. ²Ein 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. ³Das Vorliegen eines Standorts erfordert nicht, dass vollstationäre Leistungen erbracht werden. ⁴Die 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) ¹Der 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),
- 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),
- nach § 136c Absatz 1 (Beschlüsse zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung) 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. ²Gemäß § 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. ³Hält sich das Krankenhaus nicht an die Empfehlungen, hat es unbeschadet der Rechte Dritter anzugeben, welche Leistungen oder Leistungsbereiche von solchen Zielvereinbarungen betroffen sind.

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

(2) ¹Abweichend von Abs. 1 Sätze 1 und 4 werden die krankenhausesbezogenen Angaben der datengestützten einrichtungsübergreifenden 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 datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen an die Annahmestelle übermittelt. ²Die Übermittlung hat in der Zeit vom 15. November bis zum 15. Dezember des Erstellungsjahres zu erfolgen.

(3) ¹Nachlieferungen 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) ²Nach 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. ³Für eine Nachlieferung oder den Ersatz der gelieferten Berichtsteile gemäß Satz 1 hat das Krankenhaus bzw. die zuständige mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden 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. ⁴Bei Anträgen zur Nachlieferung oder Ersatz von Berichtsteilen C-1 durch eine mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragte Stelle hat diese das betroffene Krankenhaus über ihren Antrag zu informieren. ⁵Der zuständige Unterausschuss des G-BA entscheidet bis spätestens sechs Wochen nach Ende der Antragsfrist über das Vorliegen der Voraussetzungen nach Satz 1 und 2. ⁶Die 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. ⁷Spätestens sechs Wochen nach Ablauf der Frist aus Satz 5 sind die korrigierten Daten gemäß § 9 zu veröffentlichen.

b) ⁸Vor 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 datengestützten einrichtungsübergreifenden 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. ⁹Die mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden 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. ¹⁰Die 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 datengestützten einrichtungsübergreifenden 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.

¹¹Bei vollständigem Vorliegen der Voraussetzungen wird der mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden 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. ¹²Die Annahmestelle wird ebenfalls bis zum 20. Januar über alle nachlieferberechtigten mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen informiert. ¹³Die mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen informieren die betroffenen Krankenhäuser. ¹⁴Bei nicht vollständigem Vorliegen der Voraussetzungen informiert die G-BA-Geschäftsstelle die mit der Durchführung der datengestützten

einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen elektronisch über die Möglichkeit der Nachlieferung gemäß Buchstabe a. ¹⁵Die mit der Durchführung der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen informieren die betroffenen Krankenhäuser.

- c) ¹⁶Ab 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) ¹Die 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. ²Hierfür ermöglicht sie dem Empfängerkreis in den jeweiligen Lieferzeiträumen einmal pro Woche den gebündelten Download der Qualitätsberichte.

(5) ¹Die 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. ²Die 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 Prüfung der Qualitätsberichte und 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) ¹Die Annahmestelle überprüft anhand Datenschema gemäß Anhang 1 zu Anlage 1 und Plausibilisierungsregeln gemäß Anhang 4 zu Anlage 1, ob der Qualitätsbericht entsprechend den Vorgaben gemäß Anhang 1 zu Anlage 1 geliefert wurde. ²Sofern der Qualitätsbericht den Vorgaben des Datenschemas gemäß Anhang 1 zu Anlage 1 und der Plausibilisierungsregeln gemäß Anhang 4 zu Anlage 1 entspricht, bestätigt die Datenannahmestelle schriftlich die Annahme der Lieferung des Qualitätsberichts. ³Entspricht der Qualitätsbericht nicht den Vorgaben des Datenschemas gemäß Anhang 1 zu Anlage 1 Plausibilisierungsregeln gemäß Anhang 4 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) ¹Der G-BA veröffentlicht ab dem Berichtsjahr 2015 jährlich eine Liste der Krankenhäuser, die den Qualitätsbericht nicht ordnungsgemäß gemäß § 7 geliefert haben.

²Das Verfahren zur Erstellung der Liste ist in Anlage 3 bestimmt. ³Sofern 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 Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) i.V.m. § 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V vorzunehmen. ⁴Der 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) ¹Die 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. ²Für 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) ¹Die Veröffentlichung ist nur vollständig und unverändert vorzunehmen. ²Sie enthält gegebenenfalls eine technische Verknüpfung zu der Internet-Homepage des Krankenhauses, um ergänzende Informationsmöglichkeiten ohne Aufwand zu eröffnen.

(3) ¹Die 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. ²In diesem Zusammenhang sind Kommentierungen, Querverweise, Zusammenfassungen usw. deutlich vom Qualitätsbericht selbst abzugrenzen. ³Diese können auch Informationen zur nicht ordnungsgemäßen Lieferung des Qualitätsberichts durch ein Krankenhaus oder zu nachweislich unvollständigen oder fehlerhaften Angaben umfassen. ⁴Werden solche zusätzlichen Informationen auf einer Internetseite frei zugänglich veröffentlicht, ist das Krankenhaus hierüber rechtzeitig vorab zu informieren.

§ 10 Entscheidungsbefugnis des Unterausschusses

Der zuständige Unterausschuss ist berechtigt, fehlerhafte Vorgaben in Anlage 1 und ihren Anhängen 1 und 2 zu korrigieren, die nach der jährlichen Beschlussfassung des Plenums ersichtlich werden, soweit die erforderlichen Änderungen zur Korrektur der fehlerhaften Vorgaben den Kerngehalt der Regelungen gemäß 1. Kapitel § 4 Absatz 2 Satz 2 der Verfahrensordnung nicht berühren.

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: Ergebnisse der Qualitätssicherungsverfahren aus den Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

Anhang 4 zu Anlage 1: Plausibilisierungsregeln

Anlage 2: Annahmestelle und Datenlieferverfahren

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

Formular zur Begründung eines Antrags gemäß § 2 Anlage 3

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

Anlage 1 Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für das Berichtsjahr 2017

Inhalt

Allgemeine Hinweise	4
1. Erläuterungen zur Berichterstellung	4
2. Umfang und Format des Qualitätsberichts	5
3. Struktur der Inhalte des Qualitätsberichts	6
Einleitung des Qualitätsberichts	9
A Struktur- und Leistungsdaten des Krankenhauses bzw. des Krankenhausstandorts	9
A-1 Allgemeine Kontaktdaten des Krankenhauses.....	9
A-2 Name und Art des Krankenhausträgers	10
A-3 Universitätsklinikum oder akademisches Lehrkrankenhaus	10
A-4 Regionale Versorgungsverpflichtung für die Psychiatrie	11
A-5 Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote des Krankenhauses.....	11
A-6 Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote des Krankenhauses	11
A-7 Aspekte der Barrierefreiheit	12
A-8 Forschung und Lehre des Krankenhauses	13
A-8.1 Forschung und akademische Lehre.....	13
A-8.2 Ausbildung in anderen Heilberufen	13
A-9 Anzahl der Betten im gesamten Krankenhaus	13
A-10 Gesamtfallzahlen.....	13
A-11 Personal des Krankenhauses	14

A-11.1	Ärzte und Ärztinnen	15
A-11.2	Pflegepersonal.....	16
A-11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik	17
A-11.4	Spezielles therapeutisches Personal	18
A-12	Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung	18
A-12.1	Qualitätsmanagement.....	18
A-12.1.1	Verantwortliche Person.....	18
A-12.1.2	Lenkungsgrremium	18
A-12.2	Klinisches Risikomanagement	19
A-12.2.1	Verantwortliche Person.....	19
A-12.2.2	Lenkungsgrremium	19
A-12.2.3	Instrumente und Maßnahmen.....	19
A-12.2.3.1	Einsatz eines einrichtungsinternen Fehlermeldesystems.....	20
A-12.2.3.2	Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen	20
A-12.3	Hygienebezogene und infektionsmedizinische Aspekte.....	21
A-12.3.1	Hygienepersonal.....	21
A-12.3.2	Weitere Informationen zur Hygiene.....	22
A-12.3.2.1	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	22
A-12.3.2.2	Durchführung von Antibiotikaprophylaxe und Antibiotikatherapie.....	23
A-12.3.2.3	Umgang mit Wunden	24
A-12.3.2.4	Händedesinfektion	25
A-12.3.2.5	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	26
A-12.3.2.6	Hygienebezogenes Risikomanagement.....	26

A-12.4	Patientenorientiertes Lob- und Beschwerdemanagement	27
A-13	Besondere apparative Ausstattung	28
B	Struktur- und Leistungsdaten der Organisationseinheiten/Fachabteilungen	29
B-[X].1	Name der Organisationseinheit/Fachabteilung	29
B-[X].2	Zielvereinbarungen mit leitenden Ärzten und Ärztinnen	29
B-[X].3	Medizinische Leistungsangebote der Organisationseinheit/Fachabteilung	30
B-[X].4	Fachabteilungsspezifische Aspekte der Barrierefreiheit der Organisationseinheit/Fachabteilung	30
B-[X].5	Fallzahlen der Organisationseinheit/Fachabteilung.....	31
B-[X].6	Hauptdiagnosen nach ICD.....	31
B-[X].7	Durchgeführte Prozeduren nach OPS.....	32
B-[X].8	Ambulante Behandlungsmöglichkeiten	32
B-[X].9	Ambulante Operationen nach § 115b SGB V.....	34
B-[X].10	Zulassung zum Durchgangs-Arztverfahren der Berufsgenossenschaft	35
B-[X].11	Personelle Ausstattung.....	35
B-[X].11.1	Ärzte und Ärztinnen	36
B-[X].11.2	Pflegepersonal.....	37
B-[X].11.3	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik	39
C	Qualitätssicherung.....	40
C-1	Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	40
C-1.1.[Y]	Leistungsbereiche mit Fallzahlen und Dokumentationsrate	41
C-1.1.1	Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten	41
C-1.1.2	Übermittlung der Daten	42

C-1.1.3 Besonderheiten in einzelnen Leistungsbereichen gemäß QSKH-RL:	42
C-1.2.[Z] Ergebnisse für Qualitätsindikatoren	43
C-1.2.1 Übermittlungswege.....	43
C-1.2.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren.....	43
C-2 Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht gemäß § 112 SGB V	50
C-3 Qualitätssicherung bei Teilnahme an Disease-Management-Programmen (DMP) nach § 137f SGB V	50
C-4 Teilnahme an sonstigen Verfahren der externen vergleichenden Qualitätssicherung	50
C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	51
C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V	52
C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V	53

Allgemeine Hinweise

In diesem Dokument werden Inhalte, Umfang und Datenformat des strukturierten Qualitätsberichts nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 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 § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 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 (KHEntgG) mit DRG, nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) 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 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 G-BA, Klassifikationen wie ICD, OPS) beziehen.

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 krankenhausesbezogene fehlergeprüfte und kommentierte 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 Leistungsbe- reich), 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. Kapitel 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 ver- weisen, 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 § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 SGB V über Inhalt, Umfang und Datenformat eines strukturierten Qualitätsberichts für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser sind als Mindestanforderungen zu ver- stehen. Bei darüber hinausgehenden freiwilligen Angaben ist darauf zu achten, dass die jeweiligen Zeichenbegrenzungen nicht überschritten wer- den. 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. Kapitel C-5 Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 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 den Kapiteln 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
- 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“]

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 Standorts, 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“ (Kapitel A-5) des Anhangs 2. Dort sind die entsprechenden medizinisch-pflegerischen Leistungsangebote auszuwählen und mit der jeweiligen Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen.

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“ (Kapitel 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 Internetseite
------	--	--------------	---------------------------

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. In Kapitel 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 in Kapitel A-7 angegeben werden, nicht in Kapitel B-[X].4 wiederholt werden dürfen.

Die Angaben sind aus der Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (Kapitel 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.

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“ (Kapitel 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“ (Kapitel 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 den §§ 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 den Buchstaben a, b, c). Für die Regelung zur Fallzählung werden die gesetzlichen Vorgaben und Bundesvereinbarungen zu den Abrechnungsbestimmungen zugrunde gelegt:

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 BPfIV, die nicht das PEPP-System nach § 17d des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), sondern die BPfIV mit Stand vom 31. Dezember 2012 (BPfIV alte Fassung) anwenden, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BPfIV alte Fassung). 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 BPfIV 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 Patienten und Patientinnen 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 Vollkräften 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 (Kapitel B-[X].11) addiert mit der Anzahl Vollkräfte, die keiner Fachabteilung zuzuordnen sind, entsprechen. Dies gilt nur für die in den Kapiteln 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 (Kapitel 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 Kapitel 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 Zahl der:

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkranken-pflegerinnen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften
- Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften
- Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Belegentbindungspfleger und Beleghebammen in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer drei 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 (Kapitel 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 in Kapitel 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 in Kapitel 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
- 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 Nummer 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 Landes-psychotherapeutenkammern 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 (Kapitel B-[X].11.3) entsprechen.

A-11.4 Spezielles therapeutisches Personal

Die entsprechenden Personalqualifikationen sind aus der Auswahlliste „spezielles therapeutisches Personal“ (Kapitel 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.

In Kapitel A-11.4 ist das in Kapitel 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“].

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 Kapitel 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 Kapitel 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 [Kapitel 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 einrichtungswinterne 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 einrichtungswinterne Fehlermeldesystems“ sind aus der gleichnamigen Auswahlliste [Kapitel 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 Kapitel 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 des Infektionsschutzgesetzes (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 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

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 Antibiotikaphylaxe und Antibiotikatherapie

Die Antibiotikaphylaxe 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 IfSG 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 Antibiotikaphylaxe liegt vor.

Auswahloptionen: ja; nein; trifft nicht zu

1. Der Standard thematisiert insbesondere:

a) Indikationsstellung zur Antibiotikaphylaxe

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

c) Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaphylaxe

Auswahloptionen: ja; nein; teilweise

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

Auswahloptionen: ja; nein

3. Die standardisierte Antibiotikaphylaxe 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.

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 erster 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
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 Besiedlung 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

A-12.3.2.6 Hygienebezogenes Risikomanagement

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

Zusätzliche Angaben sind aus der Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (Kapitel A-12.3.2.6) 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

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“ (Kapitel 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 Stunden-Notfallverfügbarkeit zu machen sind. Bei Auswahl eines solchen Geräts ist die Zusatzangabe verpflichtend, ob es auch tatsächlich 24 Stunden 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)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzangabe: 24 Stunden-Notfallverfügbarkeit	Kommentar
AA14	Gerät für Nierenersatzverfahren (X)	Gerät zur Blutreinigung bei Nierenversagen (Dialyse)	Ja/Nein	
AA26	Positronenemissionstomograph (PET)/PET-CT	Schnittbildverfahren in der Nuklearmedizin		in Kooperation mit niedergelassenem Radiologen

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 vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V 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.

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 Kapitel 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 Kapitel 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 in Kapitel A-7 für das gesamte Krankenhaus dargestellt wurden. Das bedeutet, die Elemente der Barrierefreiheit, die schon in Kapitel A-7 angegeben werden, dürfen nicht in Kapitel B-[X].4 wiederholt werden.

Die fachabteilungsspezifischen Angaben sind aus der Auswahlliste zu Kapitel 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.

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 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 alte Fassung) anwenden, richtet sich die Fallzählung nach der Fußnote 11 zur Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Anhang 2 der Anlage 1 zu § 17 Absatz 4 BpflV alte Fassung). 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 Falls ist von der Organisationseinheit/Fachabteilung anzugeben, die den Fall gemäß der Zuordnung der Fallzahlen in Kapitel 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.

Es werden nur die OPS-Ziffern der voll- und teilstationären Fälle berücksichtigt, die auch in Kapitel A-10 gezählt werden. OPS-Ziffern, die im Zusammenhang mit ambulanten Behandlungen 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 Kapitel 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 Kapitel B-[X].3 in Anhang 2 auszuwählen und mit der entsprechenden Nummer in den Qualitätsbericht zu übernehmen. Die Hinweise zu Kapitel B-[X].3 gelten entsprechend.

Abweichend davon sind die angebotenen Leistungen für die Ambulanzart AM06 „Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V“ und AM17 „Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V“ aus dem entsprechenden Abschnitt der Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ zu Kapitel 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 (alte Fassung) 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 Stoffwechselerkrankungen	z. B. Diabetes, Schilddrüse
			
AM04	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116 SGB V (alte Fassung) 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	
			
...	

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

Beispiele für die Ambulanzart AM06 und AM17:

Nummer	Art der Ambulanz	Bezeichnung	Nr. der Leistung	Angebotene Leistungen	Kommentar
AM06	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	Angebote zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V	LK01	CT-/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen	
			
AM17	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V	Beteiligung an einem Team zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V (neu)	LK29	onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle	

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. 5-877.2) 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 – 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 in Kapitel 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.

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 Patienten und Patientinnen 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 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, 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 Kapitel A-11.1 Ärzte und Ärztinnen in Kapitel 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 (Kapitel 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
- 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 in Kapitel 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 Kapitel 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 Kapitel A-11.2 Pflegepersonal in Kapitel 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 (Kapitel 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:

- Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger und Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Altenpfleger und Altenpflegerinnen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen (Ausbildungsdauer zwei Jahre) in Vollkräften
- Krankenpflegehelfer und Krankenpflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ein Jahr) in Vollkräften

- Pflegehelfer und Pflegehelferinnen (Ausbildungsdauer ab 200 Stunden Basiskurs) in Vollkräften
- Entbindungspfleger und Hebammen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Beleghebammen und -entbindungspfleger in Personen zum Stichtag 31. Dezember des Berichtsjahres
- Operationstechnische Assistenten und Operationstechnische Assistentinnen (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften
- Medizinische Fachangestellte (Ausbildungsdauer drei Jahre) in Vollkräften

Darüber hinaus ist das Verhältnis der in Kapitel 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 anteilmäßig 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 Kapitel 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 in Kapitel 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.

Grundlage für die Fachweiterbildung „Pädiatrische Intensivpflege“ ist die Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft („DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege“ vom 11. Mai 1998 oder „DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie vom 29. September 2015) oder ein Abschluss auf Basis einer gleichwertigen landesrechtlichen Regelung. Die DKG gibt zur Gleichwertigkeit der einzelnen landesrechtlichen Regelungen jeweils eine Einschätzung ab.

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 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 in Kapitel 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.

C Qualitätssicherung

C-1 Teilnahme an Verfahren der datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 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 und plan. QI-RL auf Bundes- bzw. Landesebene beauftragten Stellen. Hierzu stellen sie den Krankenhäusern die genannten Angaben nach Abschluss des Strukturierten Dialogs (gemäß QSKH-RL) bzw. nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens (gemäß plan. QI-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 datengestützten einrichtungsübergreifenden 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

- 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 Anmelde Daten.

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 Anforderungen 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.

C-1.1.1 Anforderungen an die Darstellung der Leistungsbereiche und Dokumentationsraten

Folgende Anforderungen sind 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.
- 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.

C-1.1.2 Übermittlung der Daten

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 in Krankenhäusern (QSKH-RL) (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 sind das Kürzel und die Bezeichnung der Leistungsbereiche aus der Tabelle in Anhang 1 Ziffer 9.1 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.

C-1.1.3 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“.

2. 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“).
3. 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.

Eine detaillierte Übersicht der Zuordnung der Leistungsbereiche zu den Ergebnissen der Qualitätsindikatoren (Teil C-1.2) können der Tabelle D in Anhang 3 entnommen werden.

C-1.2.[Z] Ergebnisse für Qualitätsindikatoren

Dargestellt werden die Ergebnisse aus den QS-Verfahren gemäß QSKH-RL und plan. QI-RL.

C-1.2.1 Übermittlungswege

Für Qualitätsindikatoren gemäß QSKH-RL 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.

Abweichend davon werden für die Qualitätsindikatoren gemäß plan. QI-RL die Ergebnisse den jeweils bewertenden Stellen übermittelt. Die Datenübermittlung richtet sich danach, ob die Indikatorergebnisse statistische Auffälligkeiten aufweisen oder nicht. D. h.

- a. Bei statistisch unauffälligen Indikatorergebnissen erfolgt die Datenübermittlung durch die gemäß QSKH-RL beauftragten Stellen.
- b. Bei statistisch auffälligen Indikatorergebnissen erfolgt die Datenübermittlung durch die gemäß § 11 Absatz 8 plan. QI-RL bewertende Stelle (Institut nach § 137a SGB V).

Zur Abstimmung der Lieferzuständigkeit erstellt die bewertende Stelle nach Buchstabe b. auf der Grundlage der Jahresauswertungen gemäß § 7 plan. QI-RL bzw. der Neuberechnungen nach § 10 plan. QI-RL jährlich länderbezogene Listen aller Krankenhausstandorte mit der Kennzeichnung, ob ein Indikatorergebnis statistisch auffällig ist. Diese werden zusammen mit den Ergebnissen der Neuberechnungen gemäß § 10 Absatz 2 plan. QI-RL spätestens bis zum 30. Juni des auf das Erfassungsjahr folgenden Jahres an die auf der Landesebene beauftragten Stellen übermittelt. Für jeden Krankenhausstandort ist nur ein Ergebnis pro Qualitätsindikator zu übermitteln. Hierzu wird im Rahmen der Datenannahme zusätzlich eine Plausibilisierung der Lieferungen auf Basis der länderbezogenen Listen durchgeführt.

C-1.2.2 Ergebnisse für Qualitätsindikatoren

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 Ergebnisse der Qualitätssicherungsverfahren erfolgt gemäß Anhang 1. Für die Qualitätsindikatoren werden folgende Parameter dargestellt:

„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.

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

„Fachlicher Hinweis des IQTIG“: Hier ist die Angabe „Fachlicher Hinweis des IQTIG“ 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 keine Angabe und es ist auf den Datenschutz zu verweisen. Ausgenommen sind hiervon O/E-Indikatoren. Bei diesem Indikatortyp wird das rechnerische Ergebnis angegeben. Bei Qualitätsindikatoren gemäß plan. QI-RL sind die nach Datenvalidierung und Neuberechnung gemäß §§ 9 und 10 plan. QI-RL ermittelten Ergebnisse anzugeben.

„Vertrauensbereich (Krankenhaus)“: Hier ist der 95 %-Vertrauensbereich des Ergebnisses des Krankenhauses für diesen Qualitätsindikator gemäß der bundeseinheitlichen Rechenregeln gemäß § 8 QSKH-RL anzugeben. Sofern die Anforderungen zum Datenschutz erfüllt sind, erfolgt keine Angabe und es ist auf den Datenschutz zu verweisen. Ausgenommen sind hiervon O/E-Indikatoren. Bei diesem Indikatortyp wird der Vertrauensbereich angegeben.

„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 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 <https://www.iqtig.org> als „eingeschränkt vergleichbar“ mit dem Vorjahr eingestuft ist. Für den Vorjahresvergleich der Indikatoren gemäß plan. QI-RL ist sicherzustellen, dass den auf Bundes- und auf Landesebene beauftragten Stellen die jeweiligen Vorjahresdaten zur Verfügung stehen.

„Qualitative Bewertung durch die beauftragten Stellen im Berichtsjahr“: Hier ist die Bewertung des Strukturierten Dialogs gemäß QSKH-RL bzw. des Stellungnahmeverfahrens gemäß plan. QI-RL ebenso wie die nicht vorgesehene Bewertung (Kategorie N) verpflichtend darzustellen. Aus der folgenden Liste sind die zutreffenden Kombinationen aus der Kategorie der Einstufung und aus der Begründung einzutragen (z. B. Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ unauffällig – Besondere klinische Situation -> U31)

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 Strukturiertes 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/Stellungnahmeverfahren 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)

		34	Ausnahmetatbestände erklären statistisch auffälliges Ergebnis bei einem planungsrelevanten Qualitätsindikator
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
A	Bewertung nach Strukturiertem Dialog/Stellungnahmeverfahren als qualitativ auffällig	41	Hinweise auf Struktur- oder Prozessmängel
		42	Keine (ausreichend erklärenden) Gründe für die rechnerische Auffälligkeit benannt
		43	Unzureichende Qualität bei einem planungsrelevanten Qualitätsindikator
		99	Sonstiges (im Kommentar erläutert)
D	Bewertung nicht möglich wegen fehlerhafter Dokumentation	50	Unvollständige 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/des Stellungnahmeverfahrens im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht „verbessert“, „unverändert“, „verschlechtert“ oder „eingeschränkt/nicht vergleichbar“ ist. Für den Vorjahresvergleich der Qualitätsindikatoren gemäß plan. QI-RL ist sicherzustellen, dass den auf Bundes- und auf Landesebene beauftragten Stellen die jeweiligen Vorjahresdaten zur Verfügung stehen.

Die Einordnung erfolgt auf Basis folgender Matrix:

Bewertung Erfassungsjahr gemäß QSKH-RL und gemäß plan. QI-RL							
Kategorien	N	R	H	U	A	D	S
N	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar
R	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	unverändert	verschlechtert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar
H	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar
U	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	unverändert	eingeschränkt/nicht vergleichbar	unverändert	verschlechtert	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar
A	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	verbessert	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	verbessert	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar
D	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	verbessert	eingeschränkt/nicht vergleichbar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	unverändert	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar
S	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar	eingeschränkt/ nicht vergleich- bar

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 keine Angabe und es ist auf den Datenschutz zu verweisen.

„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 keine Angabe und es ist auf den Datenschutz zu verweisen.

„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.

„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 Strukturier-ten Dialogs als Freitext bis zu einem Zeichenumfang von 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) aufzunehmen. Hier ist einer der Kommentare gemäß § 11 Absatz 9 der plan. QI-RL einzufügen.

„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,
- Fachlicher Hinweis des IQTIG,
- 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.

Informationen zur Zuordnung der Ergebnisse der Qualitätsindikatoren zu den unter C-1.1 darzustellenden Leistungsbereichen finden Sie in der Tabelle D in Anhang 3.

Tabelle A: siehe Anhang 3

Tabelle B: siehe Anhang 3

Tabelle C: siehe Anhang 3

Tabelle D: siehe Anhang 3

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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

Hier gibt das Krankenhaus an, ob auf Landesebene über die nach §§ 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V 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

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.

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:

Werden Ergebnisse von Qualitätssicherungsmaßnahmen angegeben, ist das Zustandekommen der Ergebnisse verständlich und kurz zu erläutern (gegebenenfalls Link auf Homepage Regelungen zum Qualitätsbericht der Krankenhäuser, Stand: 21. Dezember 2017

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 § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

Für folgende Leistungsbereiche gelten im aktuellen Berichtsjahr die Mindestmengenregelungen nach § 136b Absatz 1 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.

Zusätzlich ist dazu anzugeben, seit wann Ausnahmetatbestände bestehen und mit welchen ergänzenden Maßnahmen gemäß § 6 der Regelungen nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V die Versorgungsqualität sichergestellt wird. Diese Kommentare sind jeweils auf 500 Zeichen (einschließlich Leerzeichen) begrenzt.

C-6 Umsetzung von Beschlüssen zur Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 2 SGB V

An dieser Stelle ist die Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 136 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 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 § 136 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 Reifgeborenen ist dabei die vorgehaltene Versorgungsstufe zu berücksichtigen.

Wird die Auswahl CQ05 oder CQ06 getroffen, ist automatisch jeweils zusätzlich der Hinweis: „Weiterführende standortbezogene Informationen unter: www.perinatalzentren.org“ darzustellen.

Darüber hinaus sind für die Perinatalzentren Level 1 und Level 2 jeweils für die Berichtsjahre 2017, 2018 und 2019 Angaben über die Selbsteinschätzung zur Erfüllung der Personalvorgaben nach Nummer I.2.2. bzw. II.2.2. Anlage 2 der QFR-RL sowie zur Teilnahme am klärenden Dialog gemäß § 8 QFR-RL zu machen:

- Das Zentrum hat dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt.
Antwortoptionen: ja, nein
Wenn ja,
- Das Zentrum nimmt am klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie teil.
Antwortoptionen: ja, nein
Wenn ja,
- Das Zentrum hat den klärenden Dialog gemäß § 8 der QFR-Richtlinie abgeschlossen:
Antwortoptionen: ja, nein

Wenn das Zentrum dem G-BA die Nichterfüllung der Anforderungen an die pflegerische Versorgung gemäß I.2.2 bzw. II.2.2 Anlage 2 QFR-RL mitgeteilt hat, ist automatisch der folgende Hinweis darzustellen:

„Der ‚klärende Dialog‘ ist ein Instrument der Qualitätssicherung zur Unterstützung der Zentren, die nach dem 01.01.2017 die in der Richtlinie normierten Anforderungen an die Personalausstattung in der Pflege (Pflegeschlüssel), die zur Versorgung von Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1500 g notwendig sind, noch nicht vollumfänglich erreicht haben.“

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.

C-7 Umsetzung der Regelungen zur Fortbildung im Krankenhaus nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V

An dieser Stelle ist die Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V 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.

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 zurückliegtPersonen
1.1.1	- Davon diejenigen, die den Fortbildungsnachweis erbracht habenPersonen

Anhänge

Anhang 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2017

Anhang 2: Auswahllisten für das Berichtsjahr 2017

Anhang 3: Qualitätsindikatoren aus den Verfahren der datengestützten einrichtungübergreifenden Qualitätssicherung nach § 136 Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V für das Berichtsjahr 2017

Anhang 4: Plausibilisierungsregeln für das Berichtsjahr 2017

Anhang 1 zu Anlage 1: Datensatzbeschreibung für das Berichtsjahr 2016

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

Inhaltsverzeichnis

1	Erläuterungen zur Datensatzbeschreibung.....	8
1.1	Erläuterungen zur Detailbeschreibung der XML-Elemente.....	8
1.1.1	Optionales Vorkommen von XML-Elementen.....	8
1.1.2	Tabellenspalten und -zeilen.....	9
2	Hinweise zur XML-Erzeugung.....	11
2.1	Kodierung in UTF-8 (<i>UTF-8 Encoding</i>).....	11
2.2	Schema-Validierung (<i>Schema Validation</i>).....	11
2.3	Bibliotheken und Komponenten (<i>Libraries and Components</i>).....	11
Teil A.....		13
3	XML-Struktur Teil A – Übersicht.....	14
4	Element <Qualitätsbericht>.....	29
4.1	Element <Einleitung>.....	32
4.1.1	Element <Datensatz>.....	33
4.1.2	Element <Software>.....	33
4.1.3	Element <Verantwortlicher_Erstellung>.....	33
4.1.4	Element <Verantwortlicher_Krankenhausleitung>.....	34
4.1.4.1	Element <Kontakt_Person_lang>.....	34
4.1.4.1 - 1	Element <Person>.....	35
4.1.4.1 - 1.1	Element <Telefon>.....	35
4.1.4.1 - 1.2	Element <Fax>.....	36
4.1.5	Element <Weiterfuehrende_Links>.....	36
4.1.5.1	Element <Link>.....	37
4.2	Element <Krankenhaus>.....	37
4.3	Element <Standort_dieses_Berichts>.....	37
4.4	Element <Standorte_des_Krankenhauses>.....	38
4.4.1	Element <Kontaktdaten> - fachabteilungsübergreifend.....	39
4.4.1.1	Element <Kontakt_Zugang>.....	40
4.4.1.2	Element <Kontakt_Adresse>.....	41

4.4.1.2 - 1	Element <Adresse>	41
4.4.1.3	Element <Aerztliche_Leitung>	42
4.4.1.4	Element <Pflegedienstleitung>	42
4.4.1.5	Element <Verwaltungsleitung>	42
4.5	Element <Krankenhaustraeger>	42
4.5.1	Element <Krankenhaustraeger_Art>	43
4.6	Element <Krankenhaus_Art>	43
4.6.1	Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus>	45
4.7	Element <Psychiatrisches_Krankenhaus>	46
4.8	Element <Fallzahlen>	47
4.9	Element <Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>	47
4.9.1	Element <MP_Leistungsangebot>	47
4.10	Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>	48
4.10.1	Element <NM_Leistungsangebot>	48
4.10.2	Element <Zusatzangaben>	49
4.10.2.1	Element <Mediennutzung>	49
4.10.2.2	Element <Telefonnutzung>	50
4.10.2.3	Element <Parkplatznutzung>	50
4.11	Element <Barrierefreiheit>	50
4.11.1	Element <Barrierefreiheit_Aспект>	51
4.12	Element <Akademische_Lehre>	51
4.12.1	Element <Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Taetigkeit>	52
4.13	Element <Ausbildung_anderer_Heilberufe>	52
4.13.1	Element <Ausbildung_in_anderen_Heilberufen>	52
4.14	Element <Personal_des_Krankenhauses>	53
4.14.1	Element <Aerzte>	54
4.14.1.1	Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>	54
4.14.1.1 - 1	Element <Fachaeurzte>	55
4.14.1.2	Element <Belegaerzte>	55
4.14.1.3	Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>	56
4.14.2	Element <Pflegekraefte>	57
4.14.2.1	Element <Gesundheits_Krankenpfleger>	59
4.14.2.2	Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>	59
4.14.2.3	Element <Altenpfleger>	60
4.14.2.4	Element <Pflegeassistenten>	60
4.14.2.5	Element <Krankenpflegehelfer>	61
4.14.2.6	Element <Pflegehelfer>	61

4.14.2.7	Element <Hebammen_Entbindungspfleger>.....	62
4.14.2.8	Element <Beleghebammen_Belegentbindungspfleger>.....	63
4.14.2.9	Element <Operationstechnische_Assistenz>	64
4.14.2.10	Element <Medizinische_Fachangestellte>	64
4.14.3	Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>	65
4.14.3.1	Element <Diplom_Psychologen>	68
4.14.3.2	Element <Klinische_Neuropsychologen>.....	69
4.14.3.3	Element <Psychologische_Psychotherapeuten>	69
4.14.3.4	Element <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>	69
4.14.3.5	Element <Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit>	69
4.14.3.6	Element <Ergotherapeuten>	70
4.14.3.7	Element <Physiotherapeuten>.....	70
4.14.3.8	Element <Sozialpaedagogen>	70
4.14.4	Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>.....	71
4.14.4.1	Element <Therapeutisches_Personal>	71
4.14.5	Element <Personalerfassung>, Element <Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	72
4.14.5.1	Element <Beschaeftigungsverhaeltnis>	73
4.14.5.1 - 1	Element <Personal_mit_direktem_BV>	73
4.14.5.1 - 2	Element <Personal_ohne_direktem_BV>	74
4.14.5.2	Element <Versorgungsform>	74
4.14.5.2 - 1	Element <Ambulante_Versorgung>.....	75
4.14.5.2 - 2	Element <Stationaere_Versorgung>.....	76
4.15	Element <Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>	77
4.15.1	Element <Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>.....	78
4.15.2	Element <Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>	78
4.15.2.1	Element <Lenkungsgremium>	78
4.15.3	Element <Verantwortliche_Person_Risikomanagement>	79
4.15.4	Element <Lenkungsgremium_Risikomanagement>	79
4.15.5	Element <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>.....	79
4.15.5.1	Element <Instrument_Massnahme>	80
4.15.5.1 - 1	Element <Zusatzangaben_RM>	80
4.15.5.1 - 1.1	Element <SOP>	81
4.15.5.1 - 1.2	Element <Fallbesprechungen_Konferenzen>.....	81
4.15.5.1 - 1.2.1	Element <Fallbesprechung_Konferenz>.....	81
4.15.6	Element <Einrichtungsinternes_Fehlermeldesystem>.....	82
4.15.6.1	Element <Tagungsgremium>.....	82
4.15.6.2	Element <Fehlermeldesystem_intern>.....	82

4.15.6.2 - 1	Element <System_intern>	83
4.15.6.2 - 1.1	Element <Zusatzangaben_IF>	83
4.15.7	Element <Einrichtungsumfassendes_Fehlermeldesystem>	84
4.15.7.1	Element <Fehlermeldesystem_uebergreifend>	84
4.15.7.1 - 1	Element <System_uebergreifend>	84
4.15.7.1 - 1.1	Element <EF_Sonstiges>	85
4.15.8	Element <Hygienepersonal>	85
4.15.8.1	Element <Krankenhausthygieniker>	86
4.15.8.2	Element <Hygienebeauftragte_Aerzte>	86
4.15.8.3	Element <Hygienefachkraefte>	86
4.15.8.4	Element <Hygienebeauftragte_Pflege>	86
4.15.8.5	Element <Hygienepersonalerfassung>	87
4.15.8.5 - 1	Element <Keine_Angabe_Landesrecht_Gesamtbericht>	87
4.15.8.6	Element <Hygienekommission_eingerichtet>	88
4.15.8.6 - 1	Element <Kontakt_Person_kurz>	88
4.15.9	Element <Weitere_Informationen_Hygiene>	89
4.15.9.1	Element <Hygienestandard_ZVK>	90
4.15.9.1 - 1	Element <Standard_Hygiene_ZVK_liegt_vor>	91
4.15.9.1 - 1.1	Element <Standard_thematisiert> - Hygienestandard ZVK	92
4.15.9.1 - 1.1.1	Element <Anwendungweiterer_Hygienemaassnahmen> - ZVK	93
4.15.9.1 - 2	Element <Standard_Liegedauer_ZVK_liegt_vor>	94
4.15.9.2	Element <Antibiotikaphylaxe_Antibiotikatherapie>	95
4.15.9.2 - 1	Element <Leitlinie_Antibiotikatherapie_liegt_vor>	96
4.15.9.2 - 2	Element <Standard_perioperative_Antibiotikaphylaxe_liegt_vor>	97
4.15.9.2 - 2.1	Element <Standard_thematisiert> - Antibiotikaphylaxe	98
4.15.9.3	Element <Umgang_Wunden>	99
4.15.9.3 - 1	Element <Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor>	99
4.15.9.3 - 1.1	Element <Standard_thematisiert> - Wundversorgung Verbandwechsel	100
4.15.9.4	Element <Haendedesinfektion>	101
4.15.9.4 - 1	Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben>	102
4.15.9.4 - 1.1	Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_Gesamtbericht>, Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_Gesamtbericht>	103
4.15.9.5	Element <Umgang_Patienten_MRE>	104
4.15.9.6	Element <Hygienebezogenes_Risikomanagement>	105
4.15.9.6 - 1	Element <Hygiene_Instrument_Maassnahme>	106

4.15.9.6 - 1.1	Element <Zusatzangaben_HM>	107
4.15.9.6 - 1.1.1	Element <Teilnahme_KISS>	108
4.15.9.6 - 1.1.1.1	Element <KISS_Modul>	109
4.15.10	Element <Beschwerdemanagement>	110
4.15.10.1	Element <Strukturiertes_Beschwerdemanagement>	111
4.15.10.2	Element <Schriftliches_Konzept>	111
4.15.10.3	Element <Umgang_muendliche_Beschwerden>	111
4.15.10.4	Element <Umgang_schriftliche_Beschwerden>	112
4.15.10.5	Element <Zeitziele_fuer_Rueckmeldung>	112
4.15.10.6	Element <Ansprechpartner>	113
4.15.10.6 - 1	Element <Ansprechpersonen>	113
4.15.10.7	Element <Patientenfuersprecher>	113
4.15.10.7 - 1	Element <Fuersprechpersonen>	114
4.15.10.8	Element <Anonyme_Eingabemoeglichkeiten>	114
4.15.10.9	Element <Patientenbefragungen>	114
4.15.10.10	Element <Einweiserbefragungen>	115
4.16	Element <Apparative_Ausstattung>	115
4.16.1	Element <Geraet>	116
4.17	Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>	117
4.17.1	Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>	117
4.17.1.1	Element <Fachabteilungsschluessel>	119
4.17.1.1 - 1	Element <Sonstiger> - FA Schlüssel	119
4.17.1.2	Element <Chefaerzte>	119
4.17.1.3	Element <Zugaenge>	120
4.17.1.4	Element <Zielvereinbarungen>	121
4.17.1.4 - 1	Element <Getroffene_Zielvereinbarungen>	122
4.17.1.4 - 1.1	Element <Zielvereinbarung>	122
4.17.1.5	Element <MedizinischeLeistungsangebote>	122
4.17.1.5 - 1	Element <MedizinischesLeistungsangebot>	123
4.17.1.5 - 1.1	Element <Sonstiger> - VA VU Schlüssel	124
4.17.1.6	Element <Fallzahlen_OE>	124
4.17.1.7	Element <Hauptdiagnosen>	125
4.17.1.7 - 1	Element <Hauptdiagnose>	125
4.17.1.7 - 1.1	Element <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>	126
4.17.1.8	Element <Prozeduren>	126
4.17.1.8 - 1	Element <Freiwillig> - Prozedur	127
4.17.1.8 - 2	Element <Verpflichtend> - Prozedur	127

4.17.1.8 - 2.1 Element <Prozedur>	128
4.17.1.8 - 2.1.1 Element <Anzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>	128
4.17.1.9 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>	129
4.17.1.9 - 1 Element <Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>	129
4.17.1.9 - 1.1 Element <Ambulanz>	130
4.17.1.9 - 1.1.1 Element <Leistungen_Ambulanz>	130
4.17.1.9 - 1.2 Element <Ambulanz_116b>	131
4.17.1.9 - 1.2.1 Element <Leistungen_Ambulanz_116b>	131
4.17.1.9 - 1.2.1.1 Element <Leistung>	131
4.17.1.10 Element <Ambulante_Operationen>	132
4.17.1.10 - 1 Element <Freiwillig> - Ambulante Operation	132
4.17.1.10 - 2 Element <Verpflichtend> - Ambulante Operation	132
4.17.1.10 - 2.1 Element <Ambulante_Operation>	133
4.17.1.11 Element <Personelle_Ausstattung>	133
4.17.1.11 - 1 Element <Aerztliches_Personal>	135
4.17.1.11 - 1.1 Element <Hauptabteilung>	136
4.17.1.11 - 1.2 Element <Belegabteilung>	136
4.17.1.11 - 1.3 Element <Gemischte_Haupt_Belegabteilung>	137
4.17.1.11 - 1.4 Element <Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>	137
4.17.1.11 - 2 Element <Aerztliche_Fachexpertisen>	137
4.17.1.11 - 2.1 Element <Fachexpertise>	138
4.17.1.11 - 3 Element <Pflegerische_Fachexpertisen>	138
4.17.1.11 - 3.1 Element <Fachexpertise_Pflege>	139
4.18 Element <Qualitaetssicherung>	140
4.18.1 Element <QS_nach_Landesrecht>	140
4.18.1.1 - 1 Element <Teilnahme_Leistungsbereiche>	141
4.18.1.1 - 2 Element <Leistungsbereich> - QS nach Landesrecht	142
4.18.2 Element <DMP>	143
4.18.2.1 Element <Teilnahme_DMP>	143
4.18.3 Element <Sonstige_Verfahren_Externe_QS>	143
4.18.3.1 Element <Sonstiges_Verfahren_Externe_QS>	144
4.18.4 Element <Mindestmengen>	144
4.18.4.1 Element <Leistungsbereich> - Mindestmengen	145
4.18.4.1 - 1 Element <Ausnahmetatbestand>	146
4.18.5 Element <Strukturqualitaetsvereinbarung>	146
4.18.5.1 Element <Vereinbarung>	146
4.18.6 Element <Fortbildung>	147

Teil B.....	148
5 Externe Qualitätssicherung	149
5.1 Aufbau und Namenskonvention der XML-Dateien	150
5.1.1 Namenskonvention der XML-Dateien.....	150
5.1.2 Abschnitt C-1.1.[Y] – Dokumentationsrate.....	151
5.1.3 Abschnitt C-1.2.[Z] – Ergebnis.....	151
6 XML-Struktur Teil B – Übersicht	152
7 Element <Externe_Qualitaetssicherung>	153
7.1 Element <Dokumentationsrate>.....	155
7.1.1 Element <Leistungsbereich>.....	155
7.1.1.1 Element <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>	158
7.1.1.2 Element <Dokumentationsrate_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>.....	159
7.2 Element <Ergebnis>	159
7.2.1 Element <Einziges_Auswertungseinheit>	159
7.2.2 Element <Auswertungseinheit>.....	160
7.2.2.1 Element <Qualitaetsindikator>	161
7.2.2.1 - 1 Element <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>.....	163
7.2.2.1 - 1.1 Element <Vertrauensbereich_Krankenhaus>, Element <Vertrauensbereich_Bundesweit>	165
7.2.2.1 - 1.2 Element <Fallzahl>	165
8 Validitäts- und Plausibilitätsprüfungen.....	166
8.1 Zusätzliche Prüfungen	166
9 Anhang.....	167
9.1 Liste der Leistungsbereiche für Dokumentationsraten	167
9.2 Liste der Qualitätsindikatoren.....	168

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 <Qualitätsbericht>“ werden, beginnend mit dem Root-Element, 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.

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 Inhaltzelle 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 sind zulässig.
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.

Schlüsselwort	Beschreibung
Format	<p>Der Inhalt des XML-Elements muss dem angegebenen Format entsprechen. In den Formatangaben werden die folgenden Platzhalter genutzt.</p> <p>9 beliebige Ziffer [0-9] X beliebiger Buchstabe oder Ziffer</p> <p>Mit [] geklammerte Bereiche sind optional.</p> <p>Bsp.: Format: X99[.9]</p> <p>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.</p> <p>Es gibt aber auch andere Formatangaben z. B. zum Datum oder der Uhrzeit. Diese sind selbsterklärend.</p>
Wertebereich	<p>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.</p> <p>Wichtig: Das Tausendertrennzeichen ist bei der Angabe der Zahlenwerte nicht zulässig.</p> <p>Bsp.: 0..20000</p> <p>In dem XML-Element sind ganze Zahlenwerte von 0 bis 20000 zulässig.</p> <p>Bsp.: 0,0..500,0</p> <p>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.</p>
Auswahlliste	<p>In dem XML-Element sind nur die Werte aus der angegebenen Auswahlliste zulässig. Eine Eindeutigkeit ist nicht gefordert.</p> <p>Hinweis: Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten.</p> <p>Die Auswahlliste wird entweder direkt durch eine kommagetrennte Liste beschrieben, oder es wird eine Auswahlliste referenziert.</p>
Schlüsselauswahlliste	<p>In dem XML-Element sind nur die Werte aus der angegebenen Auswahlliste zulässig. Zusätzlich darf jeder Schlüssel in den Kindelementen eines Elternelements nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).</p> <p>Hinweis: Bei den einzelnen Listenwerten sind die Groß-, Kleinschreibung und die Leerzeichen zu beachten.</p> <p>Die Auswahlliste wird entweder direkt durch eine kommagetrennte Liste beschrieben, oder es wird ein Verweis auf die Auswahlliste angegeben.</p>

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 [Abschnittsnummer]	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)*¹ existieren auch freie Werkzeuge aus der Open Source Community, wie bspw. das *Apache XML Project* mit Xerces².

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

¹ <http://www.microsoft.com/downloads/details.aspx?FamilyID=993C0BCF-3BCF-4009-BE21-27E85E1857B1>

² <http://xerces.apache.org>

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.47
```

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>
```

<Qualitätsbericht>	1	siehe S.29
<Einleitung>	1	siehe S.32
<Datensatz>	1	siehe S.33
<Software>	1	siehe S.33
<Verantwortlicher_Erstellung>	1	siehe S.33
<Kontakt_Person_lang>	1	siehe S.34
<Person>	1	siehe S.35
<Telefon>	1	siehe S.35
<Fax>	0..1	siehe S.36
</Kontakt_Person_lang>		
</Verantwortlicher_Erstellung>		
<Verantwortlicher_Krankenhausleitung>	1	siehe S.34
<Kontakt_Person_lang>	1	siehe S.34
</Verantwortlicher_Krankenhausleitung>		
<Weiterführende_Links>	0..1	siehe S.36
<Link>	1..n	siehe S.37
</Weiterführende_Links>		
</Einleitung>		
<Krankenhaus>	1	siehe S.37
<Kontaktdaten> - fachabteilungsübergreifend	1	siehe S.39
<Kontakt_Zugang>	1	siehe S.40
<Kontakt_Adresse>	0..1	siehe S.41
<Aerztliche_Leitung>	1	siehe S.42
<Kontakt_Person_lang>	1..n	siehe S.34
</Aerztliche_Leitung>		
<Pflegedienstleitung>	1	siehe S.42
<Kontakt_Person_lang>	1..n	siehe S.34
</Pflegedienstleitung>		
<Verwaltungsleitung>	1	siehe S.42
<Kontakt_Person_lang>	1..n	siehe S.34
</Verwaltungsleitung>		
</Kontaktdaten>		
</Krankenhaus>		

<Einzigster_Standort/>	1	
<Standort_dieses_Berichts>	1	siehe S.37
<Kontakt-daten> - fachabteilungsübergreifend	1	siehe S.39
</Standort_dieses_Berichts>		
<Standorte_des_Krankenhauses>	1	siehe S.38
<Kontakt-daten> - fachabteilungsübergreifend	1..n	siehe S.39
</Standorte_des_Krankenhauses>		
<Krankenhaus-träger>	1	siehe S.42
<Krankenhaus-träger_Art>	1	siehe S.43
</Krankenhaus-träger>		
<Krankenhaus-träger_Art>	0..1	siehe S.43
<Psychiatrisches_Krankenhaus>	0..1	siehe S.46
<Fallzahlen>	1	siehe S.47
<Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>	0..1	siehe S.47
<MP_Leistungsangebot>	1..n	siehe S.47
</Medizinisch_Pflegerische_Leistungsangebote>		
<Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>	0..1	siehe S.48
<NM_Leistungsangebot>	1..n	siehe S.48
<Zusatzangaben>	0..1	siehe S.49
<Mediennutzung>	1	siehe S.49
<Telefonnutzung>	1	siehe S.50
<Parkplatznutzung>	1	siehe S.50
</Zusatzangaben>		
</NM_Leistungsangebot>		
</Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>		
<Barrierefreiheit>	0..1	siehe S.50
<Barrierefreiheit_Aспект>	1..n	siehe S.51
</Barrierefreiheit>		
<Akademische_Lehre>	0..1	siehe S.51
<Akademische_Lehre_Wissenschaftliche_Tätigkeit>	1..n	siehe S.52
</Akademische_Lehre>		
<Ausbildung_andere_Heilberufe>	0..1	siehe S.52
<Ausbildung_in_anderen_Heilberufen>	1..n	siehe S.52
</Ausbildung_andere_Heilberufe>		

<Personal_des_Krankenhauses>		
<Personalerfassung>		<i>siehe S.72</i>
<Beschaeftigungsverhaeltnis>	1	<i>siehe S.73</i>
<Personal_mit_direktem_BV>	1	<i>siehe S.73</i>
<Personal_ohne_direktem_BV>	1	<i>siehe S.74</i>
</Beschaeftigungsverhaeltnis>		
<Versorgungsform>	1	<i>siehe S.74</i>
<Ambulante_Versorgung>	1	<i>siehe S.75</i>
<Stationaere_Versorgung>	1	<i>siehe S.76</i>
</Versorgungsform>		
</Personalerfassung>		
<Aerzte>	1	<i>siehe S.54</i>
<Aerzte_ohne_Belegaerzte>	1	<i>siehe S.54</i>
<Personalerfassung>	1	<i>siehe S.72</i>
<Fachaerzte>	1	<i>siehe S.55</i>
</Aerzte_ohne_Belegaerzte>		
<Belegaerzte>	1	<i>siehe S.55</i>
<Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>	0..1	<i>siehe S.56</i>
<Personalerfassung>	1	<i>siehe S.72</i>
<Fachaerzte>	1	<i>siehe S.55</i>
</Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>		
</Aerzte>		
<Pflegekraefte>	1	<i>siehe S.57</i>
<Gesundheits_Krankenpfleger>	1	<i>siehe S.59</i>
<Personalerfassung>	1	<i>siehe S.72</i>
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1	<i>siehe S.72</i>
</Gesundheits_Krankenpfleger>		
<Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>	0..1	<i>siehe S.59</i>
<Personalerfassung>	1	<i>siehe S.72</i>
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1	<i>siehe S.72</i>
</Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>		
<Altenpfleger>	0..1	<i>siehe S.60</i>
<Personalerfassung>	1	<i>siehe S.72</i>
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1	<i>siehe S.72</i>

</Altenpfleger>	
<Pflegeassistenten>	0..1 siehe S.60
<Personalerfassung>	1 siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1 siehe S.72
</Pflegeassistenten>	
<Krankenpflegehelfer>	0..1 siehe S.61
<Personalerfassung>	1 siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1 siehe S.72
</Krankenpflegehelfer>	
<Pflegehelfer>	0..1 siehe S.61
<Personalerfassung>	1 siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1 siehe S.72
</Pflegehelfer>	
<Hebammen_Entbindungspfleger>	0..1 siehe S.62
<Personalerfassung>	1 siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1 siehe S.72
</Hebammen_Entbindungshelfer>	
<Beleghebammen_Belegentbindungspfleger>	0..1 siehe S.63
<Operationstechnische_Assistenz>	0..1 siehe S.64
<Personalerfassung>	1 siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1 siehe S.72
</Operationstechnische_Assistenz>	
<Medizinische_Fachangestellte>	0..1 siehe S.64
<Personalerfassung>	1 siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1 siehe S.72
</Medizinische_Fachangestellte>	
</Pflegekraefte>	
<Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>	0..1 siehe S.65
<Diplom_Psychologe>	1 siehe S.68
<Personalerfassung>	1 siehe S.72
</Diplom_Psychologe>	
<Klinische_Neuropsychologen>	0..1 siehe S.69
<Personalerfassung>	1 siehe S.72
</Klinische_Neuropsychologen>	

<Psychologische_Psychotherapeuten>	0..1	siehe S.69
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Psychologische_Psychotherapeuten>		
<Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>	0..1	siehe S.69
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>		
<Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit>	0..1	siehe S.69
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit>		
<Ergotherapeuten>	0..1	siehe S.70
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Ergotherapeuten>		
<Physiotherapeuten>	0..1	siehe S.70
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Physiotherapeuten>		
<Sozialpaedagogen>	0..1	siehe S.70
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Sozialpaedagogen>		
</Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>		
<Spezielles_Therapeutisches_Personal>	0..1	siehe S.68
<Therapeutisches_Personal>	1..n	siehe S.71
</Spezielles_Therapeutisches_Personal>		
</Personal_des_Krankenhauses>		
<Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>	1	siehe S.72
<Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>	1	siehe S.78
<Kontakt_Person_lang>	1	siehe S.34
</Verantwortliche_Person_Qualitaetsmanagement>		
<Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>	0..1	siehe S.78
<Lenkungsgremium>	1	siehe S.78
</Lenkungsgremium_Qualitaetsmanagement>		
<Verantwortliche_Person_Risikomanagement>	0..1	siehe S.79
<Kontakt_Person_lang>	1	siehe S.34
</Verantwortliche_Person_Risikomanagement>		
<Lenkungsgremium_Risikomanagement>	0..1	siehe S.79

<Lenkungsgrremium>	1	<i>siehe S.78</i>
</Lenkungsgrremium_Risikomanagement>		
<Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>	0..1	<i>siehe S.79</i>
<Instrument_Massnahme>	1..n	<i>siehe S.80</i>
<Zusatzangaben_RM>	0..1	<i>siehe S.80</i>
[<SOP>	1	<i>siehe S.81</i>
<Fallbesprechungen_Konferenzen>	1	<i>siehe S.81</i>
<Fallbesprechung_Konferenz>	1..n	<i>siehe S.81</i>
</Fallbesprechungen_Konferenzen>		
</Zusatzangaben_RM>		
</Instrument_Massnahme>		
</Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>		
<Einrichtungsinernes_Fehlermeldesystem>	0..1	<i>siehe S.82</i>
<Tagungsgrremium>	0..1	<i>siehe S.82</i>
<Fehlermeldesystem_intern>	0..1	<i>siehe S.82</i>
<System_intern>	1..n	<i>siehe S.83</i>
<Zusatzangaben_IF>	1	<i>siehe S.83</i>
</System_intern>		
</Fehlermeldesystem_intern>		
</Einrichtungsinernes_Fehlermeldesystem>		
<Einrichtungsuuebergreifendes_Fehlermeldesystem>	0..1	<i>siehe S.84</i>
<Fehlermeldesystem_uebergreifend>	1	<i>siehe S.84</i>
<System_uebergreifend>	1..n	<i>siehe S.84</i>
</Fehlermeldesystem_uebergreifend>		
<Tagungsgrremium>	0..1	<i>siehe S.82</i>
</Einrichtungsuuebergreifendes_Fehlermeldesystem>		
<Hygienepersonal>	0..1	<i>siehe S.85</i>
<Krankenhausthygieniker>	1	<i>siehe S.86</i>
<Hygienebeauftragte_Aerzte>	0..1	<i>siehe S.86</i>
<Hygienefachkraefte>	0..1	<i>siehe S.86</i>
<Hygienebeauftragte_Pflege>	0..1	<i>siehe S.86</i>
[<Hygienekommission_nicht_ingerichtet/>	1	
<Hygienekommission_ingerichtet>	1	<i>siehe S.87</i>
<Kontakt_Person_kurz>	1	

<Person>	1	<i>siehe S.88</i>
<Telefon>	0..1	<i>siehe S.35</i>
<Fax>	0..1	<i>siehe S.36</i>
</Kontakt_Person_kurz>		
</Hygienekommission_eingerichtet>		
</Hygienepersonal>		
<Weitere_Informationen_Hygiene>	0..1	<i>siehe S.89</i>
<Hygienestandard_ZVK>	1	<i>siehe S.90</i>
<Standard_Hygiene_ZVK_liegt_vor>	1	<i>siehe S.91</i>
<Standard_thematisiert>	1	<i>siehe S.92</i>
<Anwendungweiterer_Hygienemassnahmen/>	1	<i>siehe S.93</i>
</Standard_thematisiert>		
</Standard_Hygiene_ZVK_liegt_vor>		
<Standard_Hygiene_ZVK_liegt_nicht_vor/>	1	
<Standard_Hygiene_ZVK_trifft_nicht_zu/>	1	
<Standard_Liegedauer_ZVK_liegt_vor>	1	<i>siehe S.94</i>
<Standard_Liegedauer_ZVK_liegt_nicht_vor/>	1	
<Standard_Liegedauer_ZVK_trifft_nicht_zu/>	1	
</Hygienestandard_ZVK>		
<Antibiotikaprophylaxe_Antibiotikatherapie>	1	<i>siehe S.95</i>
<Leitlinie_Antibiotikatherapie_liegt_vor>	1	<i>siehe S.96</i>
<Leitlinie_Antibiotikatherapie_liegt_nicht_vor/>	1	
<Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_vor>	1	<i>siehe S.97</i>
<Standard_thematisiert>	1	
</Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_vor>		
<Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_nicht_vor/>	1	
<Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_trifft_nicht_zu/>	1	
</Antibiotikaprophylaxe_Antibiotikatherapie>		
<Umgang_Wunden>	1	<i>siehe S.99</i>
<Standard_Wunderversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor>	1	<i>siehe S.99</i>
<Standard_thematisiert>	1	
</Standard_Wunderversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor>		
<Standard_Wunderversorgung_Verbandwechsel_liegt_nicht_vor/>	1	
<Standard_Wunderversorgung_Verbandwechsel_trifft_nicht_zu/>	1	

</Umgang_Wunden>		
<Haendedesinfektion>	1	siehe S.101
<Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben>	1	siehe S.102
<Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_nicht_erhoben/>	1	
</Haendedesinfektion>		
<Umgang_Patienten_MRE>	1	siehe S.103
<Hygienebezogenes_Risikomanagement>	0..1	siehe S.105
<Hygiene_Instrument_Massnahme>	1..n	siehe S.106
<Zusatzangaben_HM>	0..1	siehe S.107
<Teilnahme_KISS>	1	siehe S.108
<KISS_Modul>	1..n	siehe S.109
</Teilnahme_KISS>		
</Zusatzangaben_HM>		
</Hygiene_Instrument_Massnahme>		
</Hygienebezogenes_Risikomanagement>		
</Weitere_Informationen_Hygiene>		
<Beschwerdemanagement>	0..1	siehe S.110
<Strukturiertes_Beschwerdemanagement>	1	siehe S.111
<Schriftliches_Konzept>	1	siehe S.111
<Umgang_muendliche_Beschwerden>	1	siehe S.111
<Umgang_schriftliche_Beschwerden>	1	siehe S.112
<Zeitziele_fuer_Rueckmeldung>	1	siehe S.112
<Ansprechpartner>	0..1	siehe S.113
<Ansprechpersonen>	1	siehe S.110
<Kontakt_Person_lang>	1..n	siehe S.34
</Ansprechpersonen>		
</Ansprechpartner>		
<Patientenfuersprecher>	0..1	siehe S.113
<Fuersprechpersonen>	1	siehe S.114
<Kontakt_Person_lang>	1..n	siehe S.34
</Fuersprechpersonen>		
</Patientenfuersprecher>		
<Anonyme_Eingabemoeglichkeiten>	1	siehe S.114
<Patientenbefragungen>	1	siehe S.114

<Einweiserbefragungen>	1	<i>siehe S.115</i>
</Beschwerdemanagement>		
</Umgang_mit_Risiken_in_der_Patientenversorgung>		
<Apparative_Ausstattung>	0..1	<i>siehe S.115</i>
<Geraet>	1..n	<i>siehe S.116</i>
</Apparative_Ausstattung>		
<Organisationseinheiten_Fachabteilungen>	1	<i>siehe S.117</i>
<Organisationseinheit_Fachabteilung>	1..n	<i>siehe S.117</i>
<Chefaerzte>	0..1	<i>siehe S.119</i>
<Kontakt_Person_lang>	1..n	<i>siehe S.34</i>
</Chefaerzte>		
<Zugaenge>	1..n	<i>siehe S.120</i>
<Zielvereinbarungen>	1	<i>siehe S.121</i>
<Zielvereinbarung_eingehalten/>	1	
<Keine_Zielvereinbarung_geschlossen/>	1	
<Getroffene_Zielvereinbarungen>	1	<i>siehe S.122</i>
<Zielvereinbarung>	1..n	<i>siehe S.122</i>
</Getroffene_Zielvereinbarungen>		
</Zielvereinbarungen>		
<Fachabteilungsschluessel>	1..n	<i>siehe S.119</i>
<Medizinische_Leistungsangebote>	0..1	<i>siehe S.122</i>
<Medizinisches_Leistungsangebot>	1..n	<i>siehe S.123</i>
</Medizinische_Leistungsangebote>		
<Barrierefreiheit>	0..1	<i>siehe S.50</i>
<Barrierefreiheit_Aspekt>	1..n	<i>siehe S.51</i>
</Barrierefreiheit>		
<Fallzahlen_OE>	1	<i>siehe S.124</i>
<Hauptdiagnosen>	1	<i>siehe S.125</i>
<Hauptdiagnose>		
</Hauptdiagnosen>		
<Keine_Hauptdiagnose/>		

<Prozeduren>	1	<i>siehe S.126</i>
<Keine_Erbracht/>	1	
<Freiwillig>	1	<i>siehe S.127</i>
<Prozedur>	0..n	<i>siehe S.128</i>
</Freiwillig>		
<Verpflichtend>	1	<i>siehe S.127</i>
<Prozedur>	1..n	<i>siehe S.128</i>
</Verpflichtend>		
</Prozeduren>		
<Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>	0..1	<i>siehe S.129</i>
<Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>	1..n	<i>siehe S.129</i>
<Ambulanz>	1	<i>siehe S.130</i>
<Leistungen_Ambulanz>	0..1	<i>siehe S.130</i>
<MedizinischesLeistungsangebot>	1..n	<i>siehe S.123</i>
</Leistungen_Ambulanz>		
</Ambulanz>		
<Ambulanz_116b>	1	<i>siehe S.131</i>
<Leistungen_Ambulanz_116b>	0..1	<i>siehe S.131</i>
<Leistung>	1..n	<i>siehe S.131</i>
</Leistungen_Ambulanz_116b>		
</Ambulanz_116b>		
</Ambulante_Behandlungsmoeglichkeit>		
</Ambulante_Behandlungsmoeglichkeiten>		
<Ambulante_Operationen>	1	<i>siehe S.132</i>
<Keine_Erbracht/>	1	
<Freiwillig>	1	<i>siehe S.132</i>
<Ambulante_Operation>	0..n	<i>siehe S.133</i>
</Freiwillig>		
<Verpflichtend>	1	<i>siehe S.132</i>
<Ambulante_Operation>	1..n	<i>siehe S.133</i>
</Verpflichtend>		
</Ambulante_Operationen>		

<Personelle_Ausstattung>	1	siehe S.133
<Aerztliches_Personal>	1	siehe S.135
<Hauptabteilung>	1	siehe S.136
<Aerzte_ohne_Belegaerzte>	1	siehe S.54
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
<Fachaerzte>	1	siehe S.55
</Aerzte_ohne_Belegaerzte>		
<Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte/>	1	
</Hauptabteilung>		
<Belegabteilung>	1	siehe S.136
<Belegaerzte>	1	siehe S.55
</Belegabteilung>		
<Gemischte_Haupt_Belegabteilung>	1	siehe S.137
<Aerzte_ohne_Belegaerzte>	1	siehe S.54
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
<Fachaerzte>	1	siehe S.55
</Aerzte_ohne_Belegaerzte>		
<Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte/>	1	
<Belegaerzte>	1	siehe S.55
</Gemischte_Haupt_Belegabteilung>		
<Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>	1	siehe S.137
<Aerzte_ohne_Belegaerzte>	1	siehe S.54
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
<Fachaerzte>	1	siehe S.55
</Aerzte_ohne_Belegaerzte>		
<Keine_Aerzte_ohne_Belegaerzte/>	1	
<Belegaerzte>	1	siehe S.55
</Nicht_Bettenfuehrend_Abteilung>		
</Aerztliches_Personal>		
<Aerztliche_Fachexpertisen>	0..1	siehe S.137
<Fachexpertise>	1..n	siehe S.138
</Aerztliche_Fachexpertisen>		
<Keine_Pflegekraefte/>	1	
<Pflegekraefte>	1	siehe S.57

<Gesundheits_Krankenpfleger>	1	siehe S.59
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1	siehe S.72
</Gesundheits_Krankenpfleger>		
<Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>	0..1	siehe S.59
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1	siehe S.72
</Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>		
<Altenpfleger>	0..1	siehe S.60
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1	siehe S.72
</Altenpfleger>		
<Pflegeassistenten>	0..1	siehe S.60
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1	siehe S.72
</Pflegeassistenten>		
<Krankenpflegehelfer>	0..1	siehe S.61
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1	siehe S.72
</Krankenpflegehelfer>		
<Pflegehelfer>	0..1	siehe S.61
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1	siehe S.72
</Pflegehelfer>		
<Hebammen_Entbindungspfleger>	0..1	siehe S.62
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1	siehe S.72
</Hebammen_Entbindungshelfer>		
<Beleghebammen_Belegentbindungspfleger>	0..1	siehe S.63
<Operationstechnische_Assistenz>	0..1	siehe S.64
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1	siehe S.72
</Operationstechnische_Assistenz>		
<Medizinische_Fachangestellte>	0..1	siehe S.64

<Personalerfassung>	1	siehe S.72
<Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>	1	siehe S.72
</Medizinische_Fachangestellte>		
</Pflegerkraefte>		
<Pflegerische_Fachexpertisen>	0..1	siehe S.138
<Fachexpertise_Pflege>	1..n	siehe S.139
</Pflegerische_Fachexpertisen>		
<Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho	0..1	siehe S.65
<Diplom_Psychologe>	1	siehe S.68
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Diplom_Psychologe>		
<Klinische_Neuropsychologen>	0..1	siehe S.69
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Klinische_Neuropsychologen>		
<Psychologische_Psychotherapeuten>	0..1	siehe S.69
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Psychologische_Psychotherapeuten>		
<Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>	0..1	siehe S.69
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>		
<Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend-Taetigkeit>	0..1	siehe S.69
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend-Taetigkeit>		
<Ergotherapeuten>	0..1	siehe S.70
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Ergotherapeuten>		
<Physiotherapeuten>	0..1	siehe S.70
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Physiotherapeuten>		
<Sozialpaedagogen>	0..1	siehe S.70
<Personalerfassung>	1	siehe S.72
</Sozialpaedagogen>		
</Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>		
</Personelle_Ausstattung>		

</Organisationseinheit_Fachabteilung>	
</Organisationseinheiten_Fachabteilungen>	
<Qualitaetssicherung>	1 <i>siehe S.140</i>
<Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme>	1
<QS_nach_Landesrecht>	0..1 <i>siehe S.140</i>
<Leistungsbereich>	1..4 <i>siehe S.142</i>
</QS_nach_Landesrecht>	
</Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme>	
<Keine_Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme/>	1
<DMP>	0..1 <i>siehe S.143</i>
<Teilnahme_DMP>	1..7 <i>siehe S.143</i>
</DMP>	
<Sonstige_Verfahren_Externe_QS>	0..1 <i>siehe S.143</i>
<Sonstiges_Verfahren_Externe_QS>	1..n <i>siehe S.144</i>
</Sonstige_Verfahren_Externe_QS>	
<Mindestmengen>	0..1 <i>siehe S.144</i>
<Leistungsbereich>	1..7 <i>siehe S.145</i>
<Ausnahmetatbestand>	1..4 <i>siehe S.146</i>
<Kein_Ausnahmetatbestand/>	1
</Leistungsbereich>	
</Mindestmengen>	
<Strukturqualitaetsvereinbarung>	0..1 <i>siehe S.146</i>
<Vereinbarung>	1..n <i>siehe S.146</i>
</Strukturqualitaetsvereinbarung>	
<Fortbildung>	0..1 <i>siehe S.147</i>
</Qualitaetssicherung>	
</Qualitaetsbericht>	

Diese Richtlinie

4 Element <Qualitätsbericht>

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.
Einzigster_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	
Krankenhausstraeger		1	siehe 4.5	A-2	

Elternelemente: Keine, dieses ist das Root-Element.					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Krankenhaus_Art	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	

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 Kraft

4.1 Element <Einleitung>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
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	-	

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	Erstellungsurzeit 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	-	

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.

4.1.4.1 - 1 Element <Person>

Elternelemente: 4.1.4.1 Element <Kontakt_Person_lang> , 4.15.8.6 - 1 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> , 4.15.8.6 - 1 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	

Elternelemente: 4.1.4.1 Element <Kontakt_Person_lang> , 4.15.8.6 - 1 Element <Kontakt_Person_kurz>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Durchwahl		0..1	Ziffern	A-1, A-12.1.1, A-12.2.1, A-12.3.1, A-12.4, B-X.1	

4.1.4.1 - 1.2 Element <Fax>

Elternelemente: 4.1.4.1 Element <Kontakt_Person_lang> , 4.15.8.6 - 1 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	-	

4.2 Element <Krankenhaus>

Elternelemente: 4. Element <Qualitaetsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Kontaktdaten	Fachabteilungsübergreifende Kontaktdaten des Krankenhauses.	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 <Qualitätsbericht>					
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 Kraft

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 Institutionenkennzeichen.	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	

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 ³ : 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.

³ 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 ⁴ : 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	

⁴ 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 <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Name	Name des Krankenhaustraegers.	1	Zeichenkette	A-2	
Krankenhaustraeger_Art	Art des Krankenhaustraegers.	1	siehe 4.5.1	A-2	

4.5.1 Element <Krankenhausraeger_Art>

Elternelemente: 4.5 Element <Krankenhausraeger>					
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 <Krankenhaus_Art>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Universitätsklinikum	Krankenhaus ist ein Universitätsklinikum	0..1	Kein Inhalt	A-3	
Akademisches_Lehrkrankenhaus	Krankenhaus ist ein akademisches Lehrkrankenhaus. In diesem Fall muss der Name bzw. die Namen der zugehörigen Universität(en) eingetragen werden.	0..1	siehe 4.6.1	A-3	(!) Bei Auswahl dieses Elements muss Element 4.6.1 mindestens einmal ausgefüllt werden. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

4.6.1 Element <Akademisches_Lehrkrankenhaus>

Elternelemente: 4.6 Element <Krankenhaus_Art>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Name_Universitaet	Name und Ort der Universität.	1..n	Zeichenkette	A-3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.7 Element <Psychiatrisches_Krankenhaus>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

4.8 Element <Fallzahlen>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
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_PflegerischeLeistungsangebote>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
MP_Leistungsangebot	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot.	1..n	siehe 4.9.1	A-5	

4.9.1 Element <MP_Leistungsangebot>

Elternelemente: 4.9 Element <Medizinisch_PflegerischeLeistungsangebote>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
MP_Schlussel	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-Nrn. zulässig.	A-5	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <MP_Leistungsangebot> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-5	

4.10 Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
NM_Leistungsangebot	Allgemeines nicht-medizinisches Leistungsangebot.	1..n	siehe 4.10.1	A-6	

4.10.1 Element <NM_Leistungsangebot>

Elternelemente: 4.10 Element <Nicht_Medizinische_Leistungsangebote>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
NM_Schlüssel	Schlüssel-Nr. des nicht-medizinischen Leistungsangebots.	1	Schlüsselauswahlliste: Aus der Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote (A-6)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	A-6	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <NM_Leistungsangebot> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Zusatzangaben	Zusatzangaben zu ausgewählten Leistungsangeboten.	0..1	siehe 4.10.2	A-6	Zusatzangaben zu den Leistungsangeboten gemäß Auswahlliste (Anhang 2) sind verpflichtend. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-6	
URL	Zum Beispiel Link zur Website mit aktuellen Angaben.	0..1	Format: http/https URL nach RFC 3305	A-6	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.

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	

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 <Qualitätsbericht>, 4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Barrierefreiheit_Aспект	Aspekt der Barrierefreiheit.	1..n	siehe 4.11.1	A-7, B-X.4	

4.11.1 Element <Barrierefreiheit_Aспект>

Elternelemente: 4.11 Element <Barrierefreiheit>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
BF_Schluesel	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_Aспект> 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 <Qualitätsbericht>					
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	

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_anderer_Heilberufe>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
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_anderer_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).

Elternelemente: 4.13 Element <Ausbildung andere Heilberufe>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-8.2	

4.14 Element <Personal_des_Krankenhauses>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
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	
Ausgewaehltes_therapeutisches_Personal_Psycho	Angaben zu ausgewähltem therapeutischen Personal in Psychiatrie und Psychosomatik.	0..1	siehe 4.14.3	A-11.3	
Spezielles_Therapeutisches_Personal	Personalqualifikationen aus der Auswahlliste „spezielles therapeutisches Personal“ (A-11.4) des Anhangs 2.	0..1	siehe 4.14.4	A-11.4	

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	

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
Personalerfassung	Ärzte insgesamt ohne Belegärzte.	1	siehe 4.14.5	A-11.1, B- X.11.1	
Fachaeerzte	Davon Fachärzte.	1	siehe 4.14.1.1 - 1	A-11.1, B- X.11.1	
Massgebliche_tarifliche_Wochenarbeitszeit	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal.	1	Zwei Stellen vor und nach dem Komma: XX,XX	A-11.1, B- X.11.1	

4.14.1.1 - 1 Element <Fachaerzte>

Elternelemente: 4.14.1.1 - 1 Element <Fachaerzte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung	Fachärzte der Ärzte ohne Belegärzte	1	siehe 4.14.5	A-11.1	

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.
Erläuterungen		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
Personalerfassung	Ärzte, die keiner Fachabteilung zugeordnet sind.	1	siehe 4.14.5	A-11.1	
Fachärzte	Davon Fachärzte.	1	siehe 4.14.1.1 - 1	A-11.1, B-X.11.1	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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	
Beleghebammen_Belegentbindungspfleger	Anzahl in Personen zum Stichtag 31.12.	0..1	siehe 4.14.2.8	A-11.2, B-X.11.2	
Operationstechnische_Assistenz	3 Jahre Ausbildungsdauer	0..1	siehe 4.14.2.9	A-11.2, B-X.11.2	
Medizinische_Fachangestellte	3 Jahre Ausbildungsdauer	0..1	siehe 4.14.2.10	A-11.2, B-X.11.2	

Elternelemente: 4.14 Element <Personal_des_Krankenhauses> , 4.17.1.11 Element <Personelle_Ausstattung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Massgebliche_tarifliche_Wochenarbeitszeit	Maßgebliche wöchentliche tarifliche Arbeitszeit in Stunden für angestelltes Personal.	1	Zwei Stellen vor und nach dem Komma: XX,XX	A-11.2, B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

4.14.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger>

Elternelemente: 4.14.2 Element <Pflegerkräfte> Element <Pflegerkräfte> 1					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung	Gesundheits und Krankenpfleger	1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung	Gesundheits- und Krankenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung.	0..1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	(!) Darf bei B-X.11.2 nicht vorkommen und muss bei A-11.2 vorkommen. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

4.14.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>

Elternelemente: 4.14.2 Element <Pflegerkräfte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger	1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung.	0..1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	(!) Darf bei B-X.11.2 nicht vorkommen und muss bei A-11.2 vorkommen. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

4.14.2.3 Element <Altenpfleger>

Elternelemente: 4.14.2 Element <Pflegekraefte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung	Altenpfleger	1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung	Altenpfleger ohne Fachabteilungszuordnung.	0..1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	(!) Darf bei B-X.11.2 nicht vorkommen und muss bei A-11.2 vorkommen. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

4.14.2.4 Element <Pflegeassistenten>

Elternelemente: 4.14.2 Element <Pflegekraefte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung	Pflegeassistenten	1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung	Pflegeassistenten ohne Fachabteilungszuordnung.	0..1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	(!) Darf bei B-X.11.2 nicht vorkommen und muss bei A-11.2 vorkommen. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

4.14.2.5 Element <Krankenpflegehelfer>

Elternelemente: 4.14.2 Element <Pflegekraefte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung	Krankenpflegehelfer	1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung	Krankenpflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung.	0..1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	(!) Darf bei B-X.11.2 nicht vorkommen und muss bei A-11.2 vorkommen. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

4.14.2.6 Element <Pflegehelfer>

Elternelemente: 4.14.2 Element <Pflegekraefte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung	Pflegehelfer	1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung	Pflegehelfer ohne Fachabteilungszuordnung.	0..1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	(!) Darf bei B-X.11.2 nicht vorkommen und muss bei A-11.2 vorkommen. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

4.14.2.7 Element <Hebammen_Entbindungspfleger>

Elternelemente: 4.14.2 Element <Pflegekraefte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung	Hebammen und Entbindungspfleger	1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung	Hebammen und Entbindungspfleger ohne Fachabteilungszuordnung.	0..1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	(!) Darf bei B-X.11.2 nicht vorkommen und muss bei A-11.2 vorkommen. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

4.14.2.8 Element <Beleghebammen_Belegentbindungspfleger>

Elternelemente: 4.14.2 Element <Pflegekraefte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl	Anzahl der Beleghebammen und Belegentbindungspfleger in Personen mit Stichtag 31.12. des Berichtsjahres	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.
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11.2, B-X.11.2	

4.14.2.9 Element <Operationstechnische_Assistenz>

Elternelemente: 4.14.2 Element <Pflegekraefte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung	Operationstechnische Assistenz	1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung	Operationstechnische Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung.	0..1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	(!) Darf bei B-X.11.2 nicht vorkommen und muss bei A-11.2 vorkommen. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

4.14.2.10 Element <Medizinische_Fachangestellte>

Elternelemente: 4.14.2 Element <Pflegekraefte>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung	Medizinische Fachangestellte	1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	
Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung	Operationstechnische Assistenz ohne Fachabteilungszuordnung.	0..1	siehe 4.14.5	A-11.2, B- X.11.2	(!) Darf bei B-X.11.2 nicht vorkommen und muss bei A-11.2 vorkommen. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

4.14.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>

Elternelemente: 4.14 Element <Personal_des_Krankenhauses> , 4.17.1.11 Element <Personelle_Ausstattung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Diplom_Psychologen	Diplom-Psychologen und Diplom-Psychologinnen. Im Gegensatz zu A-11.4 ist hier nur das Personal anzugeben, das in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik arbeitet, nicht aber das in anderen Fachabteilungen beschäftigte therapeutische Personal.	1	siehe 4.14.3.1	A-11.3, B-X.11.3	
Klinische_Neuropsychologen	Klinische Neuropsychologen und Klinische Neuropsychologinnen. Im Gegensatz zu A-11.4 ist hier nur das Personal anzugeben, das in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik arbeitet, nicht aber das in anderen Fachabteilungen beschäftigte therapeutische Personal.	0..1	siehe 4.14.3.2	A-11.3, B-X.11.3	

Elternelemente: 4.14 Element <Personal des Krankenhauses>, 4.17.1.11 Element <Personelle Ausstattung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Psychologische_Psychotherapeuten	<p>Psychologische Psychotherapeuten und Psychologische Psychotherapeutinnen.</p> <p>Im Gegensatz zu A-11.4 ist hier nur das Personal anzugeben, das in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik arbeitet, nicht aber das in anderen Fachabteilungen beschäftigte therapeutische Personal.</p>	0..1	siehe 4.14.3.3	A-11.3, B-X.11.3	
Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten	<p>Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen.</p> <p>Im Gegensatz zu A-11.4 ist hier nur das Personal anzugeben, das in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik arbeitet, nicht aber das in anderen Fachabteilungen beschäftigte therapeutische Personal.</p>	0..1	siehe 4.14.3.4	A-11.3, B-X.11.3	

Elternelemente: 4.14 Element <Personal des Krankenhauses> , 4.17.1.11 Element <Personelle Ausstattung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit	<p>Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3, Nr.3 PsychThG).</p> <p>Im Gegensatz zu A-11.4 ist hier nur das Personal anzugeben, das in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik arbeitet, nicht aber das in anderen Fachabteilungen beschäftigte therapeutische Personal.</p>	0..1	siehe 4.14.3.5	A-11.3, B-X.11.3	
Ergotherapeuten	<p>Ergotherapeuten.</p> <p>Im Gegensatz zu A-11.4 ist hier nur das Personal anzugeben, das in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik arbeitet, nicht aber das in anderen Fachabteilungen beschäftigte therapeutische Personal.</p>	0..1	siehe 4.14.3.6	A-11.3, B-X.11.3	

Elternelemente: 4.14 Element <Personal des Krankenhauses> , 4.17.1.11 Element <Personelle Ausstattung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Physiotherapeuten	Bewegungstherapeuten, Krankengymnasten, Physiotherapeuten. Im Gegensatz zu A-11.4 ist hier nur das Personal anzugeben, das in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik arbeitet, nicht aber das in anderen Fachabteilungen beschäftigte therapeutische Personal.	0..1	siehe 4.14.3.7	A-11.3, B-X.11.3	
Sozialpaedagogen	Sozialarbeiter, Sozialpädagogen. Im Gegensatz zu A-11.4 ist hier nur das Personal anzugeben, das in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychosomatik arbeitet, nicht aber das in anderen Fachabteilungen beschäftigte therapeutische Personal.	0..1	siehe 4.14.3.8	A-11.3, B-X.11.3	

4.14.3.1 Element <Diplom_Psychologen>

Elternelemente: 4.14.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 4.14.5	A-11.3	

4.14.3.2 Element <Klinische_Neuropsychologen>

Elternelemente: 4.14.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 4.14.5	A-11.3	

4.14.3.3 Element <Psychologische_Psychotherapeuten>

Elternelemente: 4.14.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 4.14.5	A-11.3	

4.14.3.4 Element <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>

Elternelemente: 4.14.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 4.14.5	A-11.3	

4.14.3.5 Element <Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit>

Elternelemente: 4.14.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 4.14.5	A-11.3	

4.14.3.6 Element <Ergotherapeuten>

Elternelemente: 4.14.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 4.14.5	A-11.3	

4.14.3.7 Element <Physiotherapeuten>

Elternelemente: 4.14.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 4.14.5	A-11.3	

4.14.3.8 Element <Sozialpaedagogen>

Elternelemente: 4.14.3 Element <Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personalerfassung		1	siehe 4.14.5	A-11.3	

4.14.4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>

Elternelemente: 4.14 Element <Personal_des_Krankenhauses>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Therapeutisches_Personal	Spezielles therapeutisches Personal. Das unter A-11.3 erfasste Personal ist hier ebenfalls zu zählen.	1..n	siehe 4.14.4.1	A-11.4	

4.14.4.1 Element <Therapeutisches_Personal>

Elternelemente: 4.14.4 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-11.4)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	A-11.4	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Therapeutisches_Personal> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Personalerfassung		1	siehe 4.14.5	A-11.4	

4.14.5 Element <Personalerfassung>, Element <Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>

Elternelemente: [4.14.1.1 Element <Aerzte_ohne_Belegaerzte>](#), [4.14.1.3 Element <Aerzte_ohne_Fachabteilungszuordnung>](#), [4.14.2.1 Element <Gesundheits_Krankenpfleger>](#), [4.14.2.2 Element <Gesundheits_Kinderkrankenpfleger>](#), [4.14.2.3 Element <Altenpfleger>](#), [4.14.2.4 Element <Pflegeassistenten>](#), [4.14.2.5 Element <Krankenpflegehelfer>](#), [4.14.2.6 Element <Pflegehelfer>](#), [4.14.2.7 Element <Hebammen_Entbindungspfleger>](#), [4.14.2.9 Element <Operationstechnische_Assistenz>](#), [4.14.2.10 Element <Medizinische_Fachangestellte>](#), [4.14.3.1 Element <Diplom_Psychologen>](#), [4.14.3.2 Element <Klinische_Neuropsychologen>](#), [4.14.3.3 Element <Psychologische_Psychotherapeuten>](#), [4.14.3.4 Element <Kinder_Jugendlichenpsychotherapeuten>](#), [4.14.3.5 Element <Psychotherapeuten_in_Ausbildung_waehrend_Taetigkeit>](#), [4.14.3.6 Element <Ergotherapeuten>](#), [4.14.3.7 Element <Physiotherapeuten>](#), [4.14.3.8 Element <Sozialpaedagogen>](#), [4.14.4 Element <Spezielles_Therapeutisches_Personal>](#)

Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Anzahl insgesamt in Vollkräften.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11, B- X.11	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B- X.11	
Beschaefigungsverhaeltnis	Personal mit und ohne direktem Beschäftigungsverhältnis.	1	siehe 4.14.5.1	A-11, B- X.11	
Versorgungsform	Personal in der ambulanten und stationären Versorgung.	1	siehe 4.14.5.2	A-11, B- X.11	

4.14.5.1 Element <Beschäftigungsverhältnis>

Elternelemente: 4.14.5 Element <Personalerfassung> , Element <Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Personal_mit_direktem_BV	Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis.	1	siehe 4.14.5.1 - 1	A-11, B- X.11	
Personal_ohne_direktem_BV	Personal ohne direktem Beschäftigungsverhältnis.	1	siehe 4.14.5.1 - 2	A-11, B- X.11	

4.14.5.1 - 1 Element <Personal_mit_direktem_BV>

Elternelemente: 4.14.5.1 Element <Beschäftigungsverhältnis>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Berechnete Anzahl Vollkräfte im Jahresdurchschnitt mit direktem Beschäftigungsverhältnis.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11, B- X.11	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B- X.11	

4.14.5.1 - 2 Element <Personal_ohne_direktem_BV>

Elternelemente: 4.14.5.1 Element <Beschaeftigungsverhaeltnis>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Berechnete Anzahl Vollkräfte im Jahresdurchschnitt ohne direktem Beschäftigungsverhältnis.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11, B- X.11	
Erlaeuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B- X.11	

4.14.5.2 Element <Versorgungsform>

Elternelemente: 4.14.5 Element <Personalerfassung> , Element <Personalerfassung_ohne_Fachabteilungszuordnung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Ambulante_Versorgung	Personal in der ambulanten Versorgung.	1	siehe 4.14.5.2 - 1	A-11, B- X.11	
Stationaere_Versorgung	Personal in der stationären Versorgung.	1	siehe 4.14.5.2 - 2	A-11, B- X.11	

4.14.5.2 - 1 Element <Ambulante_Versorgung>

Elternelemente: 4.14.5.2 Element <Versorgungsform>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Berechnete Anzahl Vollkräfte im Jahresdurchschnitt in der ambulanten Versorgung.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11, B- X.11	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B- X.11	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

4.14.5.2 - 2 Element <Stationaere_Versorgung>

Elternelemente: 4.14.5.2 Element <Versorgungsform>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl_VK	Berechnete Anzahl Vollkräfte im Jahresdurchschnitt in der stationären Versorgung.	1	Bis zu zwei Nachkommastellen. Wertebereich: 0,00..10000,00	A-11, B- X.11	
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	(!) Darf bei A-11 nicht vorkommen und muss bei B-X.11 vorkommen, falls berechenbar. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	A-11, B- X.11	

4.15 Element <Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Verantwortliche_Person_Qualitätsmanagement		1	siehe 4.15.1	A-12.1.1	
Lenkungsgremium_Qualitätsmanagement		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	
Einrichtungsubergreifendes_Fehlermeldesystem		0..1	siehe 4.15.7	A-12.2.3.2	
Hygienepersonal		1	siehe 4.15.8	A-12.3.1	
Weitere_Informationen_Hygiene		0..1	siehe 4.15.9	A-12.3.2	
Beschwerdemanagement		0..1	siehe 4.15.10	A-12.4	

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 <Lenkungsremium_Qualitaetsmanagement>

Elternelemente: 4.15 Element <Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Lenkungsremium		1	siehe 4.15.2.1	A-12.1.2	

4.15.2.1 Element <Lenkungsremium>

Elternelemente: 4.15.2. Element <Lenkungsremium_Qualitaetsmanagement> , 4.15.4. Element <Lenkungsremium_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	

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	siehe 4.15.5.1	A-12.2.3	

4.15.5.1 Element <Instrument_Massnahme>

Elternelemente: 4.15.5. Element <Instrumente_Massnahmen_Risikomanagement>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
RM_Schlussel	Schlüssel-Nr. des Instruments bzw. der Maßnahme.	1	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> 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	<i>siehe 4.15.5.1 - 1</i>	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	<i>siehe 4.15.5.1 - 1.1</i>	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	<i>siehe 4.15.5.1 - 1.2</i>	A-12.2.3	

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	

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 <Einrichtungsubergreifendes 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	

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	

4.15.7 Element <Einrichtunguebergreifendes_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 <Einrichtunguebergreifendes 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	

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_Schlussel	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.
Erläuterungen		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		1	siehe 4.15.8.2	A-12.3.1	
Hygienefachkraefte		1	siehe 4.15.8.3	A-12.3.1	
Hygienebeauftragte_Pflege		1	siehe 4.15.8.4	A-12.3.1	
Hygienekommission_nicht_ingerichtet	Eine Hygienekommission wurde noch nicht eingerichtet.	1	Kein Inhalt	A-12.3.1	
Hygienekommission_ingerichtet	Eine Hygienekommission wurde eingerichtet.	1	siehe 4.15.8.5	A-12.3.1	

4.15.8.1 Element <Krankenhausthygieniker>

Elternelemente: 4.15.8 Element <Hygienepersonal>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl		1	Wertebereich: 0..5000	A-12.3.1	
Erläuterungen		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
Hygienepersonalerfassung		1	siehe 4.15.8.5	A-12.3.1	
Erläuterungen		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
Hygienepersonalerfassung		1	siehe 4.15.8.5	A-12.3.1	
Erläuterungen		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
Hygienepersonalerfassung		1	siehe 4.15.8.5	A-12.3.1	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.1	

4.15.8.5 Element <Hygienepersonalerfassung>

Elternelemente: 4.15.8.2 Element <Hygienebeauftragte_Aerzte>, 4.15.8.3 Element <Hygienefachkraefte>, 4.15.8.4 Element <Hygienebeauftragte_Pflege>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl		1	Wertebereich: 0..5000	A-12.3.1	
Kei- ne_Angabe_aufgrund_fehlender_ landesrechtlicher_Vorgaben	Dieses Element ist anzugeben, wenn in dem Bundesland keine Vorgaben zur Anzahl vorgegeben sind.	1	Kein Inhalt	A-12.3.1	
Kei- ne_Angabe_Landesrecht_Gesa mtbericht	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element <Kei- ne_Angabe_aufgrund_fehlender_landesrechtlicher_Vorgaben> angegeben wurde.	1	<i>siehe 4.15.8.5 - 1</i>	A-12.3.1	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden

4.15.8.5 - 1 Element <Keine_Angabe_Landesrecht_Gesamtbericht>

Elternelemente: 4.15.8.5 Element <Hygienepersonalerfassung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Anzahl		0..1	Wertebereich: 0..5000	A-12.3.1	
Anzahl_Keine_Angabe_Landesrecht	Anzahl der Einzelberichte, in denen das Element <Kei- ne_Angabe_aufgrund_fehlender_landesrechtlicher_Vorgaben> angegeben wurde.	1	Wertebereich 1..100	A-12.3.1	

4.15.8.6 Element <Hygienekommission_engerichtet>

Elternelemente: 4.15.8 Element <Hygienepersonal>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Kontakt_Person_kurz	Name und Kontaktdaten des Vorsitzenden	1	siehe 4.15.8.6 - 1	A-12.3.1	
Tagungsfrequenz	Tagungsfrequenz des Gremiums	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.1): „monatlich“, „quartalsweise“, „halbjährlich“, „jährlich“, „bei Bedarf“, „andere Frequenz“.	A-12.3.1	

4.15.8.6 - 1 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 <Weitere Informationen Hygiene>

Elternelemente: 4.15 Element <Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Hygienestandard_ZVK	Vermeidung gefäßkatheterassoziierter Infektionen	1	siehe 4.15.9.1	A-12.3.2.1	
Antibiotikaprofylaxe_Antibiotikatherapie	Durchführung von Antibiotikaprofylaxe und Antibiotikatherapie	1	siehe 4.15.9.2	A-12.3.2.2	
Umgang_Wunden	Umgang mit Wunden	1	siehe 4.15.9.3	A-12.3.2.3	
Haendedesinfektion	Händedesinfektion	1	siehe 4.15.9.4	A-12.3.2.4	
Umgang_Patienten_MRE	Umgang mit Patienten mit multiresistenten Erregern (MRE)	1	siehe 4.15.9.4 - 1.1	A-12.3.2.5	
Hygienebezogenes_Risikomanagement	Angabe der hygienebezogenen Maßnahmen zur Risikoreduktion/zur Verbesserung der Patientensicherheit/zur Reduzierung von Infektionen im Krankenhaus.	0..1	siehe 4.15.9.6	A-12.3.2.6	

4.15.9.1 Element <Hygienestandard_ZVK>

Elternelemente: 4.15.9 Element <Weitere Informationen Hygiene>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Standard_Hygiene_ZVK_liegt_vor	Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt vor.	1	siehe 4.15.9.1 - 1	A-12.3.2.1	
Standard_Hygiene_ZVK_liegt_nicht_vor	Standortspezifischer Standard zur Hygiene bei ZVK-Anlage liegt nicht vor.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.1	
Standard_Hygiene_ZVK_trifft_nicht_zu	Am Standort werden keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.1	
Standard_Liegedauer_ZVK_liegt_vor	Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt vor.	1	siehe 4.15.9.1 - 2	A-12.3.2.1	
Standard_Liegedauer_ZVK_liegt_nicht_vor	Standortspezifischer Standard für die Überprüfung der Liegedauer von zentralen Venenverweilkathetern liegt nicht vor.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.1	
Standard_Liegedauer_ZVK_trifft_nicht_zu	Am Standort werden	1	Kein Inhalt	A-	

Elternelemente: 4.15.9 Element <Weitere Informationen Hygiene>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
	keine zentralen Venenkatheter eingesetzt.			12.3.2.1	

4.15.9.1 - 1 **Element <Standard Hygiene ZVK liegt vor>**

Elternelemente: 4.15.9.1 Element <Hygienestandard ZVK>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Standard_thematisiert	Der Standard thematisiert insbesondere	1	siehe 4.15.9.1 - 1.1	A-12.3.2.1	
Standard_autorisiert	Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.1): „ja“, „nein“.	A-12.3.2.1	

4.15.9.1 - 1.1 Element <Standard thematisiert> - Hygienestandard ZVK

Elternelemente: 4.15.9.1 - 1 Element <Standard Hygiene ZVK liegt vor>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Hygienische_Haendedesinfektion	Standard thematisiert Hygienische Händedesinfektion	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.1): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.1	
Hautdesinfektion	Standard thematisiert Hautdesinfektion (Hautantiseptik) der Kathetereinstichstelle mit adäquatem Hautantiseptikum	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.1): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.1	
Beachtung_Einwirkzeit	Standard thematisiert die Beachtung der Einwirkzeit	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.1): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.1	
AnwendungweitererHygienemaßnahmen	Standard thematisiert die Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen	1	siehe 4.15.9.1 - 1.1.1	A-12.3.2.1	

4.15.9.1 - 1.1.1 Element <AnwendungweitererHygienemaßnahmen> - ZVK

Elternelemente: 4.15.9.1 - 1.1 Element <Standard_thematisiert>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Sterile_Handschuhe	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: sterile Handschuhe	1	<i>Auswahlliste</i> (nach Anlage 1 A-12.3.2.1): „ja“, „nein“, „teilweise“	A-12.3.2.1	
Steriler_Kittel	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: steriler Kittel	1	<i>Auswahlliste</i> (nach Anlage 1 A-12.3.2.1): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.1	
Kopfhaube	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Kopfhaube	1	<i>Auswahlliste</i> (nach Anlage 1 A-12.3.2.1): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.1	
Mund_Nasen_Schutz	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: Mund Nasen Schutz	1	<i>Auswahlliste</i> (nach Anlage 1 A-12.3.2.1): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.1	

Elternelemente: 4.15.9.1 - 1.1 Element <Standard thematisiert>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Steriles_Abdecktuch	Anwendung weiterer Hygienemaßnahmen: steriles Abdecktuch	1	<i>Auswahlliste</i> (nach Anlage 1 A-12.3.2.1): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.1	

4.15.9.1 - 2 Element <Standard Liegedauer_ZVK liegt vor>

Elternelemente: 4.15.9.1 Element <Hygienestandard_ZVK>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Standard_autorisiert	Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Hygienekommission autorisiert	1	<i>Auswahlliste</i> (nach Anlage 1 A-12.3.2.1): „ja“, „nein“.	A-12.3.2.1	

4.15.9.2 Element <Antibiotikaphylaxe_Antibiotikatherapie>

Elternelemente: 4.15.9 Element <Weitere Informationen Hygiene>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Leitlinie_Antibiotikatherapie_liegt_vor	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt vor.	1	siehe 4.15.9.2 - 1	A-12.3.2.2	
Leitlinie_Antibiotikatherapie_liegt_nicht_vor	Standortspezifische Leitlinie zur Antibiotikatherapie liegt nicht vor.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.2	
Standard_perioperative_Antibiotikaphylaxe_liegt_vor	Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt vor.	1	siehe 4.15.9.2 - 2	A-12.3.2.2	
Standard_perioperative_Antibiotikaphylaxe_liegt_nicht_vor	Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe liegt nicht vor.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.2	
Standard_perioperative_Antibiotikaphylaxe_trifft_nicht_zu	Standortspezifischer Standard zur perioperativen Antibiotikaphylaxe trifft nicht zu.	1	Kein Inhalt	A-12.3.2.2	

4.15.9.2 - 1 Element <Leitlinie_Antibiotikatherapie_liegt_vor>

Elternelemente: 4.15.9.2 Element <Antibiotikaphylaxe_Antibiotikatherapie>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Leitlinie_Resistenzlage_angepasst	Die Leitlinie ist an die aktuelle lokale/hauseigene Resistenzlage angepasst.	1	<i>Auswahlliste</i> (nach Anlage 1 A-12.3.2.2): „ja“, „nein“.	A-12.3.2.2	
Leitlinie_autorisiert	Die Leitlinie wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	1	<i>Auswahlliste</i> (nach Anlage 1 A-12.3.2.2): „ja“, „nein“.	A-12.3.2.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

4.15.9.2 - 2 Element <Standard_perioperative_Antibiotikaphylaxe_liegt_vor>

Elternelemente: 4.15.9.2 Element <Antibiotikaphylaxe_Antibiotikatherapie>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Standard_thematisiert	Der Standard thematisiert insbesondere:	1	siehe 4.15.9.2 - 2.1	A-12.3.2.2	
Standard_autorisiert	Der Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.2): „ja“, „nein“.	A-12.3.2.2	
Ueberpruefung_durch_Checkliste	Die standardisierte Antibiotikaphylaxe wird bei jedem operierten Patienten mittels Checkliste (z.B. anhand der „WHO Surgical Checklist“ oder anhand eigener/adaptierter Checklisten) strukturiert überprüft.	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.2): „ja“, „nein“.	A-12.3.2.2	

4.15.9.2 - 2.1 Element <Standard_thematisiert> - Antibiotikaprophylaxe

Elternelemente: 4.15.9.2 - 2 Element <Standard_perioperative_Antibiotikaprophylaxe_liegt_vor>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Indikationsstellung_Antibiotikaprophylaxe	Indikationsstellung zur Antibiotikaprophylaxe	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.2): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.2	
Zu_Verwendende_Antibiotika	Zu verwendende Antibiotika (unter Berücksichtigung des zu erwartenden Keimspektrums und der lokalen/regionalen Resistenzlage)	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.2): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.2	
Dauer_Antibiotikaprophylaxe	Zeitpunkt/Dauer der Antibiotikaprophylaxe	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.2): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.2	

4.15.9.3 Element <Umgang_Wunden>

Elternelemente: 4.15.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor		1	siehe 4.15.9.3 - 1	A- 12.3.2.3	
Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_nicht_vor		1	Kein Inhalt	A- 12.3.2.3	
Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_trifft_nicht_zu		1	Kein Inhalt	A- 12.3.2.3	

4.15.9.3 - 1 Element <Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor>

Elternelemente: 4.15.9.3 Element <Umgang_Wunden>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Standard_thematisiert	Der Standard thematisiert insbesondere	1	siehe 4.15.9.3 - 1.1	A- 12.3.2.3	
Standard_autorisiert	Der interne Standard wurde durch die Geschäftsführung oder die Arzneimittelkommission oder die Hygienekommission autorisiert.	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.3): „ja“, „nein“.	A- 12.3.2.3	

4.15.9.3 - 1.1 Element <Standard thematisiert> - Wundversorgung Verbandwechsel

Elternelemente: 4.15.9.3 - 1 Element <Standard Wundversorgung Verbandwechsel liegt vor>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Hygienische_Haendedesinfektion	Hygienische Händedesinfektion (vor, ggf. während und nach dem Verbandwechsel)	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.3): „ja“, „nein“, „teilweise“	A-12.3.2.3	
Verbandwechsel_aseptische_Bedingungen	Verbandwechsel unter aseptischen Bedingungen (Anwendung aseptischer Arbeitstechniken (No-Touch-Technik, sterile Einmalhandschuhe)	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.3): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.3	
Antiseptische_Behandlung_infizierte_Wunden	Antiseptische Behandlung von infizierten Wunden	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.3): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.3	
Pruefung_Notwendigkeit_Wundaufgabe	Prüfung der weiteren Notwendigkeit einer sterilen Wundaufgabe	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.3): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.3	

Elternelemente: 4.15.9.3 - 1 Element <Standard_Wundversorgung_Verbandwechsel_liegt_vor>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Meldung_Wundinfektion	Meldung an den Arzt und Dokumentation bei Verdacht auf eine postoperative Wundinfektion	1	<i>Auswahlliste</i> (nach Anlage 1 A-12.3.2.3): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.3	

4.15.9.4 Element <Haendedesinfektion>

Elternelemente: 4.15.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben		1	<i>siehe 4.15.9.4 - 1</i>	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_nicht_erhoben		1	Kein Inhalt	A-12.3.2.4	

4.15.9.4 - 1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben>

Elternelemente: 4.15.9.4 Element <Haendedesinfektion>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	1	Einheit: ml/Patiententag Wertebereich: 0,00 ... 1000,00	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_Gesamtbericht	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Intensivstationen	1	siehe 4.15.9.4 - 1.1	A-12.3.2.4	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	1	Einheit: ml/Patiententag Wertebereich: 0,00 ... 1000,00	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_Gesamtbericht	Händedesinfektionsmittelverbrauch auf allen Allgemeinstationen	1	siehe 4.15.9.4 - 1.1	A-12.3.2.4	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erfassung_Haendedesinfektionsmittelverbrauch_station_sbezogen	Die Erfassung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs erfolgt auch stationsbezogen.	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.4): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.4	

4.15.9.4 - 1.1 *Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Intensivstationen_Gesamtbericht>, Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Allgemeinstationen_Gesamtbericht>*

Elternelemente: 4.15.9.4 - 1 Element <Haendedesinfektionsmittelverbrauch_wurde_erhoben>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Untere_Grenze	Der niedrigste Wert an Händedesinfektionsmittelverbrauch über alle Standorte.	1	Einheit: ml/Patiententag Wertebereich: 0,00 ... 1000,00	A-12.3.2.4	
Haendedesinfektionsmittelverbrauch_Obere_Grenze	Der höchste Wert an Händedesinfektionsmittelverbrauch über alle Standorte.	1	Einheit: ml/Patiententag Wertebereich: 0,00 ... 1000,00	A-12.3.2.4	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in &.

4.15.9.5 Element <Umgang_Patienten_MRE>

Elternelemente: 4.15.9 Element <Weitere_Informationen_Hygiene>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Standardisierte_Information_MRSA	Die standardisierte Information der Patienten mit einer bekannten Besiedlung oder Infektion durch Methicillin-resistente Staphylokokkus aureus (MRSA) erfolgt z.B. durch die Flyer der MRSA-Netzwerke	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.5): „ja“, „nein“.	A-12.3.2.5	
Informationsmanagement_MRSA	Ein standortspezifisches Informationsmanagement bzgl. MRSA-besiedelter Patienten liegt vor (standortspezifisches Informationsmanagement meint, dass strukturierte Vorgaben existieren, wie Informationen zu Besiedlung oder Infektionen mit resistenten Erregern am Standort an deren Mitarbeitern des Standorts zur Vermeidung der Erregerverbreitung kenntlich gemacht werden).	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.5): „ja“, „nein“.	A-12.3.2.5	
Risikoadaptives_Aufnahmescreening	Es erfolgt ein risikoadaptiertes Aufnahmescreening auf der Grundlage der aktuellen RKI-Empfehlungen.	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.5): „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.5	

Elternelemente: 4.15.9 Element <Weitere Informationen Hygiene>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Regelmaessige_Schulungen	Es erfolgen regelmäßige und strukturierte Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit von MRSA / MRE / Noro-Viren besiedelten Patienten.	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2.5) „ja“, „nein“, „teilweise“.	A-12.3.2.5	

4.15.9.6 Element <Hygienebezogenes Risikomanagement>

Elternelemente: 4.15.9 Element <Weitere Informationen Hygiene>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Hygiene_Instrument_Massnahme		1..n	siehe 4.15.9.6 - 1	A-12.3.2.6	

4.15.9.6 - 1 Element <Hygiene_Instrument_Massnahme>

Elternelemente: 4.15.9.6 Element <Hygienebezogenes_Risikomanagement>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
HM_Schluessel		1	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> Aus der Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (A-12.3.2.6) im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. zulässig.	A-12.3.2.6	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Hygiene_Instrument_Massnahme> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Zusatzangaben_HM		0..1	<i>siehe 4.15.9.6 - 1.1</i>	A-12.3.2.6	Zusatzangaben zu den Leistungsangeboten gemäß Auswahlliste (Anhang 2) sind verpflichtend. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.3.2.6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in A

4.15.9.6 - 1.1 Element <Zusatzangaben_HM>

Elternelemente: 4.15.9.6 - 1 Element <Hygiene_Instrument_Massnahme>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
URL_Bericht_zu_Infektionsraten	Link zu öffentlich zugänglicher Berichterstattung zu Infektionsraten. Nur für Element HM01.	1	Format: http/https URL nach RFC 3305	A-12.3.2.6	(!) Das Format wird vom XML-Schema nur rudimentär validiert.
Teilnahme_KISS	Teilnahme am Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS). Nur für Element HM02.	1	siehe 4.15.9.6-1.1.1	A-12.3.2.6	
Name	Teilnahme an anderen regionalen, nationalen oder internationalen Netzwerken zur Prävention von nosokomialen Infektionen. Nur für Element HM03.	1	max. Zeichenanzahl: 300	A-12.3.2.6	
Teilnahme_ASH	Teilnahme an der „Aktion Saubere Hände“ (ASH). Nur für Element HM04.	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2): „Teilnahme (ohne Zertifikat)“, „Zertifikat Bronze“, „Zertifikat Silber“, „Zertifikat Gold“.	A-12.3.2.6	

Elternelemente: 4.15.9.6 - 1 Element <Hygiene_Instrument_Massnahme>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
L Frequenz	Tagungsfrequenz. Nur für Elemente HM05 und HM09.	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-12.3.2): „monatlich“, „quartalsweise“, „halbjährlich“, „jährlich“, „bei Bedarf“.	A-12.3.2.6	

4.15.9.6 - 1.1.1 Element <Teilnahme_KISS>

Elternelemente: 4.15.9.6 - 1.1 Element <Zusatzangaben_HM>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
KISS_Modul		1..n	siehe 4.15.9.6 - 1.1.1.1	A-12.3.2.6	

4.15.9.6 - 1.1.1.1 Element <KISS_Modul>

Elternelemente: 4.15.9.6 - 1.1.1 Element <Teilnahme_KISS>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Name		1	<p><i>Auswahlliste</i> (nach Anlage 1 A-12.3.2):</p> <p>„AMBU-KISS“,</p> <p>„CDAD-KISS“,</p> <p>„HAND-KISS“,</p> <p>„ITS-KISS“,</p> <p>„MRSA-KISS“,</p> <p>„NEO-KISS“,</p> <p>„ONKO-KISS“,</p> <p>„OP-KISS“,</p> <p>„STATIONS-KISS“,</p> <p>„SARI“.</p>	A-12.3.2.6	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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 Patientenfuersprecher 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	

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	
Erläuterungen		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	
Erläuterungen		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	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

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	
Erläuterungen		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	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

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.
Erläuterungen		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 <Patientenfürsprecher>

Elternelemente: 4.15.10. Element <Beschwerdemanagement>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Fürsprecherpersonen	Ein oder mehrere Patientenfürsprecher sind benannt.	1	siehe 4.15.10.7 - 1	A-12.4	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	A-12.4	

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	

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 <Qualitätsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Geraet		1..n	siehe 4.16.1	A-13	

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	Auswahlliste (nach Anlage 1 A-13): „ja“, „nein“, „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	

4.17 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>

Elternelemente: 4. Element <Qualitätsbericht>					
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	

Elternelemente: 4.17 Element <Organisationseinheiten_Fachabteilungen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Fachabteilungsschlüssel		1..n	siehe 4.17.1.1	B-X.1	
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	

4.17.1.1 Element <Fachabteilungsschlüssel>

Elternelemente: 4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
FA_Schlüssel	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 <Fachabteilungsschlüssel>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
FA_Sonstiger_Schlüssel	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	

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	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

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 Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V getroffen wurden.	1	Kein Inhalt	B-X.2	
Keine_Zielvereinbarung_geschlossen	Dieses Element wird eingefügt, wenn keine Zielvereinbarungen nach Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V getroffen wurden.	1	Kein Inhalt	B-X.2	
Getroffene_Zielvereinbarungen	Dieses Element wird eingefügt, wenn leistungsbezogene Zielvereinbarungen getroffen und sich nicht an die Empfehlungen der DKG vom 17. September 2014 nach § 135c SGB V gehalten wurden.	1	siehe 4.17.1.4 - 1	B-X.2	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl 500	B-X.2	

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 - 1 Element <Getroffene_Zielvereinbarungen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Erläuterungen		1	max. Zeichenanzahl 500	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	

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_Schlüssel	Schlüssel-Nr. des medizinischen 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	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.3	(!) Darf bei B-X.8 nicht vorkommen. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

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	

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> angegeben wurde.	1	siehe 4.17.1.7 - 1.1	B-X.6	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.

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	

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 Kraft

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> angegeben 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	

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 Behandlungsmöglichkeiten.	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 Behandlungsmöglichkeit.	1	siehe 4.17.1.9 - 1.1	B-X.8	
Ambulanz_116b	Ambulante Behandlungsmöglichkeit nach § 116b SGB V	1	siehe 4.17.1.9 - 1.2	B-X.8	

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	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> Aus der Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-X.8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 sind alle Schlüssel-Nrn. mit Ausnahme des Schlüssels 116b („AM06“ und „AM17“) 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	Angebote 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 <i>Schlüsselauswahlliste:</i> Auswahlliste „Medizinische Leistungsangebote (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.

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	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> Aus der Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten (B-X.8)“ im Anhang 2 zu Anlage 1 ist nur der Schlüssel 116b („AM06“ und „AM17“) 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	
Erläuterungen		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	

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	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> „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	

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> angegeben 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.

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	

Elternelemente: 4.17.1 Element <Organisationseinheit_Fachabteilung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
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	
Ausgewaehltes_Therapeutisches_Personal_Psycho	Spezielles therapeutisches Personal in Fachabteilungen für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik.	0..1	siehe 4.14.3	B-X.11.3	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

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	

Elternelemente: 4.17.1.11 Element <Personelle_Ausstattung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
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	

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	

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 <Ärztliche_Fachexpertisen>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
AQ_ZF_Schlüssel	Schlüssel-Nr. der Fachexpertise.	1	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> Aus der Auswahlliste „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung (B-X.11.1)“ 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).
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.11.1	

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	<i>siehe 4.17.1.11 - 3.1</i>	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_Schlussel	Schlüssel-Nr. der Fachexpertise.	1	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> Aus der Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung (B-X.11.2)“ 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).
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 300	B-X.11.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in A

4.18 Element <Qualitaetssicherung>

Elternelemente: 4. Element <Qualitaetsbericht>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
QS_nach_Landesrecht		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
Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme	Angabe, ob auf Landesebene über die nach § 136a und 136b SGB V verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen hinausgehende landesspezifische, verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 112 SGB V vereinbart wurden.	1	siehe 4.18.1.1 - 1	C-2	
Keine_Teilnahme_landesspezifische_Qualitaetssicherungsmassnahme		1	Kein Inhalt	C-2	

4.18.1.1 - 1 Element <Teilnahme_Leistungsbereiche>

Elternelemente: 4.18.1 Element <QS_nach_Landesrecht>					
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 - 2	C-2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in K

4.18.1.1 - 2 Element <Leistungsbereich> - QS nach Landesrecht

Elternelemente: 4.18.1.1 - 2 Fehler! Ungültiger Eigenverweis auf Textmarke.					
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.
Teilnahme_externe_Qualitaetssicherung	Zu jedem Leistungsbereich ist vom Krankenhaus anzugeben, ob es an der entsprechenden externen Qualitätssicherung nach Landesrecht teilnimmt oder nicht. Gehört ein Bereich nicht zum Leistungsspektrum des Hauses, so ist „trifft nicht zu“ anzugeben.	1	Auswahlliste (nach Anlage 1 C-2): „ja“, „nein“, „trifft nicht zu“.	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	

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).
Erläuterungen		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	

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..7	siehe 4.18.4.1	C-5	

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 § 136b Abs. 1 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	
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	C-5	

4.18.4.1 - 1 Element <Ausnahmetatbestand>

Elternelemente: 4.18.4.1 Element <Leistungsbereich> - Mindestmengen					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
MM_Schlussel	Schlüssel-Nr. des Ausnahmetatbestands.	1	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> „Umsetzung der Mindestmengenregelungen nach § 136b Abs. 1 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 <Strukturqualitätsvereinbarung>

Elternelemente: 4.18 Element <Qualitätssicherung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Vereinbarung		1..n	<i>siehe 4.18.5.1</i>	C-6	

4.18.5.1 Element <Vereinbarung>

Elternelemente: 4.18.5 Element <Strukturqualitätsvereinbarung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
CQ_Schlussel	Schlüssel-Nr. der Vereinbarung.	1	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> „Umsetzung von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung nach § 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V („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).
Erläuterungen		0..1	max. Zeichenanzahl: 500	C-6	

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 nach „Umsetzung der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Fortbildung im Krankenhaus (FKH-R) nach § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 SGB V“ 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

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 § 136 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 „[1.](#)“

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 des Instituts 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 (Informationstechnische Servicestelle der Gesetzlichen Krankenversicherung GmbH) 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>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.

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, 2016

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>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. Zu jedem bundesweit verpflichtenden Leistungsbereich muss genau eine Fallzahl angegeben werden, auch wenn diese 0 ist. In diesem Fall wird der Kommentar „In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.“ (Soll = 0 und Ist = 0) bzw. „Dokumentationsrate nicht berechenbar „ (Soll = 0 und Ist > 0) eingegeben. Wurden Dokumentationsraten standortübergreifend bestimmt und sollen diese Raten in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, so wird das Element **Dokumentationsrate_Mehrfach** in 7.1.1 Element <Leistungsbereich> angegeben.

Alle für C-1.1.[Y] benötigten Informationen stehen auf Landesebene zur Verfügung. Somit wird 7.1 Element <Dokumentationsrate>**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 des Instituts 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>. Wurden Ergebnisse standortübergreifend bestimmt und sollen diese Ergebnisse in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, so wird das Element **Ergebnis_Mehrfach** in 7.2.2.1 Element <Qualitätsindikator> 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.

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.153
<Dokumentationsrate>	1	siehe S.155
<Leistungsbereich>	n	siehe S.155
┌ Fallzahl	1	
└ Fallzahl_Datenschutz	1	
<Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz/>		
	1	siehe S.158
┌ Dokumentationsrate	1	
└ Dokumentationsrate_Datenschutz	1	
<Dokumentationsrate_Gesamtbericht_mit_Datenschutz/>		
	1	siehe S.159
</Leistungsbereich>		
</Dokumentationsrate>		
<Ergebnis>	0..1	siehe S.159
<Einziges_Auswertungseinheit>	1	siehe S.159
<Qualitaetsindikator>	1..n	siehe S.161
<Abgeschlossener_Strukt_Dialog>	1	siehe S.163
<Vertrauensbereich_Krankenhaus>	0..1	siehe S.165
<Vertrauensbereich_Bundesweit>	1	siehe S.165
┌ <Fallzahl>	0..1	siehe S.165
└ Fallzahl_Datenschutz	0..1	
</Abgeschlossener_Strukt_Dialog>		
<Strukt_Dialog_Nicht_Abgeschlossen/>	1	
</Qualitaetsindikator>		
</Einziges_Auswertungseinheit>		
<Auswertungseinheit>	2..n	siehe S.160
<Qualitaetsindikator>	1..n	siehe S.161
<Abgeschlossener_Strukt_Dialog>	1	siehe S.163
<Vertrauensbereich_Krankenhaus>	0..1	siehe S.165
<Vertrauensbereich_Bundesweit>	1	siehe S.165
┌ <Fallzahl>	0..1	siehe S.165
└ Fallzahl_Datenschutz	0..1	
</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: 2016	-	
IK_Krankenhaus	Institutionskennzeichen Krankenhaus des Qualitätsberichts gemäß 5.1.1 Namenskonvention 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	-	

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.

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

7.1 Element <Dokumentationsrate>

Elternelemente: 7 Element <Externe_Qualitaetssicherung>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Leistungsbereich	Eine Übersicht über alle Bereiche befindet sich in Tabelle 9.1 Liste der Leistungsbereiche für Dokumentationsraten.	n	<i>siehe 7.1.1</i>	C-1.1	Es müssen alle bundesweit verpflichtenden Leistungsbereiche sowie die Zählleistungsbereiche angegeben werden, auch wenn keine Leistungen in diesem Bereich erbracht wurden.

7.1.1 Element <Leistungsbereich>

Elternelemente: 7.1 Element <Dokumentationsrate>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Kuerzel	Kürzel des Leistungsbereichs.	1	<i>Auswahlliste (Siehe Tabelle 9.1 – Leistungsbereiche für Dokumentationsraten – Spalte Kürzel)</i>	C-1.1	Der Wert darf bei der Wiederholung des Elements <Leistungsbereich> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Bezeichnung	Bezeichnung des Leistungsbereiches.	1	Text, max. Zeichenzahl: 500		

Elternelemente: 7.1 Element <Dokumentationsrate>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Zaehlbereich_Von	Gibt an, ob dieser Bereich einem anderen untergeordnet ist.	0..1	<i>Auswahlliste nach Tabelle 9.1 - Liste der Leistungsbereiche für Dokumentationsraten:</i> „HCH“, „HTXM“, „HEP“, „KEP“.		
Fallzahl	Fallzahl der erbrachten dokumentationspflichtigen Leistungen (Soll).	1	Wertebereich: 0 oder 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	In diesem Fall ist ebenfalls das Feld Dokumentationsrate_Datenschutz auszuwählen.
Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element <Fallzahl_Datenschutz> angegeben wurde.	1	<i>siehe 7.1.1.1</i>	C-1.1	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Dokumentationsrate	Dokumentationsrate in Prozent (0 bis >100) (gemäß der Systematik	1	Zahl, 3-stellig mit 1 Nachkommastelle;	C-1.1	Wenn Fallzahl (Soll) = 0 ist das Feld Dokumentationsrate leer zu lassen

Elternelemente: 7.1 Element <Dokumentationsrate>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
	des Verfahrens können in Leistungsbereichen Dokumentationsraten von über 100 % erreicht werden). Das Element ist leer anzugeben, wenn die Fallzahl = 0 ist.		Wertebereich: 0,0..999,9 oder Kein Inhalt		und im Kommentarfeld zu erläutern. Wurde keine Leistung im Leistungsbereich erbracht (Soll=0 und Ist=0), ist der Kommentar „In diesem Leistungsbereich wurde keine dokumentationspflichtige Leistung erbracht.“ einzufügen. Kann die Dokumentationsrate nicht errechnet werden (Soll=0 und Ist>0), ist der Kommentar „Dokumentationsrate nicht berechenbar“ einzufügen. (!) Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Dokumentationsrate_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn die Fallzahl unter den Datenschutz fällt.	1	Kein Inhalt	C-1.1	
Dokumentationsrate_Gesamtbericht_mit_Datenschutz	Dieses Element ist im Gesamtbericht anzugeben, wenn in mindestens einem Einzelbericht das Element <Dokumentationsrate_Datenschutz> angegeben wurde.	1	siehe 7.1.1.2	C-1.1	(!) Nur im Gesamtbericht zulässig. Dies kann vom XML-Schema nicht geprüft werden.
Kommentar_Krankenhaus	Kommentar des Krankenhauses.	0..1	Text, max. Zeichenzahl: 500	C-1.1	Siehe Erläuterungen zu Element Fallzahl.

Elternelemente: 7.1 Element <Dokumentationsrate>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Dokumentationsrate_Mehrfach	Mehrfachverwendung von Dokumentationsraten (falls Dokumentationsraten zu diesem Standort auch in anderen Qualitätsberichten erscheinen – standortübergreifende Dokumentationsraten).	0..1	Kein Inhalt	C-1.1	Falls vorhanden, stehen weitere Informationen unter Kommentar_Krankenhaus.

7.1.1.1 Element <Fallzahl_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>

Elternelemente: 7.1.1 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	

7.1.1.2 Element <Dokumentationsrate_Gesamtbericht_mit_Datenschutz>

Elternelemente: 7.1.1 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	

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	
Qualitätsindikator		1..n	siehe 7.2.2.1	C-1.2	

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft

7.2.2.1 Element <Qualitätsindikator>

Elternelemente: 7.2.1 Element <Einzig_Auswertungseinheit>, 7.2.2 Element <Auswertungseinheit>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Kuerzel_Leistungsbereich	Kürzel des Leistungsbereiches.	1	<i>Auswahlliste:</i> siehe Tabelle A von Anhang 3 zu Anlage 1 Spalte Kürzel	C-1.2	
Bezeichnung_Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereiches aus der Tabelle A aus Anhang 3 zu Anlage 1.	1	Text, max. Zeichenanzahl: 500	C-1.2	
Kuerzel_Qualitätsindikator	Kürzel des Qualitätsindikators.	1	<i>Schlüsselauswahlliste:</i> 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 <Qualitätsindikator> nur genau einmal vorkommen (Eindeutigkeit).
Bezeichnung_Qualitätsindikator	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators aus der Tabelle A von Anhang 3 zu Anlage 1.	1	Text, max. Zeichenanzahl: 500	C-1.2	
Bezug_Infektion	Dieses Element ist einzufügen, falls ein Bezug zu Infektionen besteht.	0..1	Kein Inhalt	C-1.2	
Fachlicher_Hinweis_IQTIG	Hier ist die Angabe „Fachlicher Hinweis des IQTIG“ 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.	0..1	<i>Zeichenkette</i>	C-1.2	

Elternelemente: 7.2.1 Element <Einzig_ Auswertungseinheit> , 7.2.2 Element <Auswertungseinheit>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Abgeschlossener_Strukt_Dialog	Wenn der Strukturierte Dialog abgeschlossen ist, stehen in diesem Element <Ergebnis_Berichtsjahr> und ggf. Vertrauensbereich, Ergebnis sowie Zähler und Nenner.	1	<i>siehe 7.2.2.1 - 1</i>	C-1.2	
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. Zeichenzahl: 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. Zeichenzahl: 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.

7.2.2.1 - 1 Element <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>

Elternelemente: 7.2.2.1 Element <Qualitätsindikator>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Ergebnis_Berichtsjahr	Einstufung der Ergebnisse des Strukturierten Dialogs.	1	<i>Auswahlliste (Schlüssel lt. Anl. 1 der Qb-R)</i>	C-1.2	
Vergleich_vorheriges_Berichtsjahr	Qualitative Bewertung des Qualitätsindikators im Vergleich zum letzten Qualitätsbericht.	1	<u>Auswahlliste:</u> 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	<i>siehe 7.2.2.1 - 1.1</i>	C-1.2	Wenn dem Krankenhaus kein Ergebnis vorliegt, sind die Elemente <Vertrauensbereich_Krankenhaus>, <Ergebnis>, <Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr> und <Fallzahl> nicht anzugeben.
Vertrauensbereich_Bundesweit	Untere und obere Grenze des 95%-Vertrauensbereichs.	1	<i>siehe 7.2.2.1 - 1.1</i>	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	Wenn in den Feldern <Grundgesamtheit> oder <Beobachtete_Ereignisse> aus Datenschutzgründen keine Angabe erfolgen kann, werden die Elemente Er-
Fallzahl	Anzahl der Patienten und Patientinnen, für die der Qualitätsindikator untersucht	0..1	<i>siehe 7.2.2.1 - 1.2</i>	C-1.2	

Elternelemente: 7.2.2.1 Element <Qualitätsindikator>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
	wurde.				gebnis und Vertrauensbereich_Krankenhaus nicht angegeben.
Fallzahl_Datenschutz	Dieses Element ist anzugeben, wenn <Grundgesamtheit> oder <Beobachtete_Ereignisse> 1 bis einschließlich 3 ist.	0..1	Kein Inhalt	C-1.2	
Einheit	Hier ist die Einheit des Qualitätsindikators anzugeben.	1	<i>Zeichenkette</i>	C-1.2	
Entwicklung_Ergebnis_zum_vorherigen_Berichtsjahr	Rechnerisch ermittelte Entwicklung zum vorherigen Berichtsjahr.	0..1	<i>Auswahlliste:</i> „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	<i>Zeichenkette</i>	C-1.2	

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 <Fallzahl>*

Elternelemente: 7.2.2.1 - 1 Element <Abgeschlossener_Strukt_Dialog>					
Elementname	Beschreibung	Häufig.	Inhalt/Format	Nr.	Hinweis
Grundgesamtheit	Anzahl der Patienten und Patientinnen, für die der Qualitätsindikator untersucht wurde.	1	Wertebereich: 0 oder 4..1000000	C-1.2	
Beobachtete_Ereignisse	Anzahl der beobachteten Ereignisse.	1	Wertebereich: 0 oder 4..100000	C-1.2	
Erwartete_Ereignisse	Anzahl der rechnerisch erwarteten Ereignisse für risikoadjustierte O/E-Indikatoren.	1	Wertebereich: 0,00..100000,00 oder Kein Inhalt.	C-1.2	

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>``Dokumentationsrate` und/oder 7.2 Element `<Ergebnis>` oder keines der beiden Elemente 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) 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 `<Einzigige_Auswertungseinheit>` verwendet.
- 3) Sollen die Dokumentationsraten zu einem IK in mehreren Qualitätsberichten erscheinen, ist das Element **Dokumentationsrate_Mehrfach** in 7.1 Element `<Dokumentationsrate>``Leistungsbereich_C1_1` anzugeben (bei allen Standorten dieses IK), und hierauf wird im Element **Kommentar_Krankenhaus** hingewiesen.
- 4) 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.

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 [7.1.1 Element <Leistungsbereich>](#)).

Die Übermittlung an die Annahmestelle erfolgt sowohl für das direkte als auch für das indirekte Verfahren durch die auf Landesebene beauftragte Stelle.

Kürzel	Bezeichnung	LB / ZB	direkt	indirekt
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	LB		x
16/1	Geburtshilfe	LB		x
15/1	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	LB		x
09/1	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Implantation	LB		x
09/2	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Aggregatwechsel	LB		x
09/3	Herzschrittmacherversorgung: Herzschrittmacher-Revision/-Systemwechsel/-Explantation	LB		x
HEP	Hüftendoprothesenversorgung	LB		x
HEP_IMP	Hüftendoprothesenversorgung: Hüftendoprothesen-Erstimplantation einschl. endoprothetische Versorgung Femurfraktur	ZB von LB HEP		x
HEP_WE	Hüftendoprothesenversorgung: Hüft-Endoprothesenwechsel und -komponentenwechsel	ZB von LB HEP		x
17/1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	LB		x
09/5	Implantierbare Defibrillatoren – Aggregatwechsel	LB		x
09/4	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	LB		x
09/6	Implantierbare Defibrillatoren - Revision/Systemwechsel/Explantation	LB		x
10/2	Karotis-Revaskularisation	LB		x
KEP	Knieendoprothesenversorgung	LB		x
KEP_IMP	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesen-Erstimplantation einschl. Knie-Schlittenprothesen	ZB von LB KEP		x

Kürzel	Bezeichnung	LB / ZB	direkt	indirekt
KEP_WE	Knieendoprothesenversorgung : Knieendoprothesenwechsel und –komponentenwechsel	ZB von LB KEP		x
18/1	Mammachirurgie	LB		x
NEO	Neonatalogie	LB		x
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	LB		x
HCH	Herzchirurgie (Koronar- und Aortenklappenchirurgie)	LB ¹	x	
HCH_AORT_KATH_ENDO	Zähleistungsbereich Kathetergestützte endovaskuläre Aortenklappenimplantation	ZB von LB HCH	x	
HCH_AORT_KATH_TRAPI	Zähleistungsbereich Kathetergestützte transapikale Aortenklappenimplantation	ZB von LB HCH	x	
HTXM	Herztransplantation und Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen	LB	x	
HTXM_TX	Herztransplantation	ZB von LB HTXM	x	
HTXM_MKU	Herzunterstützungssysteme/Kunsth Herzen	ZB von LB HTXM	x	
LLS	Leberlebendspende	LB	x	
LTX	Lebertransplantation	LB	x	
LUTX	Lungen- und Herz-Lungentransplantation	LB	x	
NLS	Nierenlebendspende	LB	x	
PNTX	Nieren- und Pankreas- (Nieren-) transplantation	LB ²	x	

¹ Gemeinsamer LB für Aortenklappenchirurgie isoliert, Koronarchirurgie isoliert und kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie.

² Gemeinsamer LB Nierentransplantation sowie Pankreas- und Pankreas-Nierentransplantation.

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.

Anhang 2 zu Anlage 1 Auswahllisten für das Berichtsjahr 2017

Auswahlliste „Medizinisch-pflegerische Leistungsangebote“ (Kapitel A-5)

Nummer	Medizinisch-pflegerisches Leistungsangebot	Kommentar/Erläuterung
MP01	Akupressur	<i>z. B. Akupressurbehandlung bei Kopfschmerzen</i>
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	<i>z. B. Hospizdienst, Palliativzimmer, Trauerbegleitung</i>
MP10	Bewegungsbad/Wassergymnastik	
MP11	Sporttherapie/Bewegungstherapie	<i>z. B. Feldenkrais, Eurhythmie, Tanztherapie</i>
MP57	Biofeedback-Therapie	
MP12	Bobath-Therapie (für Erwachsene und/oder Kinder)	
MP14	Diät- und Ernährungsberatung	<i>z. B. bei Diabetes mellitus</i>
MP69	Eigenblutspende	
MP15	Entlassmanagement/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	<i>z. B. Akupunktmassage, Bindegewebsmassage, Shiatsu</i>
MP26	Medizinische Fußpflege	
MP27	Musiktherapie	
MP28	Naturheilverfahren/Homöopathie/Phytotherapie	
MP29	Osteopathie/Chiropraktik/Manualtherapie	
MP30	Pädagogisches Leistungsangebot	<i>z. B. Unterricht für schulpflichtige Kinder</i>
MP31	Physikalische Therapie/Bädertherapie	<i>z. B. medizinische Bäder, Stangerbäder, Vierzellenbäder, Hydrotherapie, Kneippanwendungen, Ultraschalltherapie, Elektrotherapie</i>
MP32	Physiotherapie/Krankengymnastik als Einzel- und/oder Gruppentherapie	<i>z. B. Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), Krankengymnastik am Gerät/med. Trainingstherapie</i>

MP33	Präventive Leistungsangebote/Präventionskurse	<i>z. B. Nichtraucher/innen-Kurse, Koronarsportgruppe</i>
MP60	Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation (PNF)	
MP34	Psychologisches/psychotherapeutisches Leistungsangebot/Psychosozialdienst	<i>z. B. psychoonkologische Beratung, Gesprächstherapie, Verhaltenstherapie, Suchttherapie, Konzentrierte Bewegungstherapie</i>
MP61	Redressionstherapie	
MP35	Rückenschule/Haltungsschulung/Wirbelsäulengymnastik	
MP36	Säuglingspflegekurse	
MP37	Schmerztherapie/-management	
MP38	Sehschule/Orthoptik	
MP62	Snoezelen	
MP63	Sozialdienst	
MP64	Spezielle Angebote für die Öffentlichkeit	<i>z. B. Besichtigungen und Führungen (Kreißaal, Hospiz etc.), Vorträge, Informationsveranstaltungen</i>
MP39	Spezielle Angebote zur Anleitung und Beratung von Patienten und Patientinnen sowie Angehörigen	<i>z. B. Beratung zur Sturzprophylaxe</i>
MP05	Spezielle Angebote zur Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern	<i>z. B. Babyschwimmen, Babymassage, PEKiP</i>
MP40	Spezielle Entspannungstherapie	<i>z. B. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Meditation, Qi Gong, Yoga, Feldenkrais</i>
MP13	Spezielles Leistungsangebot für Diabetiker und Diabetikerinnen	
MP65	Spezielles Leistungsangebot für Eltern und Familien	<i>z. B. Schreiambulanz, Tragetuchkurs, Babymassagekurs, Elterncafé, Erziehungsberatung</i>
MP66	Spezielles Leistungsangebot für neurologisch erkrankte Personen	<i>z. B. Forced-Use-Therapie, Taub'sche Therapie, Bewegungsinduktionstherapie, Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.), Spiegeltherapie, Schlucktherapie</i>
MP41	Spezielles Leistungsangebot von Entbindungspflegern und/oder Hebammen	<i>z. B. Unterwassergeburten, spezielle Kursangebote</i>
MP42	Spezielles pflegerisches Leistungsangebot	<i>z. B. Pflegevisiten, Pflegeexperten oder Pflegeexpertinnen, Beratung durch Brustschwester</i>
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	<i>z. B. spezielle Versorgung chronischer Wunden wie Dekubitus und Ulcus cruris</i>
MP68	Zusammenarbeit mit stationären Pflegeeinrichtungen/Angebot ambulanter Pflege/Kurzzeitpflege/Tagespflege	
MP52	Zusammenarbeit mit/Kontakt zu Selbsthilfegruppen	

Auswahlliste „Weitere nicht-medizinische Leistungsangebote“ (Kapitel A-6)

Num-mer	Leistungsangebot	Zusatzangaben (verpflichtend)	Kommentar/ Erläuterung
Patientenzimmer			
NM02	Ein-Bett-Zimmer		<i>z. B. Anzahl</i>
NM03	Ein-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		<i>z. B. Anzahl</i>
NM05	Mutter-Kind-Zimmer		<i>z. B. Anzahl</i>
NM10	Zwei-Bett-Zimmer		<i>z. B. Anzahl</i>
NM11	Zwei-Bett-Zimmer mit eigener Nasszelle		<i>z. B. Anzahl</i>
Ausstattung der Patientenzimmer			
NM14	Fernsehgerät am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag	<i>z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben</i>
NM15	Internetanschluss am Bett/im Zimmer	Kosten pro Tag	<i>z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben</i>
NM17	Rundfunkempfang am Bett	Kosten pro Tag	<i>z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben</i>
NM18	Telefon am Bett	Kosten pro Tag/pro Minute ins deutsche Festnetz/bei eintreffenden Anrufen	<i>z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben</i>
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	<i>z. B. Link zur Internetseite mit aktuellen Preisangaben</i>
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		<i>z. B. Alter der Kinder, Öffnungszeiten, Link zur Internetseite mit aktuellen Angaben</i>
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		<i>z. B. Link zur Internetseite</i>
NM60	Zusammenarbeit mit Selbsthilfeorganisationen		
NM66	Berücksichtigung von besonderen Ernährungsgewohnheiten (im Sinne von Kultursensibilität)	Art der besonderen Ernährungsgewohnheit (z. B. vegane Küche)	<i>z. B. jüdische/muslimische Ernährung, vegetarische/vegane Küche</i>
NM42	Seelsorge		
NM67	Andachtsraum		
NM68	Abschiedsraum		

Auswahlliste „Aspekte der Barrierefreiheit“ (Kapitel A-7 und B-[X].4)

Nummer	Aspekt der Barrierefreiheit	Kommentar/Erläuterung
Unterstützung von sehbehinderten oder blinden Menschen		
BF01	Beschriftung von Zimmern in Blindenschrift	<i>z. B. Keine Beschriftung von Behandlungs- und Funktionsräumen in Blindenschrift</i>
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 und Religionsausübung		
BF25	Dolmetscherdienst	<i>z. B. Türkisch</i>
BF26	Behandlungsmöglichkeiten durch fremdsprachiges Personal	<i>z. B. Russisch, Englisch</i>
BF29	Mehrsprachiges Informationsmaterial über das Krankenhaus	<i>z. B. Niederländisch, Polnisch</i>
BF30	Mehrsprachige Internetseite	<i>z. B. Französisch, Dänisch</i>
BF31	Mehrsprachiges Orientierungssystem (Ausschilderung) im Krankenhaus	
BF32	Räumlichkeiten zur Religionsausübung vorhanden	<i>z. B. Raum der Stille</i>

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	

Auswahlliste „Forschung und akademische Lehre“ (Kapitel A-8.1)

Num-mer	Forschung, akademische Lehre und weitere ausgewählte wissenschaftliche Tätigkeiten	Kommentar/Erläuterung
FL01	Dozenten/Lehrbeauftragungen an Hochschulen und Universitäten	
FL02	Dozenten/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“ (Kapitel A-8.2)

Num-mer	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	
HB18	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	

Auswahlliste „Spezielles therapeutisches Personal“ (Kapitel 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)/Heileurhythmielhrer und Heileurhythmielhrerin/Feldenkraislehrer und Feldenkraislehrerin	
SP05	Ergotherapeut und Ergotherapeutin	
SP06	Erzieher und Erzieherin	
SP31	Gymnastik- und Tanzpädagogin/Gymnastik- und Tanzpädagogin	
SP08	Heilerziehungspfleger und Heilerziehungspflegerin	
SP09	Heilpädagogin und Heilpädagogin	
SP39	Heilpraktiker und Heilpraktikerin	
SP30	Hörgeräteakustiker und Hörgeräteakustikerin	
SP54	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin	
SP57	Klinische Neuropsychologin und Klinische Neuropsychologin	
SP13	Kunsttherapeut und Kunsttherapeutin	
SP14	Logopäde und Logopädin/Klinische Linguist und Klinische Linguistin/Sprechwissenschaftler und Sprechwissenschaftlerin/Phonetiker und Phonetikerin	
SP15	Masseur/Medizinischer Bademeister und Masseurin/Medizinische Bademeisterin	<i>z. B. für Babymassage</i>
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/Orthopädienschuhmacher und Orthopädienschuhmacherin	
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-Psychologin und Diplom-Psychologin	
SP24	Psychologischer Psychotherapeut und Psychologische Psychotherapeutin	
SP25	Sozialarbeiter und Sozialarbeiterin	
SP26	Sozialpädagogin 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	
SP60	Personal mit Zusatzqualifikation Basale Stimulation	
SP61	Personal mit Zusatzqualifikation Kinästhetik	
SP58	Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Ausbildung während der praktischen Tätigkeit (gemäß § 8 Absatz 3 Nummer 3 PsychThG)	
SP59	Notfallsanitäterinnen und -sanitäter (Ausbildungsdauer drei Jahre)	

Auswahlliste „Klinisches Risikomanagement – Instrumente und Maßnahmen“ (Kapitel 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) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM05	Schmerzmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM06	Sturzprophylaxe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> 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) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM08	Geregelter Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM09	Geregelter Umgang mit auftretenden Fehlfunktionen von Geräten	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM10	Strukturierte Durchführung von interdisziplinären Fallbesprechungen/-konferenzen	<u>Auswahloptionen</u> (Mehrfachangaben möglich): - Tumorkonferenzen - Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen - Pathologiebesprechungen - Palliativbesprechungen - Qualitätszirkel - Andere: (Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)
RM11	Standards zur sicheren Medikamentenvergabe	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <i>oder</i>

		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) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM15	Präoperative, vollständige Präsentation notwendiger Befunde	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM16	Vorgehensweise zur Vermeidung von Eingriffs- und Patientenverwechslungen	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM17	Standards für Aufwachphase und postoperative Versorgung	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)
RM18	Entlassungsmanagement	Teil der QM/RM-Dokumentation (gemäß RM01) <u>oder</u> Name der Verfahrensbeschreibung/SOP letzte Aktualisierung (Datum)

Auswahlliste „Einsatz eines einrichtungswinteren Fehlermeldesystems“ (Kapitel A-12.2.3.1)

Num- mer	Instrument bzw. Maßnahme	Zusatzangaben
IF01	Dokumentation und Verfahrensanweisungen zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem liegen vor	Letzte Aktualisierung (Datum)
IF02	Interne Auswertungen der eingegangenen Meldungen	<u>Auswahloptionen:</u> - monatlich - quartalsweise - halbjährlich - jährlich - bei Bedarf
IF03	Schulungen der Mitarbeiter zum Umgang mit dem Fehlermeldesystem und zur Umsetzung von Erkenntnissen aus dem Fehlermeldesystem	<u>Auswahloptionen:</u> - monatlich - quartalsweise - halbjährlich - jährlich - bei Bedarf

Auswahlliste „Teilnahme an einrichtungsübergreifenden Fehlermeldesystemen“ (Kapitel A-12.2.3.2)

Nummer	Instrument bzw. Maßnahme	
<i>(Mehrfachauswahl möglich)</i>		
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 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	<i>(Freitext maximal 300 Zeichen inkl. Leerzeichen)</i>

Auswahlliste „Hygienebezogenes Risikomanagement“ (Kapitel A-12.3.2.6)

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	<u>Auswahloptionen/Module:</u> - AMBU-KISS - CDAD-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 maximal 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	

Auswahlliste „Besondere apparative Ausstattung“ (Kapitel A-13)

Nummer	Vorhandene Geräte (X = Zusatzangabe verpflichtend)	Umgangssprachliche Bezeichnung	Zusatzangabe: 24 Stunden-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 feinsten elektrischer Potentiale im Nervensystem, die durch eine Anregung eines der fünf Sinne hervorgerufen wurden		
AA18	Hochfrequenztherapiegerät	Gerät zur Gewebeerstörung 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 Wasserstoffionen		
AA57	Radiofrequenzablation (RFA) und/oder andere Thermoablationsverfahren	Gerät zur Gewebeerstörung mittels Hochtemperaturtechnik		
AA30	Single-Photon-Emissionscomputertomograph (SPECT)	Schnittbildverfahren unter Nutzung eines Strahlenkörperchens		
AA32	Szintigraphiescanner/Gammasonde	Nuklearmedizinisches Verfahren zur Entdeckung bestimmter, zuvor markierter Gewebe, z. B. Lymphknoten		zur Sentinel-Lymph-Node-Detektion
AA33	Uroflow/Blasendruckmessung/Urodynamischer Messplatz	Harnflussmessung		
AA69	Linksherzkatheterlabor (X)	Gerät zur Darstellung der linken Herzkammer und der Herzkranzgefäße	Ja/Nein	
AA70	Behandlungsplatz für mechanische Thrombektomie bei Schlaganfall (X)	Verfahren zur Eröffnung von Hirngefäßen bei Schlaganfällen	Ja/Nein	

Auswahlliste „Medizinische Leistungsangebote“ (Kapitel 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	<i>z. B. auch refraktive Chirurgie</i>
VA11	Diagnostik und Therapie von Sehstörungen und Blindheit	<i>z. B. Sehschule</i>
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	<i>z. B. Bypasschirurgie</i>
VC02	Chirurgie der Komplikationen der koronaren Herzerkrankung: Ventrikelaneurysma, Postinfarkt-VSD, Papillarmuskelabriss, Ventrikelruptur	
VC03	Herzklappenchirurgie	<i>z. B. Klappenkorrektur, Klappenersatz</i>
VC04	Chirurgie der angeborenen Herzfehler	
VC05	Schrittmachereingriffe	
VC06	Defibrillatoreingriffe	
VC07	Herztransplantation	
VC08	Lungenembolektomie	
VC09	Behandlung von Verletzungen am Herzen	
VC10	Eingriffe am Perikard	<i>z. B. bei Panzerherz</i>
	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	<i>z. B. Carotischirurgie</i>
VC18	Konservative Behandlung von arteriellen Gefäßerkrankungen	
VC19	Diagnostik und Therapie von venösen Erkrankungen und Folgeerkrankungen	<i>z. B. Varizenchirurgie (Krampfaderschirurgie), Thrombosen, Ulcus cruris (offenes Bein)</i>
VC20	Nierenchirurgie	
VC21	Endokrine Chirurgie	<i>z. B. Schilddrüsenchirurgie</i>
VC22	Magen-Darm-Chirurgie	<i>z. B. Hernienchirurgie, Koloproktologie</i>
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)	
VC44	Chirurgie der Hirngefäßerkrankungen	<i>z. B. Aneurysma, Angiome, Kavernome</i>
VC45	Chirurgie der degenerativen und traumatischen Schäden der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule	<i>z. B. Vertebroplastie</i>
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	<i>z. B. Trigeminusneuralgie, Tumorschmerzen, chronische Wirbelsäulenschmerzen</i>
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	<i>z. B. auch NOTES (Chirurgie via natürliche Körperöffnungen)</i>
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	<i>z. B. Photodynamische Tumortherapie</i>
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	<i>z. B. Schweiß- und Talgdrüsenenerkrankungen</i>
VD10	Diagnostik und Therapie von sonstigen Krankheiten der Haut und Unterhaut	<i>z. B. auch Kollagenosen, altersbedingte Hautveränderungen</i>
VD11	Spezialsprechstunde	
VD12	Dermatochirurgie	<i>z. B. auch ästhetische Dermatochirurgie</i>
VD13	Ästhetische Dermatologie	
VD14	Andrologie	
VD15	Dermatohistologie	
VD16	Dermatologische Lichttherapie	
VD17	Diagnostik und Therapie von Dermatitis und Ekzemen	<i>z. B. auch Extrakorporale Photopherese</i>
VD18	Diagnostik und Therapie bei Hämangiomen	
VD19	Diagnostik und Therapie von sexuell übertragbaren Krankheiten (Venerologie)	
VD20	Wundheilungsstörungen	
VD00	(„Sonstiges“)	
Nummer	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	
VG05	Endoskopische Operationen	<i>z. B. Laparoskopie, Hysteroskopie</i>
VG06	Gynäkologische Chirurgie	
VG07	Inkontinenzchirurgie	
VG08	Diagnostik und Therapie gynäkologischer Tumoren	<i>z. B. Zervix-, Corpus-, Ovarial-, Vulva-, Vaginalkarzinom</i>
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	<i>z. B. Endometriose</i>
VG15	Spezialsprechstunde	
VG16	Urogynäkologie	
VG17	Reproduktionsmedizin	
VG18	Gynäkologische Endokrinologie	
VG19	Ambulante Entbindung	
VG00	(„Sonstiges“)	
Nummer	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	<i>z. B. Hörverbesserung, implantierbare Hörgeräte</i>
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	<i>z. B. auch Stimmstörungen</i>
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“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Innere Medizin	Kommentar/Erläuterung
VI01	Diagnostik und Therapie von ischämischen Herzkrankheiten	<i>z. B. Herzkatheter, perkutane transluminale koronare Angioplastie (PTCA)</i>
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	<i>z. B. Diabetes, Schilddrüse</i>
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	<i>z. B. Diagnostik und Therapie von Lungenkrebs</i>
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	<i>z. B. auch Kapselendoskopie</i>
VI36	Mukoviszidosezentrum	
VI37	Onkologische Tagesklinik	
VI38	Palliativmedizin	
VI39	Physikalische Therapie	
VI40	Schmerztherapie	
VI41	Shuntzentrum	
VI42	Transfusionsmedizin	
VI43	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	<i>z. B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn</i>
VI44	Geriatrische Tagesklinik	
VI45	Stammzelltransplantation	
VI00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	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	<i>z. B. Multiple Sklerose</i>
VN14	Diagnostik und Therapie von Krankheiten der Nerven, der Nervenwurzeln und des Nervenplexus	<i>z. B. von Hirnnerven</i>
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“)	
Num-mer	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	
VC65	Wirbelsäulenchirurgie	
VC66	Arthroskopische Operationen	
VO21	Traumatologie	
VO00	(„Sonstiges“)	
Num-mer	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-Trakts	
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	<i>z. B. Ulrich-Turner-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Marfan-Syndrom)</i>
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	Neugeborenencreening	<i>z. B. Hypothyreose, Adrenogenitales Syndrom (AGS)</i>
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“)	
Nummer	Versorgungsschwerpunkte im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik	Kommentar/Erläuterung
VP01	Diagnostik und Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	<i>z. B. durch Alkohol oder andere Suchtmittel</i>
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	<i>z. B. Myelographie, Bronchographie, Ösophagographie, Gastrographie, Cholangiographie, Kolonkontrastuntersuchung, Urographie, Arthrographie</i>
	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	
VR24	Magnetresonanztomographie (MRT), Spezialverfahren	
	Andere bildgebende Verfahren	
VR25	Knochen dichtemessung (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	<i>z. B. Intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT)</i>
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	
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	<i>z. B. Rekonstruktion des Gesichts durch Gesichtsepithesen</i>
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“)	

Auswahlliste „Ambulante Behandlungsmöglichkeiten“ Kapitel (B-[X].8)

Nummer	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 Absatz 1 Ärzte-ZV (besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von Krankenhausärzten und Krankenhausärztinnen)
AM05	Ermächtigung zur ambulanten Behandlung nach § 116a SGB V bzw. § 31 Absatz 1a Ärzte-ZV (Unterversorgung)
AM06	Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V
AM17	Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V
AM07	Privatambulanz
AM08	Notfallambulanz (24 Stunden)
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 § 140a Absatz 1 SGB V
AM13	Ambulanz nach § 311 SGB V (DDR-Altverträge)
AM14	Ambulanz im Rahmen von DMP
AM15	Belegarztpraxis am Krankenhaus
AM16	Heilmittelambulanz nach § 124 Absatz 3 SGB V (Abgabe von Physikalischer Therapie, Podologischer Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und Ergotherapie)
AM18	Medizinisches Zentrum für Erwachsene mit geistiger Behinderung und schweren Mehrfachbehinderungen nach § 119c SGB V

Auswahlliste „Leistungen im Katalog nach § 116b SGB V“ (Kapitel B-[X].8)

Nummer	Nummer der Anlage zur Richtlinie über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b SGB V in der Fassung vom 15. Dezember 2011	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 (mit Ablauf 23. April 2017 keine Anwendung mehr in ABK-RL)	
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 (Tumorgruppe 1: gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle mit Ablauf 25. Juli 2017 keine Anwendung mehr in der Richtlinie zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus)	
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 rheumatologischer Erkrankungen (Teil Erwachsene/Teil Kinder und Jugendliche)	
LK18	Anlage 3 Nr. 4	Spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA-Stadium 3 bis 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	
Nummer	Nr. der Anlage zur Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V in der Fassung vom 17. Dezember 2015	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	
LK 31	Anlage 2 k	Marfan-Syndrom	
LK32	Anlage 2 l	pulmonale Hypertonie	
LK33	Anlage 1.1 a	onkologische Erkrankungen - Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren	
LK34	Anlage 2 b	Mukoviszidose	

Auswahlliste „Ärztliche Fachexpertise der Abteilung“ (Kapitel 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 Angiologie	
AQ25	Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie	
AQ26	Innere Medizin und Gastroenterologie	
AQ27	Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie	
AQ28	Innere Medizin und Kardiologie	
AQ29	Innere Medizin und Nephrologie	
AQ30	Innere Medizin und Pneumologie	
AQ31	Innere Medizin und 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, SR Neonatologie	
AQ36	Kinder- und Jugendmedizin, SR 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	
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	
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	Geriatric	
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	
------	---------------	--

Auswahlliste „Pflegerische Fachexpertise der Abteilung“ (Kapitel 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	Pflege in der Nephrologie	
PQ07	Pflege in der Onkologie	
PQ08	Operationsdienst	
PQ09	Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege	
PQ10	Pflege in der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	
PQ12	Notfallpflege	
PQ13	Hygienefachkraft	
PQ14	Hygienebeauftragte in der Pflege	
PQ15	Familien Gesundheits- und Kinderkrankenpflege	
PQ16	Familienhebamme	
PQ17	Rehabilitation	
PQ18	Pflege in der Endoskopie	
PQ19	Gemeindekrankenpflege	
PQ20	Praxisanleitung	
PQ21	Casemanagement	z. B Weiterbildung nach DGCC
PQ22	Intermediate Care Pflege	
Nummer	Zusatzqualifikation	Kommentar/Erläuterung
ZP01	Basale Stimulation	
ZP02	Bobath	
ZP03	Diabetesberatung (DDG)	z. B. Diabetesberatung
ZP04	Endoskopie/Funktionsdiagnostik	
ZP05	Entlassungsmanagement	z. B. Überleitungspflege
ZP06	Ernährungsmanagement	
ZP07	Geriatric	z. B. Zercur
ZP08	Kinästhetik	
ZP09	Kontinenzmanagement	
ZP13	Qualitätsmanagement	
ZP14	Schmerzmanagement	z. B. Algesiologische Fachassistenz; Algesiologische Fachassistenz Pädiatrie; Pflegeexperte Schmerzmanagement, Pain Nurse
ZP22	Atmungstherapie	
ZP23	Breast Care Nurse	
ZP24	Deeskalationstraining	z. B. Deeskalationstrainer in der Psychiatrie
ZP25	Gerontopsychiatrie	
ZP26	Epilepsieberatung	
ZP27	OP-Koordination	
ZP28	Still- und Laktationsberatung	z. B Still- und Laktationsberater (IBCLC)
ZP29	Stroke Unit Care	

ZP30	Pflegeexperte Herzinsuffizienz (DGGP)	
ZP31	Pflegeexperte Neurologie	z. B. Parkinson Nurse
ZP15	Stomamanagement	
ZP16	Wundmanagement	z. B. Wundmanagement nach ICW/DGfW
ZP18	Dekubitusmanagement	
ZP19	Sturzmanagement	
ZP20	Palliative Care	
ZP32	Gefäßassistent und Gefäßassistentin DGG®	

Auswahlliste „Externe Qualitätssicherung nach Landesrecht“ (Kapitel C-2)

Bundesland	Leistungsbereich	Zusatzangaben
Baden-Württemberg	Schlaganfall: Akutbehandlung	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	MRE	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Bayern	Schlaganfall	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Hamburg	Anästhesiologie	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA)	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall	<u>Auswahloptionen:</u> 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	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	MRE (Verpflichtend ab dem 1. Juli 2016)	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: Akutbehandlung	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
	Schlaganfall: neurologische Frührehabilitation	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum
Rheinland-Pfalz	Schlaganfall	<u>Auswahloptionen:</u> Ja = Krankenhaus nimmt teil Nein = Krankenhaus nimmt nicht teil Trifft nicht zu = nicht im Leistungsspektrum

Auswahlliste „Umsetzung der Mindestmengenregelungen – Ausnahmetatbestände“ (Kapitel 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 § 136 Absatz 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V“ (Kapitel 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 Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 1	
CQ06	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinatalzentrum LEVEL 2	
CQ07	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen – Perinataler Schwerpunkt	
CQ08	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der herzchirurgischen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen gemäß § 137 Absatz 1 Nummer 2 SGB V (alte Fassung)	
CQ09	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei kollagengedeckter und periosgedeckter 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	
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 bis III	
CQ21	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Protonentherapie bei Patientinnen und Patienten mit Ösophaguskarzinom	
CQ22	Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei interstitieller Low-Dose-Rate-Brachytherapie zur Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms	
CQ23	Maßnahmen zur Qualitätssicherung der allogenen Stammzelltransplantation mit In-vitro-Aufbereitung des Transplantats bei akuter lymphatischer Leukämie und akuter myeloischer Leukämie bei Erwachsenen	

Anhang 3 zu Anlage 1 Qualitätsindikatoren aus den Verfahren gemäß QSKH-RL für das Berichtsjahr 2016

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 D:

Übersicht über die Leistungsbereiche im Richtlinienkontext

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.

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	54140	Leitlinienkonforme Systemwahl	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem
09n1-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	54143	Systeme 3. Wahl	Beachten der Leitlinien bei der Entscheidung für ein geeignetes Herzschrittmachersystem, das nur in individuellen Einzelfällen gewählt werden sollte
09n1-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52128	Eingriffsdauer	Dauer der Operation
09n1-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	52305	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden
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	52311	Sondendislokation oder -dysfunktion	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde
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
09n2-HSM- AGGW	Herzschrittmacher- Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	210	Eingriffsdauer bis 45 Minuten	Dauer der Operation 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	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
09n2-HSM- AGGW	Herzschrittmacher- Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	1096	Chirurgische Komplikationen	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
09n2-HSM- AGGW	Herzschrittmacher- Aggregatwechsel	Wechsel des Herzschrittmachers (ohne Eingriff an den Sonden)	51398	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
09n3-HSM- REV	Herzschrittmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	1089	Chirurgische Komplikationen	Komplikationen während oder aufgrund der Operation
09n3-HSM- REV	Herzschrittmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	52315	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden
09n3-HSM- REV	Herzschrittmacher- Revision/ -Systemwechsel/ -Explantation	Reparatur, Wechsel oder Entfernen eines Herzschrittmachers	51404	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
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

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	52316	Qualitätsindex zu akzeptablen Reizschwellen und Signalamplituden bei intraoperativen Messungen	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Kontrolle und zur Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden
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
09n4-DEFI- IMPL	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	52325	Sondendislokation oder -dysfunktion	Lageveränderung oder Funktionsstörung der Sonde
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)	52321	Qualitätsindex zur Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden	Zusammengefasste Bewertung der Qualität zur Durchführung der Kontrolle und der Messung eines ausreichenden Signalausgangs der Sonden
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

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
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	52328	Hardwareproblem (Aggregat oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff	Technische Probleme mit dem Herzschrittmacher als angebrachter Grund für eine erneute Operation
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	Ein Problem, das im Zusammenhang mit dem Eingriff steht, als angebrachter Grund für eine erneute Operation
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	Infektion als angebrachter Grund für eine erneute Operation
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	52324	Dislokation oder Dysfunktion revidierter bzw. neu implantierter Sonden	Lageveränderung oder Funktionsstörung von angepassten oder neu eingesetzten Sonden
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

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	603	Indikation bei asymptomatischer Karotisstenose - offen-chirurgisch	Angebrachter Grund für eine 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	Angebrachter Grund für eine Operation bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
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	Schlaganfall oder Tod nach Operation bei einer um 60 % verengten Halsschlagader und Beschwerdefreiheit und gleichzeitiger Operation zur Überbrückung eines verengten Gefäßes
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
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	Angebrachter Grund für den Eingriff (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	Angebrachter Grund für den Eingriff (mittels Katheter) bei einer um 50 % verengten Halsschlagader und Beschwerden
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	Schlaganfall oder Tod während des Eingriffs (mittels Katheter) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Anhang 3 zu Anlage 1: Qualitätsindikatoren aus den Verfahren gemäß QSKH-RL für das Berichtsjahr 2016

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	51865	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an schweren Schlaganfällen oder Todesfällen - kathetergestützt	Schwerer Schlaganfall oder Tod nach dem Eingriff (mittels Katheter) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Organverletzungen bei laparoskopischer Operation	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	51418	Organverletzungen bei laparoskopischer Operation bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation	Verletzung der umliegenden Organe während einer gynäkologischen Operation mittels Schlüssellochchirurgie bei Patientinnen ohne bösartigen Tumor, gutartige Wucherung der Gebärmutter-schleimhaut oder Voroperation im umliegenden Operationsgebiet
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebeentfernung	Fehlende Gewebeuntersuchung nach Operation an den Eierstöcken
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur 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 Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	51907	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund nach Gewebeuntersuchung
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	52535	Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre	Entfernung der Eierstöcke oder der Eileiter ohne krankhaften Befund nach Gewebeuntersuchung bei Patientinnen bis zu einem Alter von 45 Jahren
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	612	Organerhaltung bei Ovareingriffen	Keine Entfernung des Eierstocks bei jüngeren Patientinnen mit gutartigem Befund nach Gewebeuntersuchung

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
15n1-GYN- OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	Blasenkatheter länger als 24 Stunden
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 Antibiotikaphylaxe bei Kaiserschnittentbindung	Vorbeugende Gabe von Antibiotika bei Kaiserschnittgeburten
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	52249	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kaiserschnittgeburten	Kaiserschnittgeburten – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
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	321	Azidose bei reifen Einlingen mit Nabelarterien-pH- Bestimmung	Übersäuerung des Blutes bei Neugeborenen (Einlingen)
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 (Einlingen) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	51831	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Azidosen bei frühgeborenen Einlingen mit Nabelarterien-pH-Bestimmung	Übersäuerung des Blutes bei Frühgeborenen (Einlingen) – 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	51803	Qualitätsindex zum kritischen Outcome bei Reifgeborenen	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung Neugeborener in kritischem Zustand

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
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
17n1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	54030	Präoperative Verweildauer bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
17n1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	54031	Perioperative Antibiotikaphylaxe	Vorbeugende Gabe von Antibiotika
17n1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	54033	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	54036	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Implantatfehlagen, -dislokationen oder Frakturen	Lageveränderung der Metallteile, Verschiebung der Knochenteile oder erneuter Bruch des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	54038	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an postoperativen Wundinfektionen	Infektion der Operationswunde – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	54040	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Wundhämatomen / Nachblutungen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	Nachblutungen oder Blutansammlungen im Operationsgebiet nach der hüftgelenkerhaltenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Dies

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
17n1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	54042	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an allgemeinen Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	Allgemeine Komplikationen während oder aufgrund der hüftgelenkerhaltenden Operation infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
17n1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	54046	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen während des akut- stationären Aufenthaltes	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54001	Indikation zur elektiven Hüftendoprothesen- Erstimplantation	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54002	Indikation zum Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54003	Präoperative Verweildauer bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	Wartezeit im Krankenhaus vor der hüftgelenkersetzenden Operation, die infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54004	Sturzprophylaxe	Vorbeugende Maßnahmen, um einen Sturz des Patienten nach der Operation zu vermeiden
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54005	Perioperative Antibiotikaprophylaxe	Vorbeugende Gabe von Antibiotika
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54015	Allgemeine Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur	Allgemeine Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54016	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	Allgemeine Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54017	Allgemeine Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel	Allgemeine Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54018	Spezifische Komplikationen bei endoprothetischer Versorgung einer hüftgelenknahen Femurfraktur	Spezifische Komplikationen im Zusammenhang mit dem Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks, das infolge eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens stattfindet
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54019	Spezifische Komplikationen bei elektiver Hüftendoprothesen-Erstimplantation	Spezifische Komplikationen, die mit dem geplanten, erstmaligen Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks in Zusammenhang stehen
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54120	Spezifische Komplikationen bei Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel	Spezifische Komplikationen, die im Zusammenhang mit dem Wechsel des künstlichen Hüftgelenks oder einzelner Teile auftreten
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54010	Beweglichkeit bei Entlassung	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54012	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	Patienten, die bei der Entlassung keine 50 Meter laufen können – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	54013	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit	Todesfälle während des Krankenhausaufenthaltes bei Patienten mit geringer Wahrscheinlichkeit zu sterben
KEP	Knieendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	54020	Indikation zur elektiven Knieendoprothesen- Erstimplantation	Angebrachter Grund für das geplante, erstmalige Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
KEP	Knieendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	54021	Indikation zur Schlittenprothese	Angebrachter Grund für einen künstlichen Teilersatz des Kniegelenks
KEP	Knieendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	54022	Indikation zum Knieendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel	Angebrachter Grund für den Wechsel des künstlichen Kniegelenks oder einzelner Teile
KEP	Knieendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	54023	Perioperative Antibiotikaphylaxe	Vorbeugende Gabe von Antibiotika
KEP	Knieendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	54026	Beweglichkeit bei Entlassung	Beweglichkeit des Gelenks nach einem geplanten Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks zum Zeitpunkt der Entlassung aus dem Krankenhaus
KEP	Knieendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	54028	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit Gehunfähigkeit bei Entlassung	Patienten, die bei Entlassung keine 50 Meter laufen können – 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	52268	HER2-Positivitätsrate	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2- Befund
18n1- MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52273	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an HER2-positiven Befunden	Rate an Patientinnen mit einem positiven HER2- Befund – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
18n1- MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	52330	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatonografie bei mammografischer Drahtmarkierung	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Röntgenstrahlen kontrolliert)

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	52279	Intraoperative Präparatradiografie oder intraoperative Präparatsonografie bei sonografischer Drahtmarkierung	Röntgen- oder Ultraschalluntersuchung der Gewebeprobe während der Operation bei Patientinnen mit markiertem Operationsgebiet (Drahtmarkierung mithilfe von Ultraschall kontrolliert)
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
18n1- MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	51847	Indikation zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	Angebrachter Grund für eine Entfernung der Wächterlymphknoten
18n1- MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	51370	Zeitlicher Abstand von unter 7 Tagen zwischen Diagnose und Operation	Zeitlicher Abstand zwischen der Diagnosestellung und der erforderlichen Operation beträgt unter 7 Tage
DEK	Pflege: Dekubitusprophylaxe	Vorbeugung eines Druckgeschwürs	52009	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus (ohne Dekubitalulcera Grad/Kategorie 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 Patienten mit mindestens einem stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad/Kategorie 4	Anzahl der Patienten, die während des Krankenhausaufenthalts mindestens ein Druckgeschwür 4. Grades/der Kategorie 4 erwarben
HCH-AORT- CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	2263	Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation	Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss (ohne Notfalloperation)
HCH-AORT- CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	2280	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach der Operation bei Patienten mit keinem oder mittlerem Risiko

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
HCH-AORT- CHIR	Aortenklappenchirurgie, isoliert (Konventionell chirurgisch)	Ersatz der Aorten-Herzklappe (offen-chirurgisch)	2282	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	Neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss
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	Angebrachter Grund für Ersatz der Aorten- Herzklappe (mittels Herzkatheter) unter Berücksichtigung bestimmter Kriterien
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

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)	12001	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	Neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss
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)

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)	2256	Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation	Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss (ohne Notfalloperation)
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen- chirurgisch)	2257	Postoperative Mediastinitis bei Risikoklasse 0 oder 1 (nach NNIS)	Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach der Operation bei Patienten mit keinem oder geringem Risiko
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen- chirurgisch)	2259	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	Neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss
HCH-KCH	Koronarchirurgie, isoliert	Operation an den Herzkranzgefäßen (offen- chirurgisch)	348	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
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)	351	Sterblichkeit nach 30 Tagen	Sterblichkeit 30 Tage nach Operation
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-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	2283	Postoperative Mediastinitis nach elektiver/dringlicher Operation	Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss (ohne Notfalloperation)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
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)	Entzündung im Brustkorbraum zwischen den beiden Lungenflügeln nach der Operation bei Patienten mit keinem oder geringem Risiko
HCH-KOMB	Kombinierte Koronar- und Aortenklappenchirurgie	Kombinierte Operation an den Herzkranzgefäßen und der Aorten-Herzklappe	2286	Neurologische Komplikationen bei elektiver/dringlicher Operation	Neurologische Komplikationen (z. B. Schlaganfall) während oder aufgrund einer geplanten Operation oder einer Operation, die dringlich durchgeführt werden muss
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
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen	52382	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines LVAD	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthaltes nach Einsetzen eines Systems, das das Herz unterstützt
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen	52383	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines BiVAD	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts nach Einsetzen eines Herzunterstützungssystems für beide Herzkammern

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen	52384	Sterblichkeit im Krankenhaus bei Implantation eines TAH	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts nach Einsetzen eines sogenannten totalen Kunstherzens, das das Herz vollständig ersetzt
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen	52385	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines LVAD	Hirnfarkt oder Gehirnblutung nach Einsetzen eines Systems, das die Herzfunktion unterstützt
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen	52386	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines BiVAD	Hirnfarkt oder Gehirnblutung nach Einsetzen eines Herzunterstützungssystems für beide Herzkammern
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen	52387	Neurologische Komplikationen bei Implantation eines TAH	Hirnfarkt oder Gehirnblutung nach Einsetzen eines sogenannten totalen Kunstherzens, das das Herz vollständig ersetzt
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen	52388	Sepsis bei Implantation eines LVAD	Blutvergiftung nach einer Operation zum Einsetzen eines Systems, das die Herzfunktion unterstützt
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen	52389	Sepsis bei Implantation eines BiVAD	Blutvergiftung nach Einsetzen eines Herzunterstützungssystems für beide Herzkammern
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen	52390	Sepsis bei Implantation eines TAH	Blutvergiftung nach Einsetzen eines sogenannten totalen Kunstherzens, das das Herz vollständig ersetzt
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen	52391	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines LVAD	Fehlerhafte Funktion nach Einsetzen eines Systems, das die Herzfunktion unterstützt

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen	52392	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines BiVAD	fehlerhafte Funktion nach Einsetzen eines Herzunterstützungssystems für beide Herzkammern
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunstherzen	Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen	52393	Fehlfunktion des Systems bei Implantation eines TAH	fehlerhafte Funktion nach Einsetzen eines sogenannten totalen Kunstherzens, das das Herz vollständig ersetzt
HTXM-TX	Herztransplantation	Herztransplantation	2157	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
HTXM-TX	Herztransplantation	Herztransplantation	12542	30-Tages-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 30 Tagen (bei vorliegenden Informationen)
HTXM-TX	Herztransplantation	Herztransplantation	12253	1-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 1 Jahr (bei vorliegenden Informationen)
HTXM-TX	Herztransplantation	Herztransplantation	51629	1-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 1 Jahr (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
HTXM-TX	Herztransplantation	Herztransplantation	12269	2-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 2 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
HTXM-TX	Herztransplantation	Herztransplantation	51631	2-Jahres-Überleben (Worst-Case-Analyse)	Überleben nach 2 Jahren (ist nicht bekannt, ob der Empfänger lebt, wird sein Tod angenommen)
HTXM-TX	Herztransplantation	Herztransplantation	12289	3-Jahres-Überleben (bei bekanntem Status)	Überleben nach 3 Jahren (bei vorliegenden Informationen)
HTXM-TX	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	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	2125	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	2127	Lebertransplantation beim Spender erforderlich	Lebertransplantation beim Spender erforderlich
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	2128	Eingriffsspezifische oder allgemeine behandlungsbedürftige Komplikationen	Komplikationen nach der Operation
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	12296	Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	Sterblichkeit des Spenders 1 Jahr nach Leberspende
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	51603	Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende	Sterblichkeit des Spenders 1 Jahr nach Leberspende (ist nicht bekannt, ob der Spender lebt, wird sein Tod angenommen)
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	12549	Lebertransplantation beim Spender innerhalb des 1. Jahres nach Leberlebenspende erforderlich	Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 1 Jahr nach Leberspende erforderlich
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	12609	Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (1 Jahr nach Leberlebenspende)	Eingeschränkte Leberfunktion beim Spender 1 Jahr nach Leberspende
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	12308	Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	Sterblichkeit des Spenders 2 Jahre nach Leberspende
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	51604	Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende	Sterblichkeit des Spenders 2 Jahre nach Leberspende (ist nicht bekannt, ob der Spender lebt, wird sein Tod angenommen)
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	12561	Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 2 Jahren nach Leberspende erforderlich
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	12613	Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (2 Jahre nach Leberlebenspende)	Eingeschränkte Leberfunktion beim Spender 2 Jahre nach Leberspende

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	12324	Tod des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	Sterblichkeit des Spenders 3 Jahre nach Leberspende
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	51605	Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende	Sterblichkeit des Spenders 3 Jahre nach Leberspende (ist nicht bekannt, ob der Spender lebt, wird sein Tod angenommen)
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	12577	Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberlebenspende erforderlich	Lebertransplantation beim Spender innerhalb von 3 Jahren nach Leberspende erforderlich
LLS	Leberlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Lebenspende eines Teils der Leber)	12617	Beeinträchtigte Leberfunktion des Spenders (3 Jahre nach Leberlebenspende)	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)

Anhang 3 zu Anlage 1: Qualitätsindikatoren aus den Verfahren gemäß QSKH-RL für das Berichtsjahr 2016

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
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)
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 Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	50048	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Todesfällen bei Risiko-Lebendgeburten (ohne zuverlegte Kinder)	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts bei Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen und lebend geboren wurden (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	51832	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Sterblichkeit bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	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 Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	51076	Intra- und periventriculäre Hirnblutung (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	schwerwiegende Hirnblutungen bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	50050	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hirnblutungen (IVH Grad 3 oder PVH) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	schwerwiegende 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 Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	51838	Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) mit Operation bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Operation aufgrund einer Schädigung des Darms bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	51843	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an nekrotisierenden Enterokolitiden (NEK) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	Operation aufgrund einer 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 Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	51079	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder)
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	50053	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an bronchopulmonalen Dysplasien (BPD) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)	schwerwiegende Schädigung der Lunge bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt

Die

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	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 Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	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 Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	51901	Qualitätsindex der Frühgeborenenversorgung	Zusammengefasste Bewertung der Qualität der Versorgung von Frühgeborenen
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	50060	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Kindern mit nosokomialen Infektionen (ohne zuverlegte Kinder)	Kinder mit im Krankenhaus erworbenen Infektionen (ohne aus einem anderen Krankenhaus zuverlegte Kinder) – unter Berücksichtigung der Schwere aller Krankheitsfälle im Vergleich zum Bundesdurchschnitt
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	50062	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Pneumothoraces bei Kindern unter oder nach Beatmung (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 Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	50063	Durchführung eines Hörtests	Durchführung eines Hörtests
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	50064	Aufnahmetemperatur unter 36,0 Grad	Körpertemperatur unter 36,0 Grad bei Aufnahme ins Krankenhaus

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	51845	Aufnahmetemperatur nicht angegeben	Körpertemperatur bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht angegeben
NLS	Nierenlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebenspende)	2137	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
NLS	Nierenlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebenspende)	2138	Dialyse beim Lebendspender erforderlich	Dialyse beim Spender erforderlich
NLS	Nierenlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebenspende)	51567	Intra- oder postoperative Komplikationen	Komplikationen während oder nach der Operation
NLS	Nierenlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebenspende)	12440	Tod des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	Sterblichkeit des Spenders 1 Jahr nach Nierenspende
NLS	Nierenlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebenspende)	51568	Tod oder unbekannter Überlebensstatus des Spenders innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	Sterblichkeit des Spenders 1 Jahr nach Nierenspende (ist nicht bekannt, ob der Spender lebt, wird sein Tod angenommen)
NLS	Nierenlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebenspende)	12636	Eingeschränkte Nierenfunktion des Spenders (1 Jahr nach Nierenlebenspende)	Eingeschränkte Nierenfunktion beim Spender 1 Jahr nach Nierenspende (bei vorliegenden Informationen)
NLS	Nierenlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebenspende)	51997	Albuminurie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	Auftreten von Eiweiß (Albumin) im Urin 1 Jahr nach Nierenspende
NLS	Nierenlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebenspende)	12667	Neu aufgetretene arterielle Hypertonie innerhalb des 1. Jahres nach Nierenlebenspende	Neu aufgetretener Bluthochdruck innerhalb des 1. Jahres nach Nierenspende
NLS	Nierenlebenspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebenspende)	12452	Tod des Spenders innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebenspende	Sterblichkeit des Spenders 2 Jahre nach Nierenspende

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)	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)	51998	Albuminurie innerhalb von 2 Jahren nach Nierenlebendspende	Auftreten von Eiweiß (Albumin) im Urin 2 Jahre nach Nierenspende
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)
NLS	Nierenlebendspende	Gesundheitsrisiko für den Spender (bei Nierenlebendspende)	51999	Albuminurie innerhalb von 3 Jahren nach Nierenlebendspende	Auftreten von Eiweiß (Albumin) im Urin 3 Jahre nach Nierenspende
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	2171	Sterblichkeit im Krankenhaus	Sterblichkeit während des Krankenhausaufenthalts
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	2184	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach postmortaler Organspende bis zur Entlassung	Sofortige Funktionsaufnahme der transplantierten Niere (eines verstorbenen Spenders) beim Empfänger
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	2185	Sofortige Funktionsaufnahme des Transplantats nach Lebendorganspende bis zur Entlassung	Sofortige Funktionsaufnahme der transplantierten Niere (eines lebenden Spenders) beim Empfänger
NTX	Nierentransplantation	Nierentransplantation	2188	Qualität der Transplantatfunktion bei Entlassung nach postmortaler Organspende	Ausreichende Funktion der transplantierten Niere (eines verstorbenen Spenders) bei Entlassung

Leistungsbereich			Qualitätsindikator		
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Allgemeinverständliche Bezeichnung des Qualitätsindikators
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)

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	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-Index = 0)	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit geringem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben
PNEU	Ambulant erworbene Pneumonie	Außerhalb des Krankenhauses erworbene Lungenentzündung	2013	Frühmobilisation innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme bei Risikoklasse 2 (CRB-65-Index = 1 oder 2)	Frühes Mobilisieren innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme von Patienten mit mittlerem Risiko, an der Lungenentzündung zu versterben
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	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	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

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)

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

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	54139	Leitlinienkonforme Indikation bei bradykarden Herzrhythmusstörungen
09n1-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	10117	Dosis-Flächen-Produkt
09n1-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	2190	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Laufzeit des alten Herzschrittmacher-Aggregats unter 4 Jahren bei Ein- und Zweikammersystemen
09n1-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	2191	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Hardwareproblem (Aggregat und/oder Sonde) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb von 8 Jahren
09n1-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	2194	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an prozedurassoziierten Problemen (Sonden- bzw. Taschenproblemen) als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
09n1-HSM- IMPL	Herzschrittmacher- Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Herzschrittmachers	2195	Herzschrittmacher-Implantationen ohne Infektion oder Aggregatperforation als Indikation zum Folgeeingriff innerhalb eines Jahres
09n4-DEFI- IMPL	Implantierbare Defibrillatoren – Implantation	Erstmaliges Einsetzen eines Schockgebers (sog. Defibrillator) zur Behandlung von Herzrhythmusstörungen	10179	Dosis-Flächen-Produkt
15n1-GYN-OP	Gynäkologische Operationen (ohne Hysterektomien)	Gynäkologische Operationen (ohne Operationen zur Entfernung der Gebärmutter)	60676	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an beidseitigen Ovariektomien bei Ovar- oder Adnexeingriffen mit benigner Histologie
16n1-GEBH	Geburtshilfe	Geburtshilfe	331	Müttersterblichkeit im Rahmen der Perinatalerhebung
17n1	Hüftgelenknahe Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung	Hüftgelenkerhaltende Versorgung eines Bruchs im oberen Teil des Oberschenkelknochens	54029	Spezifische Komplikationen bei osteosynthetischer Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators
HEP	Hüftendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Hüftgelenks oder dessen Teile	10271	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O / E) an Hüftendoprothesen-Wechsel bzw. - Komponentenwechsel im Verlauf
KEP	Knieendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	54123	Allgemeine Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
KEP	Knieendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	50481	Allgemeine Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
KEP	Knieendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	54124	Spezifische Komplikationen bei elektiver Knieendoprothesen-Erstimplantation
KEP	Knieendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	54125	Spezifische Komplikationen bei Knieendoprothesen-Wechsel bzw. -Komponentenwechsel
KEP	Knieendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	54127	Todesfälle während des akut-stationären Aufenthaltes bei geringer Sterbewahrscheinlichkeit
KEP	Knieendoprothesen- versorgung	Operativer Einsatz oder Wechsel eines künstlichen Kniegelenks oder dessen Teile	54128	Knieendoprothesen-Erstimplantation ohne Wechsel bzw. Komponentenwechsel im Verlauf
18n1-MAMMA	Mammachirurgie	Operation an der Brust	60659	Nachresektionsrate
HTXM-MKU	Herzunterstützungs- systeme/Kunsth Herzen	Einsetzen von künstlichen Systemen, die die Herzfunktion unterstützen, oder von künstlichen Herzen	52381	Indikation zur Implantation eines Herzunterstützungssystems/Kunsthertzens
NEO	Neonatalogie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	51077	Zystische periventriculäre Leukomalazie (PVL) bei sehr kleinen Frühgeborenen (ohne zuverlegte Kinder)

Leistungsbereich			Qualitätsindikator	
Leistungs- bereich-ID	Leistungsbereich	Allgemein Verständliche Bezeichnung des Leistungsbereichs	Indikator- ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators
NEO	Neonatologie	Versorgung von Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	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 Früh- und Neugeborenen, die einer spezialisierten ärztlichen Behandlung bedürfen	52262	Zunahme des Kopfumfangs

Diese Richtlinien-Version ist nicht

Tabelle D:
Übersicht über die Leistungsbereiche im Richtlinienkontext

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

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

Diese Richtlinien

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

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

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr

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

Diese Richtlinien-Version

Anlage 2 Annahmestelle und Datenlieferverfahren für das Berichtsjahr 2017

Zugelassene Krankenhäuser sind gemäß § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 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 § 136b Absatz 1 Satz 1 Nummer 3 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 Absatz 1 genannten Übermittlungsfrist für die Qualitätsberichte und endet 12 Wochen vor dem Ablauf dieser Übermittlungsfrist.
3.	<p>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:</p> <p>Institutionskennzeichen und Standortnummer zur Identifikation:</p> <p>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 § 136 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.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Weitere Institutionskennzeichen, die für die externe vergleichende Qualitätssicherung im Berichtsjahr verwendet wurden: <p>Wurde im Berichtsjahr mehr als ein IK für die Durchführung der externen vergleichenden Qualitätssicherung verwendet, sind alle weiteren IK anzugeben.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - 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 Nummer 2 und der Korrekturphase nach Nummer 5 geändert werden.
7.	Abweichend davon können die sonstigen krankenhausesbezogenen Kontaktdaten jederzeit aktualisiert werden.
	Annahmeverfahren gemäß § 6 Absatz 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 für das Berichtsjahr festgelegten Datenschemas (gemäß Anhang 1 zu Anlage 1) sowie der für das Berichtsjahr festgelegten Plausibilisierungsregeln (gemäß Anhang 4 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 Absatz 1 kein Bericht eingegangen ist, erhalten eine Erinnerungs-E-Mail von der Annahmestelle.
	Annahmeverfahren gemäß § 6 Absatz 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.

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 Absatz 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 für das Berichtsjahr festgelegten Datenschemas (gemäß Anhang 1 zu Anlage 1) sowie der für das Berichtsjahr festgelegten Plausibilisierungsregeln (gemäß Anhang 4 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 Absatz 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 durch Veröffentlichung im Bundesanzeiger bekannt gemacht.
- (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) ¹Die Positivliste wird durch ein Antragsverfahren für jedes Berichtsjahr aktualisiert. ²Beantragt werden kann die Anpassung der Positivliste an die im Berichtsjahr vorliegenden Umstände. ³Dies 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) ¹Der Antrag ist nach Maßgabe des Vordrucks [Anhang] zu begründen und mit für den Nachweis geeigneten Belegen an die G-BA-Geschäftsstelle zu übermitteln. ²Für 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. ³Werden Anträge von Antragstellern eingereicht, die nicht von dem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus stammen, welches im Antrag näher 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. ⁴Die Frist für das Krankenhaus soll nicht kürzer als drei Wochen sein. ⁵Nach 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. ⁶Der zuständige Unterausschuss des G-BA entscheidet über die Aktualisierung der Positivliste auf Grundlage der vorhandenen Informationen. ⁷Liegen 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) ¹Auf 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. ²Im Rahmen dieser Entscheidung trifft der G-BA die Feststellung über die Berichtspflicht für das Berichtsjahr sowie ob eine ordnungsgemäße Lieferung nach § 7 Absatz 2 erfolgte. ²Der 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.

Formular zur Begründung eines Antrags gemäß § 2 Anlage 3

1. Antragsteller (antragsberechtigt gemäß § 2 Absatz 2 Anlage 3 Qb-R):	
a) Vollständiger Name	
b) Anschrift	
c) Bundesland	
d) Institutionskennzeichen (soweit vergeben)	

2. Krankenhaus/Hauptstandort (nur auszufüllen, falls abweichend von 1. Antragsteller)	
a) Vollständiger Name	
b) Anschrift	
c) Bundesland	
d) Institutionskennzeichen	

3. Angaben zur Zulassung nach § 108 SGB V	
Ist das Krankenhaus nach § 108 SGB V zugelassen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Ist das Krankenhaus nach landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Ist das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
- Hat das Krankenhaus einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

4. Angaben zu den Standorten	
Weist der Versorgungsauftrag, insbesondere der Feststellungsbescheid neben der unter 2. genannten Adresse des Krankenhauses weitere Standorte aus?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, - Anzahl der insgesamt ausgewiesenen Standorte angeben:	__ Anzahl Standorte
- Adresse und Institutionskennzeichen jedes Standortes angeben unter 6.	

5. Antrag auf Änderung der Positivliste	
Antrag auf Aufnahme	<input type="checkbox"/>
Antrag auf Streichung	<input type="checkbox"/>
Andere Korrektur (z.B. IK-Nummer, Adresse)	<input type="checkbox"/>

Bei Auswahl „Andere Korrektur (z.B. IK-Nummer, Adresse)“ unter Nr. 5	
Bisherige Angabe in der Positivliste	Korrigierte Angabe

6. Nähere Angaben zu den Standorten in der von Ihnen beantragten Form (einschließlich des Hauptstandorts siehe 1. bzw. 2.)		
SO	Institutionskennzeichen	Adresse

7. Belege/Nachweise	
<p>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:</p>	
a) zur Zulassung nach § 108 SGB V	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b) zu den Standorten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
c) Feststellungsbescheid	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
d) Versorgungsvertrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

e) Sonstiges (z.B. Gründe für Nicht-Lieferung):

Ja

Diese Richtlinien-Version ist nicht mehr in Kraft.